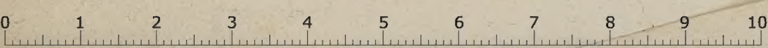
LANCETTE FRANÇAISE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES



PARIS

TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT

19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La dernière séance de l'année a été chargée, bien que courte.

Deux discussions s'y sont entre-croisées : l'une sur le fond même du mémoire de M. Lannelongue, où il n'était nullement question de la septicémie; l'autre, sur la septicémie, dont le rapporteur avait incidemment traité à l'occasion de ce mémoire.

M. Lannelongue avait donné le nom d'*ostéo-myélite de croissance* à la maladie que M. Gosselin avait décrite antérieurement sous celui d'*ostéite épiphysaire de l'adolescence*. M. Gosselin est venu montrer que cette dénomination était encore préférable, puisque l'affection porte en général simultanément sur tous les éléments de l'os, et non pas seulement ou particulièrement sur la moelle osseuse.

M. Bouillaud a pris ensuite la parole pour résumer dans un certain nombre de propositions un discours prononcé par lui dans l'avant-dernière séance.

Le remplacement des membres sortants dans les commissions permanentes, la lecture de plusieurs rapports sur des remèdes secrets et des analyses d'eaux minérales, avaient pris déjà quelque temps, et l'heure était trop avancée pour que M. Colin pût lire la seconde partie de son discours. Ce sera donc pour mardi prochain. Dr Victor Revillout.

### HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

#### Revue d'Ophthalmoscopie médicale et de Cérébroscopie pour l'année 1878.

I.

La *Gazette des hôpitaux* a publié, en 1862, les premiers faits d'emploi de l'ophthalmoscopie dans le *diagnostic de la méningite et de la phlébite des sinus de la dure-mère* comme inauguration de la séméiotique nouvelle des maladies cérébro-spinales que j'ai imaginée. Elle veut bien consacrer depuis lors son premier numéro de l'année à la Revue cérébroscopique de l'année précédente. — Je lui suis reconnaissant de cette déférence, qui, dans la pensée de son directeur, a pour but de conserver à la science médicale française l'honneur d'une découverte importante.

La Cérébroscopie repose sur la corrélation anatomique de l'œil et du cerveau. En effet, la circulation veineuse de la rétine, de la choroïde et du nerf optique aboutit au sinus caverneux et aux autres sinus, de sorte que tout obstacle à la circulation veineuse de la dure-mère par thrombose des sinus ou par compression, suite de tumeur cérébrale ou d'épanchement crânien, amène le gonflement des veines rétiniennes et l'œdème papillaire ou péripapillaire. De plus, par suite de la communication des espaces sous-arachnoïdiens avec la gaîne du nerf optique, cette gaîne peut, s'il y a suffusion séreuse de la pie-mère, se remplir d'une goutte de sérosité qui, dit-on, étrangle le nerf optique à son passage au travers de la lame criblée de la sclérotique et forme un étranglement papillaire caractérisé par l'œdème de la papille et le gonflement des veines rétiniennes. — Cela est très-exagéré, et cette cause d'hyperémie rétinienne ne vaut pas l'autre. — En effet, la suffusion séreuse de la gaîne du nerf optique se trouve au même degré dans un grand nombre de maladies, telles que le croup, l'angine couenneuse, la pneumonie, la fièvre typhoïde, etc.

En outre, si le nerf optique, dont l'épanouissement forme la rétine, est malade à son origine par tumeur cérébrale ou encéphalite voisine de son lieu d'émergence, sa lésion se propage le long des bandelettes optiques, continue à travers le chiasma et vient se montrer au fond de l'œil sur la papille elle-même.

La troisième corrélation anatomique du fond de l'œil avec les centres nerveux dépend du nerf grand sympathique, qui, ayant ses racines à la région dorsale de la moelle, agit sur la circulation rétinienne de sorte que l'irritation dont il est l'objet produit une paralysie vaso-motrice des veines de la rétine et du nerf optique, d'où les lésions que j'ai fait connaître dans la chorée et l'ataxie locomotrice.

Reste, enfin, la quatrième corrélation anatomique de l'œil avec l'organisme, qui est plutôt une corrélation physiologique. C'est *la corrélation diathésique*. En effet, l'œil vit de la vie commune à tous les organes. Son mode de nutrition dépend de l'état diathésique du sujet. Il est dominé, modifié et réglé par la santé générale, et alors, si le sujet est profondément syphilitique, scrofuleux, albuminurique, diabétique, hémophile, cardialgique ou leucémique, le fond de l'œil reflète ces différentes diathèses, et il y a, comme on peut le voir dans les figures de mon grand *Atlas de cérébros-*

*copie*, des lésions papillaires et rétino-choroïdiennes propres à ces différentes diathèses.

C'est sur cette base anatomique et physiologique que repose la Cérébroscopie. — Restent maintenant les *faits cliniques* et *pathologiques,* dont le nombre va tous les jours croissant, grâce à mes recherches, et qui s'éclairent les uns par les autres.

Grâce à mes nombreuses autopsies et à mes études histologiques, j'ai pu constater sur le cadavre et au microscope les lésions névro-rétiniennes ou choroïdiennes constatées pendant la vie à l'ophthalmoscope, de sorte qu'il y a là un ensemble complet d'études nouvelles dont l'intelligence repose sur l'anatomie, sur la physiologie, sur la clinique et sur l'histologie.

Ainsi donc, dans les maladies cérébro-spinales, trois causes produisent dans le fond de l'œil des lésions de circulation et de nutrition de la papille, de la rétine et de la choroïde :

1° L'action mécanique exercée sur la circulation des sinus de la dure-mère et des veines méningées par les inflammations, les épanchements et les tumeurs intra-crâniennes ou la suffusion séreuse de la gaîne du nerf optique étranglant ce nerf à son passage dans la lame criblée ;

2° Les inflammations de la substance du cerveau placées au voisinage de l'origine du nerf optique et descendant par la bandelette jusqu'au chiasma et à la papille ;

3° Certaines maladies de la moelle épinière qui, par l'intermédiaire du grand sympathique, agissent sur la circulation papillaire.

Les lésions produites au fond de l'œil sont : l'hyperémie, l'œdème de la papille et de la rétine, la dilatation, les varicosités et les thromboses des veines de la rétine, les hémorrhagies rétiniennes, et, comme à la suite des hyperémies prolongées il en résulte des troubles de nutrition, on voit la rétine s'altérer, le nerf être frappé de sclérose et la choroïde se tuberculiser.

Voici maintenant les faits observés cette année dans mon service, et on verra qu'ils sont la confirmation de tous ceux que j'ai recueillis et publiés depuis seize ans que je m'applique à vulgariser la nouvelle séméiotique des maladies cérébro-spinales.

Ils sont relatifs à la méningite tuberculeuse, à la méningite typhoïde, à l'encéphalite tuberculeuse, aux tumeurs du cerveau, à l'hydrocéphalie, à l'encéphalite diphthéritique, au rachitisme, à la chorée, etc.

*Méningite tuberculeuse. — Névro-rétinite.* — Ch...., treize ans, entrée le 6 mai 1878 au n° 12 de Sainte-Catherine, service de M. Bouchut, pour une maladie de langueur datant de deux ans et ayant éclaté il y a huit jours par des vomissements, mal à la tête, des épistaxis, de la constipation, un ventre aplati, des soupirs, de l'hyperesthésie générale, du ralentissement avec inégalité de pouls. 64 pulsations.

Les deux papilles sont gonflées, aplaties, grisâtres, œdémateuses et voilées sur les bords qui sont à peine visibles. L'exsudat grisâtre se prolonge le long des veines. Sur les papilles les veines, nombreuses, sont très-fines et paraissent plus larges sur le fond rétinien, où elles sont flexueuses, artères fines. Pas de tubercules de la choroïde.

*Autopsie.* — Thrombose fibrineuse, blanche, opaque des sinus de la dure-mère et des veines méningées, — très-faible hydropisie de la gaîne vaginale du nerf optique, — peu d'hydrocéphalie, — adhérences au cerveau et injection de la pie-mère, — tubercules nombreux isolés et agminés, des scissures sylviennes plus marquées à gauche qu'à droite, — infiltration purulente de la base du cerveau et du vermis supérieur du cervelet, — pas de tubercules du cerveau, tubercules du poumon ni des autres organes.

Névrite optique et gonflement œdémateux du nerf optique plus marqué à gauche qu'à droite. Pas de tubercules de la choroïde.

*Méningite tuberculeuse. — Névro-rétinite.* — Del...., âgée de deux ans, entrée le 13 mai 1878 au numéro 46 de Sainte-Catherine, service de M. Bouchut. Elle est malade depuis huit jours. Elle a été prise d'un peu de fièvre, sans vomissements, avec constipation, de la somnolence et de continuels soupirs plaintifs. A son arrivée, elle est toujours somnolente, le pouls ralenti, intermittent, 76, et la température 38,6.

Les deux papilles sont couvertes d'un large exsudat grisâtre qui en cache les bords. Les veines sont nombreuses, larges, dilatées, et les veines très-fines. Atrophie choroïdienne pointillée. Mort. Opposition à l'autopsie.

*Méningite tuberculeuse. — Névro-rétinite.* — X...., garçon âgé de deux ans, apporté à la consultation de l'hôpital par sa mère qui ne voulut pas l'y laisser. Il était malade depuis douze jours, par vomissements, constipation, somnolence, soupirs et cris plaintifs continuels, puis des convulsions.

A ce moment l'ophthalmoscope révéla à tous les assistants un exsudat grisâtre, épais, des deux nerfs optiques cachant la papille, et une énorme dilatation des veines, qui étaient tortueuses et variqueuses. Pas de tubercules de la choroïde.

L'enfant est emporté par sa mère, et la suite de cette observation nous est restée inconnue.

*Méningite tuberculeuse. — Névrite optique. — Mort.* — B...., âgée de cinq ans, vue avec le docteur Andrieux pour une maladie avec vomissement, constipation, somnolence, ralentissement du pouls, 60. Convulsion, coma et mort au vingtième jour.

A l'ophthalmoscope, double névro-rétinite caractérisée par un exsudat grisâtre couvrant les bords de la papille et s'étendant sur la rétine péripapillaire. Les veines sont extrêmement dilatées, quelques-unes sont flexueuses, et çà et là il y a des stases sanguines considérables.

J'ai revu cette enfant cinq à six fois avec son médecin et j'ai pu suivre le développement de cette névro-rétinite jusqu'au moment des convulsions qui ont amené la mort. Opposition à l'autopsie.

*Méningite tuberculeuse. — Névrite optique.* — Dem...., trois ans, entrée le 16 août 1878 dans la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut. Elle a été prise, il y a quinze jours, de tristesse, d'inappétence, de diarrhée sans vomissements, puis il y a eu de la constipation, du ralentissement et des intermittences du pouls, enfin de la somnolence avec cris aigus et convulsions des deux côtés du corps avec contraction des doigts et des orteils.

*A l'ophthalmoscope.* — Double névrite optique caractérisée par un exsudat blanchâtre épais, couvrant la papille et cachant les contours par son extension sur la rétine. Vaisseaux très-dilatés avec thromboses. Mort le 20 août.

*A l'autopsie.* — Thrombose du sinus longitudinal et des veines méningées. Suffusion séro-purulente de la pie-mère, à la base dans l'espace interpédonculaire et dans les scissures sylviennes. Quelques granulations méningées, mais pas de tubercules du cerveau, hydrocéphalie aiguë ventriculaire avec ramollissement crémeux blanc des parties centrales du cerveau, poumon rempli de granulations qui se trouvent aussi dans le foie et dans la rate. Pas de tubercules de la choroïde. Légère hydropisie de la gaîne de Schwann. Névrite optique.

*Méningite. — Névrite optique. — Tubercules de la choroïde.* — Hélène R..., deux ans, entrée le 2 septembre 1878. Depuis deux mois diarrhée ; il y a quinze jours, convulsions pendant cinq heures, puis retour à la santé et à la gaieté pendant une journée ; alors, elle ne voulut pas sortir de son lit, eut un vomissement, de la constipation, de l'irritabilité de caractère et des maux de tête. Sept jours après on l'amène à l'hôpital où elle reste sept jours et succombe dans le coma et les contractures.

*A l'ophthalmoscope.* — Nerf optique gonflé, rouge, voilé à la circonférence par l'exsudat péripapillaire grisâtre, et on découvre quelques tubercules de la choroïde.

*A l'autopsie.* — Méningite tuberculeuse suppurée à la base, avec granulations méningées tuberculeuses de la scissure et de la convexité. Dans les yeux on retrouve la névrite et dans l'œil droit deux énormes tubercules de la choroïde, un à droite, les autres vis-à-vis. Les autres viscères sont tuberculeux.

*Méningo-encéphalite aiguë. — Névro-rétinite.* — Marie P...., trois ans, entrée le 4 mars 1878 dans le service de M. Bouchut, salle Sainte-Catherine, est malade depuis cinq jours; elle a eu des maux de tête sans vomissement, des selles régulières et un grand assoupissement sans cris aigus. — Au deuxième jour il s'est montré des convulsions générales. Elles étaient toniques et cloniques dans les bras et dans les doigts, mais peu apparentes dans les jambes.

*A l'ophthalmoscope*, des deux côtés, le nerf optique est gonflé, diffus, et ses contours sont peu apparents au côté externe. Les veines sont flexueuses, nombreuses, très-dilatées, renfermant des caillots disséminés; — atrophie pigmentaire de la choroïde.

Le pouls est inégal, ralenti, intermittent, et la température 38 et 38,6.

L'enfant, qui est dans un état désespéré, est emmenée par ses parents.

*Méningite tuberculeuse. — Névro-rétinite.* — Un garçon de vingt mois, vu le 2 mars 1878 avec le docteur d'Azambuja était malade, depuis dix jours. Il avait eu des vomissements, de la constipation, des soupirs, des cris aigus, du ralentissement avec intermittence du pouls, un peu de strabisme et enfin des convulsions depuis douze heures.

Double névrite optique caractérisée par le gonflement de la papille, qui était rougeâtre, diffuse et dont les contours étaient effacés, par une infiltration grisâtre étendue sur la rétine péripapillaire. Les veines étaient énormément dilatées, sinueuses et remplies de stases sanguines. Pas de tubercule de la choroïde.

L'enfant a succombé, et, comme c'était en ville, il n'y a pas eu d'autopsie.

*Méningite tuberculeuse. — Névro-rétinite.* — Une fille de quinze mois, ayant huit dents, fut vue par moi le 4 mars 1878 dans la clientèle de mon collègue le docteur Landrieux. Elle est malade depuis dix jours, n'a pas eu de vomissements ni de constipation, elle tette bien, mais elle est toujours assoupie. Aujourd'hui il y a un peu de strabisme.

Double névro-rétinite, caractérisée par le gonflement rougeâtre du nerf optique. Les papilles sont entourées d'une infiltration grisâtre demi-transparente qui en cache les bords. Les veines, tortueuses et larges, renferment quelques stases. Pas de tubercules de la choroïde.

---

## HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

### Ataxie locomotrice (série tabétique); crise laryngée, arthropathies. — Sclérose latérale amyotrophique.

Avant d'aborder le sujet principal de cette dernière conférence de l'année, je veux insister encore une fois sur quelques épisodes relatifs aux leçons antérieures. Et d'abord, à propos de l'*athétose*, je vous ai dit que cette affection, ou plutôt ce symptôme, n'était pas incurable. Elle peut, en effet, être l'effet d'une lésion quelconque syphilitique, et dès lors elle pourra guérir par le traitement spécifique. Je vous en présente un exemple manifeste: c'est un ancien pompier, très-vigoureux, qui a été atteint d'une syphilis bien caractérisée il y a trois ou quatre ans, avec céphalée nocturne, hémiplégie, etc. Un jour, l'athétose apparaît dans le membre hémiplégique; nous lui administrons un traitement hydrargyrique très-actif combiné avec l'emploi de l'iodure de potassium, et suivant ma méthode de « traitement de quinzaine », c'est-à-dire avec des intervalles de repos tous les quinze ou vingt jours. La guérison est à peu près complète; sa main gauche n'a plus que quelques mouvements d'athétose, il peut scier du bois, etc., et se servir de ce membre.

Je vous rends encore témoins aujourd'hui d'une tentative de diagnostic chez cette religieuse que je vous ai déjà présentée et qui a été atteinte de *contracture hystérique* transformée par le traitement en une simple parésie du bras gauche. Nous voudrions savoir si elle est guérie définitivement et si la diathèse hystérique est vaincue. Je vous ai dit que, pour nous, le critérium de la disparition de la puissance diathésique, c'était l'emploi de l'aimant; si l'aimant placé près du membre du côté opposé n'y détermine pas de contracture, la guérison pourra être considérée comme définitive. Or, vous voyez qu'après une application prolongée de l'aimant, la contracture se produit encore dans le bras droit; donc la guérison n'est pas complète. Il faut seulement remarquer que la contracture n'est pas aussi intense que précédemment et qu'elle est beaucoup plus lente à apparaître.

Revenons encore un instant à cette malade atteinte de *paraplégie spasmodique*. Je vous ai dit que la paraplégie spasmodique n'est pas une maladie spéciale; c'est un symptôme, un syndrome, caractérisé par l'impuissance motrice plus ou moins prononcée des membres inférieurs, et surtout par la tendance de ces membres à la rigidité. Quand les malades veulent marcher, ils sentent la rigidité se développer dans leurs membres. A ces caractères s'ajoute la possibilité de déterminer la trépidation par la percussion du tendon rotulien. Or, dans l'ataxie locomotrice, il n'y a ni rigidité, ni trépidation spontanée, ni réflexe tendineux. C'est ce qui permet de distinguer nettement ces deux sortes de lésions. D'ailleurs, la paraplégie spasmodique peut se rencontrer à l'état isolé, sans autres phénomènes morbides; c'est pourquoi je propose de la désigner actuellement sous le nom de « tabes dorsal spasmodique ». C'est la tendance à la rigidité des membres inférieurs, mais il ne faut pas lui faire signifier autre chose.

La démarche de cette malade, qui en est atteinte, est spéciale; tantôt on observe l'inclinaison du tronc en avant, le malade marchant sur la pointe des pieds; tantôt en arrière. Il y a vingt ans que, chez cette femme, sans autre prodrome, a commencé la raideur des membres inférieurs; elle n'a jamais eu de paralysie de la vessie, jamais de troubles de la sensibilité; la rigidité est le seul symptôme. Vous voyez que, si je saisis la jambe, elle est très-rigide, et, si je l'élève en l'air, j'entraîne en même temps tout le tronc; dès que je percute le tendon rotulien, au lieu de la petite secousse que je produis chez un individu normal, je détermine de nombreuses secousses du membre; enfin, le redressement de la pointe du pied provoque une série de secousses caractéristiques. Ce dernier signe, que M. Vulpian et moi nous avons trouvé autrefois dans nos recherches à la Salpêtrière, a une valeur plus sûre que le signe du réflexe tendineux qui est plus ou moins marqué et qui existe à l'état normal d'une façon variable, tandis que nous pouvons dire qu'il y a certainement une lésion de la moelle chez tout individu auquel le redressement de la pointe du pied amène le phénomène de la trépidation.

La paraplégie spasmodique est un des éléments de la sclé-

rose en plaques. Pour le diagnostic différentiel des affections cérébro-spinales multiloculaires, je vous invite à vous reporter aux renseignements fournis par ce tableau que je plaçais déjà sous vos yeux l'année dernière. Il pourra vous être utile, surtout dans les cas de formes frustes où il faut tenir compte des éléments les plus simples en apparence. (Voir ce tableau *in Gazette des hôpitaux* 1878, n° 15, p. 116.)

I. *Crise laryngée ou vertige laryngé chez les ataxiques.* — Féréol, le premier, a appelé l'attention sur ce phénomène qui n'est pas aussi rare qu'on le croirait généralement. Deux ou trois ans avant les premiers symptômes de l'ataxie locomotrice, on le voit souvent apparaître; il permet souvent d'affirmer le diagnostic de cette maladie tout aussi bien que l'induration grise du nerf optique la fait prévoir, longtemps à l'avance, par les ophthalmologistes. Mais la crise laryngée n'est pas spéciale à l'ataxie locomotrice; on l'observe dans d'autres affections, et je l'ai vue, cinq ou six fois, compliquant des accidents de bronchites vulgaires.

La crise laryngée est caractérisée par un sentiment de strangulation, de chaleur au larynx, puis de spasme laryngé, spasme de la glotte tout à fait particulier, suivi, presque aussitôt après, d'une chute avec attaque épileptiforme; le malade perd connaissance, tombe sur le sol, est pris de secousses comme un épileptique, puis il se relève et la crise peut se renouveler un certain nombre de fois. Ce vertige laryngé a quelque chose d'analogue au vertige de Ménière; le malade sent dans les oreilles un bruissement, un bruit « de sifflet de chemin de fer »; mais le malade atteint de la maladie de Ménière ne perd pas connaissance et il tombe sur le sol sans avoir rien qui ressemble à une attaque épileptiforme. Il perd si peu connaissance qu'après sa chute, le plus souvent, il se relève vivement pour voir si quelqu'un n'est pas venu le pousser par derrière. Sa chute est suivie d'un état nauséeux, de vomissements qui ne se rencontrent pas dans le vertige laryngé. Il arrive parfois que le vertige laryngé soit limité au spasme de la glotte et au cornage, sans être accompagné de l'attaque épileptiforme. Quand le malade tombe, il tombe presque toujours en avant; souvent sa maladie est prise pour de la congestion cérébrale parce que le malade parle de ses vertiges, mais n'appelle pas l'attention du médecin sur le bruit entendu dans ses oreilles.

Je vous présente une femme qui est atteinte d'une ataxie locomotrice extrêmement développée et qui vous donnera un type des crises laryngées. Dès qu'elle se promène assez vite et qu'elle court un peu, la crise laryngée se développe telle que je viens de vous la décrire, mais ordinairement sans l'attaque épileptiforme. L'année dernière, je voulais la montrer dans mes conférences, et je la fis marcher et courir pour développer la crise laryngée; l'évènement dépassa notre attente, la malade fut prise d'une crise beaucoup plus violente que nous ne l'espérions, et le spasme de la glotte fut tel que nous pûmes craindre un instant une terminaison fatale. Je ne veux pas recommencer cette expérience cette année; la malade va seulement marcher quelques instants pour vous donner une idée de la crise; vous n'en verrez que le type le plus atténué, mais cela suffira largement pour vous faire comprendre la nature de la crise. Après une petite promenade, la malade revient, toussant comme si elle avait un corps étranger dans le larynx, puis vous entendez ce cornage spécial, ce tremblement de la glotte; ensuite, quelques mouvement de toux et ainsi de suite (hem, hem, hehehehehe, hem, hem, etc.).

C'est là une crise tout à fait réduite, mais elle indique déjà une irritation du nerf laryngé supérieur. Vous savez qu'une irritation de ce nerf, chez les animaux, amène un spasme de la glotte, et, si on la prolonge, le spasme peut être suivi de mort.

Chez cette malade, M. Krishaber a examiné la glotte avec le laryngoscope et nous a fait ces dessins qui vous montrent que la glotte est fortement resserrée, beaucoup plus qu'à l'état normal. La crise cesse après quelques minutes. Nous ne connaissons malheureusement aucun moyen thérapeutique à employer contre une telle angoisse; j'ai vu des malades auxquels on a excisé la luette, que l'on pensait pouvoir être la cause de cette crise, lorsqu'on ne connaissait pas sa nature ni sa valeur sémiologique.

Cette affection n'est toutefois pas incurable et peut disparaître spontanément. Cette malade présente tous les signes caractéristiques de l'ataxie locomotrice: douleurs fulgurantes des membres inférieurs, etc. Je veux appeler votre attention sur les troubles de la locomotion, car il n'est pas nécessaire pour le diagnostic que les malades jettent les jambes de la façon que vous connaissez: celle-ci piétine d'une façon particulière, elle ne sent pas ses pieds qui lui semblent être en bois; mais, dès qu'on lui fait fermer les yeux, par exemple, on retrouve la preuve de l'ataxie. Nous obtenons, au contraire, un résultat négatif si nous cherchons le signe du réflexe tendineux rotulien et la trépidation spontanée. La force musculaire est conservée. Enfin, la malade a présenté des crises gastriques, des crises rénales qui simulent assez bien des coliques néphrétiques. Du côté des voies urinaires, nous avons observé de la dysurie et de la rétention d'urine qui n'a été que temporaire.

Voici une autre malade aussi atteinte d'ataxie locomotrice, mais sous une forme fruste, qui nous démontre que l'ataxie peut s'arrêter dans son évolution. Depuis dix ans cette femme est dans le même état; c'est ce qui m'autorise à demander la suppression de ce terme « d'ataxie locomotrice » pour le remplacer par la dénomination de « tabes ataxique », car on voit nombre de malades qui ne présentent pas cette ataxie locomotrice que l'on croirait devoir toujours rencontrer chez les ataxiques. Cette femme en est un exemple; elle n'a pas d'ataxie. Il est des malades chez lesquels on attendrait vingt ans pour pouvoir dire qu'ils sont ataxiques si l'on voulait attendre qu'ils présentent de l'ataxie. Cette femme, originaire de l'Auvergne, est aveugle depuis vingt-quatre ans; il y a dix ans qu'elle est venue à la Salpêtrière avec une induration grise du nerf optique; elle avait des douleurs fulgurantes dans les membres, puis des crises gastriques, des douleurs de transfixion de temps à autre. Mais elle n'a point d'autres phénomènes de l'ataxie locomotrice; disons donc qu'elle a une amaurose « tabétique » et non ataxique, d'autant plus que les malades commencent à comprendre le mot d'ataxie.

II. *Arthropathies chez les ataxiques.* — Les os des ataxiques sont disposés à subir certaines lésions trophiques: tantôt ce sont les extrémités osseuses qui s'usent, ce qui produit les luxations les plus variées; tantôt c'est le corps de l'os qui subit cette usure spéciale, d'où ces fractures spontanées que l'on observe chez les ataxiques. Je fais apporter sur ce lit cette femme qui vous présentera toutes ces lésions dans le type de leur plus haut degré de développement. Vous voyez le genou gauche dans un état de dislocation étonnant: on peut faire glisser le tibia sous le

fémur jusque vers le tiers moyen de cet os : l'un des condyles du fémur s'est usé complètement, et permet cette curieuse luxation. Ces faits ne sont pas très-rares : j'en connais une soixantaine de cas, dont trois ou quatre seulement atteignent un tel degré. Chez cette même femme l'épaule est dans le même état ; je luxe l'humérus en tous sens, et je lui donne les attitudes les plus extravagantes. Elle peut d'ailleurs mouvoir ses membres et les replacer elle-même dans une situation physiologique. Toutes ces luxations ne sont nullement douloureuses.

Il pourrait bien se faire, à mon avis, que la plupart des observations de fractures spontanées des os ne soient que des cas analogues d'arthropathie chez les ataxiques; on signale même dans ces observations des douleurs fulgurantes, ce qui tend encore à me confirmer dans cette opinion. Ces fractures spontanées ne sont peut-être arrivées que chez des ataxiques, et pas chez des rhumatisants. Elles peuvent se présenter au début de l'ataxie, et en être le premier phénomène comme l'induration grise du nerf optique, ce qui aura pu encore faciliter les erreurs de diagnostic.

Je vous présente aussi des pièces d'ostéologie qui se rapportent à ces usures osseuses de l'ataxie : vous voyez que cela ne ressemble en rien à l'arthrite sèche, il n'y a pas trace de stalactites osseuses, c'est de l'usure pure. Voici un fémur qui s'est fracturé à la suite de l'usure de son tiers supérieur; puis un coude réduit à quelques centimètres, etc. Ces os sont de dimensions extraordinairement réduites : on dirait presque des os de fœtus.

Je vous fais passer sous les yeux les projections de diverses préparations histologiques se rapportant à l'anatomie pathologique de l'ataxie locomotrice et aux maladies de la moelle épinière. Je tiens à vous faire remarquer que les lésions d'atrophie musculaire ne s'observent que lorsque les cellules motrices des cornes antérieures sont lésées. Voici des exemples divers de lésions des faisceaux postérieurs de la moelle; il est aussi remarquable que leur lésion n'entraîne pas fatalement l'ataxie locomotrice : il peut se faire que les cordons de Gall seuls soient atteints, et alors on n'observe pas l'ataxie : pour qu'elle se produise, il faut que les faisceaux radiculaires soient envahis. On voit, par exemple, dans les cas de compression de la moelle dans le mal de Pott, au-dessus de la lésion, que ce sont les faisceaux de Gall et non les faisceaux radiculaires qui ont souffert de la compression; c'est pourquoi, dans ces cas, on n'observe ordinairement pas d'ataxie symptomatique des membres supérieurs. Au-dessous de la compression, ce sont les faisceaux latéraux qui sont lésés, et alors on observe l'exagération de la contraction, la rigidité, la trépidation, la paraplégie spasmodique.

Nous avons aussi d'autres préparations qui montrent qu'une affection spinale, la sclérose latérale par exemple, peut retentir sur les cellules motrices des cornes antérieures; dans ces cas, les symptômes primitifs se compliqueront d'atrophie musculaire. On pourra prédire à l'avance, en l'observant en même temps que la rigidité et la paraplégie spasmodique, que l'autopsie démontrera la lésion des cornes antérieures accompagnant celle des cordons latéraux : on a ainsi exactement reconnu et constitué la sclérose latérale amyotrophique.

III. *Sclérose latérale amyotrophique.* — Je fais apporter ici une pauvre femme qui est malade depuis huit mois : elle a d'abord ressenti des crampes, des douleurs dans les doigts de pieds, puis dans les membres inférieurs. Elle a présenté ensuite les signes de la paraplégie spasmodique.

Les bras ont été envahis, atteints de parésie avec tendance à la rigidité; les membres supérieurs se sont atrophiés en masse, surtout aux extrémités; les mains prennent l'aspect des griffes de l'atrophie musculaire ordinaire.

A une période ultérieure, la difficulté de la parole se manifeste, d'abord pour certaines lettres, *b*, *p*, *d*, puis le nasonnement de la voix s'accentue. Après cinq ou six mois, la maladie, d'abord difficile à saisir, est définitivement constituée et peut être reconnue. Son évolution se poursuit en un délai de trois ans au plus et sa terminaison a toujours été fatale. Dans ce cas, la paraplégie spasmodique existe parfaitement comme vous pouvez le voir (quoique l'on m'ait contredit sur ce point); il y a peu ou pas d'atrophie musculaire des membres inférieurs, l'atrophie des cellules motrices n'étant prédominante qu'à la région supérieure de la moelle.

Dans l'atrophie musculaire progressive ordinaire, la marche est tout à fait différente de celle que nous observons ici; on n'y rencontre pas la paraplégie spasmodique comme dans le cas que nous étudions. La maladie est bulbo-spinale; les noyaux bulbaires moteurs de l'hypoglosse, du pneumo-gastrique sont compris dans le processus morbide; c'est ce qui nous explique les troubles du facial inférieur, la paralysie du voile du palais, le nasonnement, le frémissement de la langue dont on voit les muscles agités de mouvements vermiculaires, indice d'une prochaine atrophie de ces muscles, résultat de l'atrophie des cellules nerveuses du noyau de l'hypoglosse. Que le pneumo-gastrique se prenne à son tour, puis le spinal, les accidents les plus redoutables menacent le malade, comme vous le devinez, par la seule connaissance de la physiologie de ces nerfs. C'est ce qui menace cette malade et ce que malheureusement nous ne pouvons conjurer; jusqu'ici la thérapeutique est absolument impuissante.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 décembre 1878. — Présidence de M. BAILLARGER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° des échantillons et une demande du docteur Lisle (de Paris) relatifs à un procédé de purification et de conservation de l'eau de mer; 2° le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux d'Aulus pour l'année 1877 (commission des eaux minérales).

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. Achille Brachet concernant le problème de l'éclairage par l'art voltaïque.

M. LE PRÉSIDENT rend compte de la visite faite par les membres du bureau à M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, qui a promis son intervention pour mener à prompte et bonne fin la question de la reconstruction de l'Académie sur un nouvel emplacement, dont l'étendue ne sera pas moindre de 16,000 mètres.

### RAPPORTS

M. POGGIALE, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports officiels sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

M. PLANCHON, au nom de la commission des remèdes secrets et

nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

ÉLECTIONS

L'Académie procède au renouvellement de ses commissions annuelles.

Sont élus : *Épidémies.* — MM. Lancereaux, Hérard, Goubaux. — *Vaccine.* — MM. Guyon, Parrot. — *Eaux minérales.* — MM. Fauvel, Bouis. — *Remèdes secrets.* — MM. Hervieux, Riche. — *Comité de publication.* — MM. Dechambre, Rochard, Verneuil, Magne, Latour.

DISCUSSION SUR LES OSTÉITES ÉPIPHYSAIRES DES ADOLESCENTS

M. GOSSELIN rappelle qu'il a le premier formulé, en 1858, dans un mémoire sur les ostéites épiphysaires des adolescents, la question que M. Lannelongue vient de traiter dans le mémoire dont M. Panas a rendu compte avec des éloges bien mérités. M. Panas, dans son rapport, a présenté pourtant quelques réserves sur deux points : 1° le début constant de l'ostéite en question par la moelle; 2° l'opportunité du trépan. M. Gosselin s'associe à ces réserves, et sur le premier point il va même plus loin, jusqu'à la critique formelle. La vérité est que quand un os se prend d'ostéite aiguë sur un jeune sujet, nous ne savons qu'une chose, c'est que toutes ses parties constituantes deviennent malades à la fois. D'ailleurs, la question du point de départ est sans aucun intérêt tant que l'ostéite est à sa première période, hyperémique, plastique et hypertrophique. Cette distinction ne deviendrait utile qu'à la période de suppuration. Mais, dans les cas de beaucoup les plus fréquents, l'ostéite est alors générale, et elle reste telle même si la suppuration se circonscrit, l'inflammation restant ailleurs à l'état hyperémique et plastique. M. Gosselin repousse donc la dénomination d'*ostéo-myélite*; il prouve que ce nom est tout aussi impropre que celui de *périostite phlegmoneuse* alors qu'il s'agit d'une maladie qui se termine par suppuration, non-seulement au-dessus du périoste, mais dans toute l'épaisseur du tissu compacte, dans la ligne inter-épiphyso-diaphysaire, dans le canal médullaire, dans l'articulation voisine. Ce n'est pas donner un argument favorable à la thèse de l'auteur que de dire : Il y a de la substance médullaire dans toutes les parties constituantes de l'os ; il y en a sous le périoste, dans les canalicules de Havers, dans le tissu spongieux comme dans le canal médullaire. En effet, le même raisonnement pourrait être fait pour les vaisseaux sanguins, le tissu conjonctif qui les accompagne, la trame osseuse elle-même, qui sont partout dans l'os.

Tous ces éléments se trouvent affectés dans les ostéites de l'adolescence, et, s'il était permis d'appeler *ostéo-myélite* ces maladies des os pendant la croissance sous le prétexte qu'il y a un peu de moelle partout, il faudrait employer la même expression pour toutes les inflammations des os. M. Gosselin croit donc que le mieux est de conserver le nom d'ostéite épiphysaire donné par lui à ce genre d'ostéite.

Quant à la seconde innovation de M. Lannelongue, la trépanation pour les cas où l'ostéite épiphysaire a pris la forme suppurante du côté de la moelle, M. Gosselin félicite largement l'auteur. Cette forme est la plus rare de toutes, mais elle est tellement grave qu'on ne saurait trop faire pour en conjurer les dangers, et M. Lannelongue invoque un succès. Il est à regretter seulement que le diagnostic soit si difficile dans la plupart des cas. Mais, dans les cas les plus communs, la suppuration arrive seulement dans le périoste et dans les couches superficielles, et la trépanation ne peut plus convenir. En définitive, ces ostéites aiguës de l'adolescence sont graves surtout par la suppuration ; quand celle-ci envahit d'emblée toutes les parties constituantes de l'os, la gravité est aussi grande que possible.

DISCUSSION SUR LA SEPTICÉMIE.

M. BOUILLAUD rappelle et résume, par les propositions suivantes, le discours qu'il a prononcé dans l'avant-dernière séance :

1° La question de la putréfaction, examinée sous le rapport de sa genèse, comprend plusieurs éléments, parmi lesquels celui de l'influence de l'air est assurément un des plus considérables.

2° Pour que les substances de l'organisme puissent éprouver la fermentation septique, il faut probablement, selon la doctrine universellement reçue jusqu'ici, qu'elles aient été *mortifiées, gangrénées.* Il importe de ne pas confondre les caractères de cet état préalable de gangrène ou de mortification avec ceux propres à la décomposition putride qui peut ensuite s'en emparer.

3° Elles ne se putréfient réellement que dans les cas où, par une voie ou moyen quelconque, elles se trouvent soumises à l'action des ferments *spécifiques* dits, en raison même de cette action, *putrides* ou *septiques*, dont M. Pasteur, le premier, a fait une espèce d'*êtres organisés*, et qu'il a désignés par un nom qui leur est propre.

4° Pour que l'air, en particulier, puisse exercer sur les substances de l'organisme elles-mêmes ou sur quelques-uns de leurs produits un produit *putrigénique*, il est nécessaire que ces substances ou ces produits soient préalablement privés de vie et qu'ils renferment des germes ou ferments spécifiques de la décomposition septique ou putride.

5° Mais il est suffisamment démontré que nulle partie organique ne pourrait, au contact de l'air pur ou *normal*, éprouver le travail de fermentation ou décomposition putride. Il semble bien qu'il en soit ainsi en présence de ces merveilleux appareils au moyen desquels des matières animales séparées du corps vivant, sang, muscles, urines, etc., préservées de la présence des ferments spécifiques de la putréfaction, mais non de celle de l'air convenablement *expurgé*, sont conservées pendant un temps indéfini, indemnes de toute septicité.

Mais il ne faut rien moins que ces belles expériences et la grande autorité de leur illustre auteur, pour que les cliniciens les plus consommés en médecine comme en chirurgie puissent aujourd'hui admettre, sans aucune réserve, que jamais une matière animale, soit solide soit liquide, une fois privée de vie, ne puisse, au contact de l'air ordinaire, pur ou normal, éprouver un travail de décomposition putride; espérons, ajoute M. Bouillaud, que le jour n'est pas éloigné où la nouvelle doctrine passera de l'état encore militant à celui de *triomphant* sans nul conteste.

La séance est levée à cinq heures.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.* — M. Lescœur, docteur en médecine, licencié ès sciences mathématiques et physiques, pharmacien de première classe, est nommé professeur de chimie médicale près ladite Faculté.

— *Corps de santé militaire.* — Sont nommés : 1° médecins-majors de deuxième classe : MM. Aubry, Le Rouvillois, Bonhomme-Lacour, Robert, Boucher et Coustan;

2° Médecins aides-majors de première classe : MM. Bousquet, Boyer, Mercier, Famechon, Maldant, Trifaud, Marty, Tournier, Douart, Stapy, Bercher, Schmitt, Lambert (M.-C.-H.), Villary, Boulian, Lambert (F.-P.), Moriez, Ferret, Depéret, de Casabianca, Jagot-Lacoussière, Achintre, Christy, Variot, Raynaud, Casset, Laydeker, Hermantier, Hugues, Chopard, Jarry, Ribes, Laget, Briot, Manfredi, Hermann, Revouy, Ricard, Bosquette, Martin (S.), Augé, Rolland, Pommay, Bourdeloy, Tarrieux, Biechy, Chambé, Mareschal, Goebel, Torio, François (L.), Paris, Génin (C.-M.-A.), Poncin, Richard (L.-M.), Pierron, Legrand, Polin, Lazare, Génie (J.-F.-G,), Frison, Jouanno, Silice, Badin, Richard (J.-B.-A.), Boutry, Barot, Salesses, Zimmermann, Lemarchand, Girardin, Thuet, Colin (M.-L.-A.), Lévêque, Arduin, Maupetit, Lomuller, Vaugy, de Tastes, Mouhon, Jacquey, Mistarlet, Chenet et Faure-Lacaussade;

3° Pharmaciens aides-majors de première classe : MM. Georges, Ducruzel, Nourryx, Darricarrère, Durand, Troebel, Laffont et Armandy;

4° Pharmaciens aides-majors de deuxième classe : MM. Leroty, Delmas, Merelle, Bernou, Masse, Croizet, Baudin, Colin et Cuvelier.

— M. le docteur Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera ses conférences cliniques d'ophthalmoscopie médicale et de cérébroscopie, le mardi 7 janvier, à neuf heures du matin et les continuera les mardis suivants.

— M. le docteur Armand Després, chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mercredi 8 janvier et les continuera les mercredi et samedi de chaque semaine.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 8 janvier, à huit heures, *à l'Administration générale de l'Assistance publique* (salle du jury du concours).

Ordre du jour : 1° Installation du bureau pour l'année 1879; 2° Constitution médicale du mois de décembre, policlinique; 3° élection de deux membres titulaires; 4° M. Grellety : version par manœuvres externes ; 5° M. Bernier : traitement des affections diphthéritiques.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

**Dragées arsenico-ferriques aux sels naturels de la Dominique.**

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescences, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique**; il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squammeuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — BIETT. — BOUCHARDAT, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édition, p. 396.)

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix : **3** francs la boîte. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

---

**Arséniate Diastasé** du Dr V. BAUD.

Sous forme de granules soigneusement dosés l'arséniate de soude combiné à la diastase par la germination des graines de cresson, est recommandé contre les *névroses*, *rachitisme*, *atonie*, etc. — Paris, 22 et 19, rue Drouot.

Dr V. Baud

---

**Vin bi-digestif de Chassaing** A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.)*

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6, avenue Victoria.

---

**Maltine Gerbay,**

*Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées*

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 francs.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, algreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

*Dépôt dans toutes les pharmacies.*

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

---

**Sirop reconstituant**

**D'Arséniate de fer soluble de A. CLERMONT**

Licencié ès sciences, ex interne des hôpitaux de Paris, pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'emploi de ce produit, d'une absorption sûre et régulière, est indiqué dans les diverses formes de l'anémie, la cachexie paludéenne, la phthisie, les maladies de la peau, les névralgies, le diabète, etc.

Prendre de une à quatre cuillerées à café avant les deux principaux repas. Chaque cuillerée à café représente 1 milligr. d'arséniate de fer soluble.

2 fr. 50 le flacon portant la signature ci-contre : A. Clermont

Détail : 25, rue de Grammont, Paris et toutes Phies.
Gros : Grillon, 27, rue de Rambuteau, Paris.

---

**Saint-Raphaël, Vin tannique,**

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

---

**Elixir Prothière** A LA CRÉOSOTE VÉGÉTALE PURE

contre la Phthisie. Accepté sans répugnance et bien supporté par les malades. (TARARE.)

---

*Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr. à Laroche*

**Quina Laroche** (*ÉLIXIR vineux*).

*Extrait complet des 3 quinquinas.*

*Épuiser* par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune*, *rouge et gris*), tel est le secret de l'*Elixir vineux de quinquina Laroche*.

La supériorité de ce produit tient donc à la quantité de principes qu'il contient.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 19, rue Drouot.

J. Laroche

---

**Solution Bourguignon au chlorhydro-phosphate de chaux.**

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie; deux cuillerées à chaque repas. — Dans toutes les pharmacie.

---

PHTHISIE PULMONAIRE, BRONCHITES, CATARRHES, etc.

**Vin et Huile de foie de Morue CRÉOSOTÉS** du Dr G. FOURNIER, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, contenant chacun 0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe. (*Exiger sa signature.*)

**Capsules d'Huile créosotée à 0,05.**

Préparations créosotées SEULES récompensées à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, et 10, rue de l'Arcade (Paris).

---

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

**Capsules molles de Bourgeaud A LA CRÉOSOTE VRAIE et à l'Huile de Foie de Morue,**

Formule des docteurs BOUCHARD et GIMBERT.

(*Gazette hebd. de médecine et de chirurgie* 1877.)

BOURGEAUD, pharmacien, fournisseur des hôpitaux, 20, rue de Rambuteau, à Paris.

Ces capsules, à *enveloppe très-soluble*, d'*odeur agréable*, *à saveur sucrée*, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indication contraire, 2 centigr. de *créosote vraie* du goudron de hêtre et 50 centigr. d'huile de foie de morue. Les grosses, 5 centigrammes de *créosote vraie* et 2 grammes d'huile de foie de morue.

Dose : 5 à 10 *petites capsules* et 2 à 4 *grosses capsules* matin et soir, ou avant le repas, suivant l'avis du médecin. — LA BOITE, 4 FRANCS.

VIN et HUILES CRÉOSOTÉS. La Blle 5 fr.

---

**Sirop du docteur Demesse,** diurétique (Codex no 380) et sédatif, *à la cissampeline*.

Heureuse modification des formules diurétiques du codex (cissampelos caapeba, associé à la digitale, à la scille, etc.).

Vingt années d'expériences comparatives prouvent la supériorité incontestable de cette préparation dans les *hydropysies*, *œdèmes rebelles*, *pleurésies et bronchites chroniques*, *albuminuries*, et dans tous les cas où les *diurétiques* et les *sédatifs* sont indiqués.

Dépôt général chez M. Legras, pharmacien-préparateur, 222, faub. St-Denis, à Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies. Prix : 5 fr. le flacon.

---

**Épilepsie. Hystérie. Névroses**

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

---

**Viande crue et alcool** ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement. Gros : 20, place des Vosges, Paris.

---

**Coton iodé** préparé par **J. THOMAS** *pharmacien de 1re classe*,

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm

---

NÉVRALGIES, MIGRAINES, MAUX DE DENTS

Guéries par les préparations de

**Gelsemium sempervirens**

PILULES ANTINÉVRALGIQUES

*Une à cinq au maximum en vingt-quatre heures.*

ÉLIXIR ANTINÉVRALGIQUE

*Une à cinq cuillerées à café au maximum en vingt-quatre heures.*

TEINTURE DE GELSEMIUM

*En petits flac. pour l'usage de MM. les médecins. Exiger la signature du* **Dr FOURNIER**, *pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux.*

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

---

**Névroses. — Sirop Collas**

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 ou 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

**Diathèse urique. Pilules Collas**

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

---

UTILE DULCI.

**Élixir Lucas. — Fer, Viande et VIEUX COGNAC.**

Ces trois agents essentiels de toute médication tonique sont unis par un procédé particulier qui permet aux médecins de les faire accepter avec plaisir aux malades les plus débilités.

SUCCÈS CERTAIN ET RAPIDE

dans les maladies consomptives, langueurs, fièvres intermittentes, anémie, chlorose, épuisements, affections traumatiques, convalescences. Dépôt : HUGOT, 19, rue Vieille-du-Temple, Paris.

---

Phie GUIBOURT, MAYET sr, 9, rue St-Marc.

**Vin, Huile et Sirop créosotés**

CAPSULES d'huile de f. de morue créosotée à 0,04

CAPSULES d'huile de faînes créosotée à 0,10.

M. MAYET s'étant occupé le premier, avec MM. les Drs Bouchard et Gimbert, de l'emploi en thérapeutique de la créosote de goudron de bois, ces médicaments sont exactement préparés suivant les indications de ces savants praticiens.

N° 2. — MARDI 7 JANVIER 1879. 52e ANNÉE. MARDI 7 JANVIER 1879. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

| | |
|---|---|
| Trois mois. . | 8 fr. 50 c. |
| Six mois. . . | 16 — |
| Un an. . . . | 30 — |

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

### De la syphilis dans le mariage.

#### I

Que de fois, dans votre pratique, un client, connu ou non de vous, vous abordera en vous disant qu'une occasion de mariage se présente à lui, mais, qu'ayant eu quelques malheurs de jeunesse et ayant contracté la syphilis quelques années auparavant, il désire savoir s'il est guéri, et s'il peut s'engager dans le mariage !

Il ne faut pas se méprendre sur la portée de la réponse que vous ferez à une telle question : vous assumez une responsabilité considérable, car il est peu de problèmes médicaux dont la solution soit aussi difficile et aussi grave. Si, d'une part, vous interdisez le mariage à un homme qui serait apte au mariage, vous rejetez hors de la vie régulière un homme qui ne demandait qu'à y entrer ; votre arrêt médical peut briser son avenir et son bonheur. Si, d'autre part, vous autorisez, par erreur, au mariage un homme qui n'est pas guéri de la syphilis, vous voyez d'avance à quels désastres vous exposez, non-seulement cet homme, mais la jeune épouse à qui il apporte la vérole comme cadeau de noces, mais toute la famille que pourra lui donner son union.

J'ai assisté trop souvent à ces drames de famille, et je puis vous affirmer qu'il n'est rien de plus atroce que la situation de cet homme, non pas seulement vis-à-vis d'une épouse qui pleure et pardonne facilement, mais vis-à-vis de sa nouvelle famille, qui, elle, ne pardonne pas, vis-à-vis d'une nourrice contaminée qui récrimine, fait du scandale et divulgue.

Cherchons donc à résoudre ce problème terrible de la syphilis dans le mariage.

Et d'abord, une première question se pose :

La syphilis constitue-t-elle un obstacle absolu au mariage ?

« Quand on a la vérole, on devrait rester garçon. » Voilà ce que vous entendrez dire tous les jours dans le monde, et même par certains médecins. Je pourrais citer deux très-honorables confrères qui, joignant la pratique au précepte, ont payé d'exemple en renonçant au mariage : l'un d'eux, qui jouit d'une haute réputation, n'a jamais voulu se laisser convaincre par moi, et me répond toujours : Quand on a la syphilis, on la garde pour soi. A cette profession de foi, qui traduit l'exagération des sentiments de délicatesse d'un cœur haut placé, je réponds : Quand on a la syphilis, on la guérit, et alors on a le droit d'aspirer à se faire une famille.

La syphilis n'est pas un obstacle insurmontable, une interdiction absolue au mariage : l'observation de chaque jour nous en montre des exemples incontestables : nous rencontrons, tous les jours, des hommes que nous avons vus malades de la syphilis, et qui se sont mariés ; ils n'ont absolument rien transmis à leurs femmes, et ils ont des enfants aussi sains et aussi florissants qu'ils peuvent le désirer. Les preuves de cette vérité abondent et surabondent : je défierais tout médecin, ayant exercé pendant quelques années, de ne pouvoir en citer quelques exemples. Pour mon compte j'en ai retrouvé cinquante et une observations *écrites*, et complètes, en dehors de tout ce que mes souvenirs me rappellent. Ces cinquante et un maris syphilitiques ont eu, en tout, quatre-vingt-douze enfants, tous sains. Il me vient, par hasard, à la pensée, l'exemple de l'un de ces maris qui a quatre enfants, d'un autre qui en a cinq ; médecin de leurs familles depuis longtemps, je n'ai jamais observé la moindre trace de syphilis, soit chez leurs femmes, soit chez leurs enfants que je vois constamment.

Je conclus donc en vous disant avec une conviction fortifiée par l'observation :

Oui, cent fois oui, on peut se marier après avoir eu la vérole. Mais on ne doit se marier qu'à certaines conditions qu'il s'agit maintenant de déterminer.

Quels sont les dangers qu'un homme syphilitique apporte dans le mariage ? Un homme se mariant avec une syphilis non éteinte est dangereux comme mari, comme père, comme chef de la communauté.

A. — Il est dangereux comme mari par les lésions auxquelles il expose sa femme, et de deux façons :

1° Par la contagion simple, commune, vulgaire, par laquelle il peut transmettre les accidents syphilitiques dans les mille relations intimes de la vie conjugale. Pour n'en citer qu'un exemple : un jeune homme du plus grand monde, qui s'était marié malgré mon avis, portait à la bouche des syphilides qui étaient confondues avec les ulcéra-

tions qu'avait déterminées l'abus de la cigarette : trois mois après son mariage, sa jeune femme était atteinte d'un chancre induré labial, origine d'une syphilis qui n'est pas guérie encore. Les exemples de ce genre sont très-fréquents chez les jeunes mariés : on le comprend facilement, d'abord en raison de l'extrême contagiosité des accidents secondaires, et ensuite à cause de la multiplicité inouïe des rapports, des contacts de tout genre de la vie domestique. Ce serait une rare exception de voir une jeune femme vivre au-delà de plusieurs mois avec un mari syphilitique sans contracter la vérole ; comme l'a dit un spirituel auteur, la vérole se partage entre époux comme le pain quotidien.

2° Par contagion placentaire, ou par conception. Une jeune fille ayant épousé un homme en puissance de syphilis, après quelques mois de mariage, on est appelé auprès de la jeune femme qui présente des accidents étranges et insolites : on lui trouve des syphilides, des plaques muqueuses à la bouche, de l'adénopathie, de l'alopécie, etc. Si l'on cherche l'origine de ces accidents, on ne trouve pas trace de chancre initial, ni du bubon, compagnon fidèle du chancre ; on ne trouve que des accidents secondaires, sans qu'il y ait eu des accidents primitifs : d'autre part, si, prenant le mari à part, on l'interroge et si on lui demande s'il n'a pas remarqué quelque petite érosion, il proteste énergiquement et affirme qu'il n'a rien eu, qu'il s'est observé avec minutie avant et après chaque rapport, etc. Il a raison, en effet, la femme a pu devenir syphilitique au contact de cet homme extérieurement sain : ce fait, en apparence paradoxal, a été observé trop fréquemment pour qu'on ose songer à le mettre en doute un instant ; il se produit avec une insistance significative, et il s'impose véritablement. Cette contagion mystérieuse s'explique par ce fait, c'est que la femme est enceinte. Toujours, dans ces cas, vous trouverez que la femme a eu une grossesse, ou a avorté, peu de temps auparavant. C'est qu'en effet la mère a pris la syphilis de son enfant, et non par le fait de son mari. La contagion s'est faite par échange placentaire : c'est là un fait absolument authentique aujourd'hui.

En résumé, un mari syphilitique peut devenir dangereux pour sa femme : 1° directement, par la transmission d'accidents syphilitiques ; 2° indirectement, par son pouvoir fécondant, en procréant un enfant syphilitique qui donnera la syphilis à sa mère.

B. — Un homme porteur de syphilis non éteinte est dangereux comme père pour ses enfants. Jusqu'à une époque peu éloignée de nous, l'hérédité de la syphilis était acceptée comme fatale : mais la question a changé de face ; en Allemagne notamment, on a cherché à restreindre l'influence de cette hérédité paternelle. La syphilis du père serait rarement héréditaire, pour certains auteurs ; elle ne le serait même jamais, pour quelques-uns : on a écrit que « l'influence paternelle à ce point de vue est nulle, et que l'enfant d'un homme syphilitique est sain ».

Cette doctrine est entachée d'exagération, d'erreurs énormes qu'il importe, au point de vue social même, de combattre énergiquement. Je tiens pour un fait constant qu'un père syphilitique est dangereux pour ses enfants. Mais je reconnais que l'hérédité syphilitique provenant du père seul, la mère étant restée indemne, est beaucoup moins vigoureuse qu'on n'a voulu le dire. Un père étant syphilitique, la mère étant saine, l'enfant a toutes les chances, *s'il vient au monde*, de n'être pas syphilitique.

Cette concession faite aux partisans de la doctrine que je combats, je proclame les résultats de l'observation, et je dis qu'il n'est pas vrai que l'influence paternelle ne se traduise jamais sur le fœtus. Si l'hérédité paternelle est rare et restreinte, elle s'exerce quelquefois. Des pères syphilitiques, la mère restant saine, ont procréé des enfants syphilitiques. Ricord, Trousseau, Diday, Liégeois, etc., etc., presque tous en ont publié des exemples incontestables. Ce n'est là d'ailleurs qu'un très-petit côté de la question. Elle devient plus grave par les considérations suivantes : La mort du fœtus *in utero*, est un fait très-fréquent dans les cas dont nous nous occupons. L'enfant d'un père syphilitique meurt dans le sein de sa mère, et est expulsé par un avortement ou par un accouchement prématuré.

Une jeune femme, devenue enceinte, avorte une fois, deux, trois fois de suite, successivement, sans qu'on puisse trouver absolument aucune autre cause que la syphilis du père. Et, ce qui est encore plus probant, c'est la contre-épreuve ; le père se traite, et les grossesses suivantes vont toutes à terme, et les enfants naissent vivants et même bien portants. J'ai observé ces faits un très-grand nombre de fois. Un exemple entre beaucoup d'autres : un jour je rencontre par hasard un ancien camarade que je n'avais pas vu depuis longtemps : il me conte son existence et ses chagrins : sa femme, quoique bien constituée et très-forte, avait eu quatre fausses couches successives. Je me rappelle alors que mon ami avait eu jadis une syphilis qu'il n'avait pas traitée avec une attention exemplaire ; je lui conseille de faire un traitement sérieux de sa syphilis que je ne crois pas guérie. Bien que donné en l'air et en plein boulevard, ce conseil fut suivi, et j'appris, quinze mois après, la naissance d'un bel enfant qui a dix ans aujourd'hui et jouit d'une excellente santé. Deux autres grossesses ultérieures furent aussi heureuses.

En résumé, toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une série d'avortements successifs, survenant sans cause connue chez une femme saine et bien constituée, on doit souvent penser qu'ils ne reconnaissent point d'autre cause que la vérole du père qui a tué son enfant dans le sein même de la mère.

Un autre point capital est aussi qu'un père syphilitique est dangereux pour ses enfants en qualité d'époux de leur mère : il peut, en effet, transmettre sa maladie à sa femme, et dès lors, le père et la mère étant syphilitiques, quel va être le sort des enfants ? Pour un enfant né de père et mère syphilitiques, il ne se présente que trois alternatives : 1° ou il mourra avant de naître, et c'est assurément ce qui pourra lui arriver de mieux ; 2° ou il naîtra à terme, mais atteint de la vérole ; 3° ou il survivra avec une santé compromise et exposé à toutes les alternatives de maladie.

*a*. Pour le premier cas, mort *in utero*, l'expérience est acquise : des milliers de faits témoignent suffisamment de cette vérité : toutes les observations concordent au point de paraître avoir été stéréotypées sur le même type. L'influence pernicieuse se continue même sur les grossesses ultérieures ; on en voit des séries de quatre, six, sept, se terminant toujours de la même façon. J'ai vu, à Lourcine, une femme qui, mariée à dix-neuf ans, était vigoureuse et superbe et avait eu trois grossesses très-heureuses : son mari, dans une aventure extra-conjugale, gagne la syphilis et la communique à sa femme qui devient enceinte et avorte au cinquième mois ; une deuxième grossesse se termine par un accouchement prématuré avec enfant mort : une troisième, une quatrième, une cinquième, de même ;

une sixième, par un avortement au troisième mois; une septième, par un avortement à six semaines. Ce fait est extrêmement probant, sept avortements succédant à trois grossesses heureuses, et arrivant après la transmission de la syphilis.

*b.* L'enfant, né vivant, est syphilitique ; et, par suite, exposé à toutes les conséquences de la syphilis infantile à laquelle, à force d'attention et de soins, nous arrachons bien quelques victimes, mais la grande majorité des enfants y succombe fatalement.

*c.* Il est bien possible que l'enfant échappe à la mort et à la vérole, mais l'influence héréditaire se traduira d'une autre façon : par la débilité native qui caractérise la plupart de tous ces enfants, chétifs, vieillots, ridés et si pauvrement constitués ; rien n'atteste la vérole, mais ils sont si malingres qu'ils ne peuvent vivre, et succombent presque toujours, s'éteignant sans maladie, sans cause apparente, même à l'autopsie. Ou bien ils apportent certaines prédispositions morbides : 1° ils naissent souvent ou deviennent souvent hydrocéphales ; 2° ils sont très-fréquemment sujets à des troubles nerveux, à l'épilepsie du jeune âge, aux convulsions plus tard; ils meurent souvent de simples convulsions. Enfin, ils ont une tendance manifeste au lymphatisme; ils ont une faible résistance vitale à la scrofule. Ce n'est pas que la scrofule soit pour cela une métamorphose de la syphilis comme on l'a prétendu à tort : elle est une entité morbide qui a sa fixité tout aussi bien que la syphilis, mais il est incontestable que la syphilis constitue une prédisposition à la scrofule, en tant que maladie débilitante, asthénique, appauvrissant l'organisme à la façon de la misère physiologique, de l'air confiné, de l'encombrement, etc.

C. — Un homme qui se marie avec une syphilis non éteinte est dangereux par lui-même, comme chef de la communauté, en raison des dangers personnels auxquels il est exposé. C'est là le côté le plus difficile et le plus délicat de la question, non-seulement au point de vue des idées médicales, mais encore au point de vue de la morale et des principes que professent tous les gens honnêtes.

L'homme syphilitique est exposé à une série d'accidents infiniment sérieux et même mortels. Or, sauf des exceptions très-rares, ces accidents n'arrivent qu'à une époque éloignée, à l'état tertiaire; contractée ordinairement dans les folles années de la jeunesse, la syphilis ne devient grave qu'à l'âge mûr, lorsque l'homme est devenu père de famille. Or, quelle triste situation, médicalement parlant, est celle d'un homme qui a toutes les chances d'être en butte aux assauts de la diathèse syphilitique! Il est malade pour l'avenir; il est taré physiquement; endetté avec la vérole, tôt ou tard il devra s'acquitter. Est-il donc honnête, est-il moral que cet homme songe à devenir mari et père? C'est assurément immoral et inadmissible. En effet, le mariage n'est pas seulement une affaire de sentiment, de passion, de convenance et d'intérêt; c'est encore, à le prendre d'une façon plus positive, une association librement consentie où chaque conjoint doit faire un apport de santé suffisant pour atteindre le but que le mariage doit atteindre dans la société. Or cet homme apporte une santé hypothéquée, ayant à son passif une dette d'avenir qu'il devra payer à la syphilis, qui est une créancière impitoyable. Lorsqu'il aboutira à une telle infirmité qu'il sera incapable de travailler pour vivre, que deviendront sa femme et ses enfants, qu'il ne pourra même plus nourrir? Je le demande, est-il donc honnête qu'il songe à avoir une femme et des enfants alors qu'il n'a à leur offrir que le veuvage et l'orphelinat? L'homme qui, ayant une syphilis non guérie et le sachant, met sa signature au bas d'un contrat de mariage est un misérable. C'est, pour matérialiser ma pensée, c'est tout à fait comparable à la situation de deux individus qui associent leurs intérêts industriels, l'un arrivant avec un apport spécial en bon argent, l'autre n'apportant que des valeurs hypothéquées, frelatées, et grevées d'une dépréciation inévitable pour l'avenir. Ce dernier, c'est notre syphilitique qui, contre la belle santé de sa jeune femme, apporte une santé avariée, menacée de toutes les catastrophes pathologiques.

Et n'allez pas croire que j'aie en rien forcé la note en vous faisant ce tableau si sombre; je n'ai fait que raconter ce que j'ai trop vu de fois, tous ces drames intimes qui sont une véritable misère sociale. Je n'en citerai au hasard que quelques exemples : ici c'est un artiste lyrique, très-applaudi sur une de nos plus grandes scènes, qui, ayant gagné la syphilis, ne la traite que par une suprême indifférence. Heureusement il n'infecte pas sa femme et a un enfant sain, mais lui-même est plus tard atteint d'une syphilide qui prend un caractère phagédénique, que je n'ai pu arrêter, et qui envahit successivement la face, le nez, la lèvre supérieure, le voile du palais, le pharynx, et fait de ce malheureux un objet d'horreur et de dégoût pour tous ceux qui le voient.

Ailleurs, c'est encore un artiste, un peintre qui, à la suite d'une syphilis incomplètement traitée, est pris d'une affection des yeux qui lui fait perdre la vue et oblige cet infortuné à s'inscrire au bureau de bienfaisance pour ne pas mourir de faim. Un autre exemple concerne un malheureux médecin qu'une paraplégie syphilitique rend impotent et empêche de tirer de la misère sa femme et ses deux enfants. Un dernier exemple : un industriel se marie; avec la dot de sa femme il fonde une grande usine qui prospère : sept ans après son mariage, une périostose syphilitique lui amène des accidents cérébraux, ses facultés intellectuelles s'affaiblissent, il compromet sa fortune, se ruine, puis meurt dément, laissant dans la misère sa femme et ses quatre enfants. Je n'en finirais pas si je racontais toutes les tristes calamités sociales dont j'ai observé tant d'exemples. Que dire de l'auteur responsable de tous ces maux? Il est plus ignorant que coupable; c'est pour nous, médecins, un devoir social d'instruire les gens du monde de ces dangers qu'ils ignorent. Éclairons-les, et montrons-leur l'abîme qu'ils se creuseraient en négligeant nos conseils, et disons fermement à tout homme qui veut se marier avec une syphilis non éteinte, que, s'il a la liberté de son être tant qu'il reste garçon, il n'a pas le droit, en se mariant, d'associer autrui à ses risques personnels.

---

## CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE NANCY.

M. Monoyer.

---

**Cataracte congénitale double. — Discisions. — Guérison.**

(Observation recueillie par M. Albert René, ancien interne du service.)

Au mois de mai 1877, on amène à la consultation une petite fille, âgée de quatorze mois, la nommée Berthe B..., née à Amanty (Meuse), atteinte de cataracte double.

La mère raconte qu'*au moment de la naissance,* les parents

ont bien remarqué que leur enfant avait la pupille blanche, et qu'elle ne voyait pas.

Cependant, ils ont constaté plus tard que cette enfant avait conservé la perception de la lumière : ainsi, elle se tournait toujours du côté de la lampe, de la fenêtre, etc.

Aucune hérédité directe ou collatérale. — Les parents sont bien portants et n'ont que cette enfant.

L'enfant entre à la clinique le 11 mai 1877.

La mère affirme qu'il n'a encore été fait aucune tentative de traitement.

L'enfant est bien constituée, vigoureuse et bien développée.

L'examen plus complet des deux yeux nous montre qu'il y a cataracte double.

L'œil droit présente une opacité circulaire et centrale de la capsule, outre la cataracte lenticulaire complète. Cette portion opaque de la capsule offre une teinte blanchâtre et chatoyante.

A l'œil gauche, la capsule n'est pas lésée. Le cristallin n'est pas tout à fait complètement cataracté : la couche opaque occupe les parties excentriques et la périphérie, à peu près dans toute l'étendue. On voit, en outre, une portion cristallinienne partiellement opaque, qui occupe la partie postérieure du cristallin, et en dedans. Elle est visiblement séparée de la capsule antérieure par une masse cristallinienne transparente.

Le 12 mai, M. le professeur Monoyer pratique la discision ; à l'œil gauche, elle réussit complètement. Mais à l'œil droit, après la ponction de la chambre antérieure, la pupille se contracte, malgré l'instillation préalable d'atropine, en solution faible ($0^{gr}02$ sur 10 grammes d'eau distillée), et M. Monoyer ne peut plus déchirer la capsule qui est opaque au centre de la pupille.

Le lendemain, la discision est répétée du côté droit, après nouvelle instillation d'atropine ; M. Monoyer déchire la capsule opacifiée autant qu'il est possible.

Ce jour, du côté gauche, la cataracte a pris une teinte laiteuse uniforme.

Le 15 mai, la coloration de la cataracte est plus uniforme, à l'œil droit, dans les parties cataractées, mais la région saine antérieurement conserve sa transparence.

Cet état persiste pendant quelque temps : la mère ne comprend pas le succès déjà obtenu, se désole et quitte le service.

Elle revient huit jours après, le 1er juin. Du côté gauche, la moitié environ de la cataracte est résorbée. Mais, à l'œil droit, elle paraît moins avancée. M. Monoyer pratique une nouvelle discision aux deux yeux.

Le surlendemain, il ne reste, à l'œil gauche, que deux lambeaux au côté interne ; l'enfant voit bien la lumière et regarde les objets.

A l'œil droit, la discision a aussi produit un effet remarquable.

L'enfant quitte immédiatement le service, pour faire place à d'autres malades ; la mère la rapporte à l'hôpital, le 6 juillet suivant.

A l'œil gauche, la résorption est complète, sauf une très-petite zone semi-lunaire, qui n'a pas encore complètement disparu. A l'œil droit, une dernière discision est pratiquée, et le résultat est à peu près aussi satisfaisant que du côté gauche : la portion opacifiée de la capsule apparaît seule encore dans la pupille.

L'enfant voit des deux yeux, et cherche les objets, les bijoux, les jouets, etc.

Trois jours après, elle quitte le service, et, depuis ce temps, nous ne l'avons plus revue.

Au moment de publier cette observation, nous recevons la relation de la *guérison de six aveugles-nés*, par M. le docteur Louis Fialla, chef du service chirurgical de l'hôpital « Philanthropie » de Bucarest.

Les ouvrages sur la matière, dit l'auteur, de 1728 jusqu'à ce jour, ne comptentque quatorze cas de cataracte congénitale.

D'après les notices du docteur Dufour, de Lausanne, les opérations sur les aveugles-nés ont été faites dans l'ordre chronologique suivant :

En 1728, le docteur Cheselden a opéré un enfant de treize ans d'une cataracte congénitale.

En 1801, le docteur Vare a opéré un enfant de sept ans d'une cataracte congénitale.

En 1806, le docteur Home a opéré un enfant de douze ans d'une cataracte congénitale.

En 1806, le docteur Home a opéré un enfant de onze ans d'une cataracte congénitale.

En 1826, le docteur Vardrop a opéré une dame de quarante-six ans d'une cataracte congénitale, avec adhérence de l'iris et obstrusion de la pupille ; un œil a été atrophié.

En 1840, le docteur Franz a opéré un jeune homme de dix-sept ans d'une cataracte congénitale.

? le docteur Trichinetti a opéré un enfant de dix ans d'une cataracte congénitale.

? le docteur Trichinetti a opéré un enfant de onze ans d'une cataracte congénitale.

En 1852, le docteur Ricordon a opéré un jeune homme de dix-huit ans d'une cataracte congénitale.

En 1874, le docteur Hirschberg a opéré un enfant de sept ans d'une cataracte congénitale.

En 1874, le docteur Hippel a opéré un enfant de quatre ans d'une cataracte congénitale.

En 1875, le docteur Dufour a opéré un jeune homme de vingt ans d'une cataracte congénitale.

En 1876, le docteur Hirschberg a opéré un enfant de quatre ans d'une cataracte congénitale avec obtrusion de la pupille.

En 1876, le docteur Taylor (Londres) a opéré une femme de cinquante ans d'une cataracte congénitale ; les deux yeux ont été opérés dans la même séance, et la cataracte extraite avec excision de l'iris. Au bout de six semaines, il l'opère de nouveau, enlevant les exsudations anciennes et récentes des pupilles ; la vue a été excellente.

Faisons remarquer ici que le nombre des cataractes congénitales opérées est beaucoup plus considérable que ne le pense le docteur Fialla ; un de nos confrères (*in Bordeaux médical*, 1873, n° 13), en cite *trois cent quatre-vingt-trois* observations.

Les opérations faites par M. Fialla sont au nombre de six :

1875. Jeune paysanne de dix-sept ans, Roumaine ; cataracte lenticulo-capsulaire bilatérale.

1876. Jeune paysanne de dix ans, Roumaine ; cataracte lenticulo-capsulaire bilatérale.

1876. Jeune homme de vingt-cinq ans, Tzigane ; cataracte lenticulo-capsulaire bilatérale.

1877. Jeune homme de seize ans, Tzigane ; cataracte lenticulo-capsulaire bilatérale.

1877. Enfant de sept ans, Allemand ; cataracte lenticulaire bilatérale.

1877. Jeune fille de quinze ans, Roumaine; cataracte lenticulaire bilatérale.

Le procédé employé a été, chez tous les sujets, la discision.

Ayant eu entre les mains ce nombre relativement considérable d'aveugles-nés, le docteur Fialla a étudié l'éducation ou l'habitude de la vue.

Il n'a pu reconnaître, chez aucun aveugle-né, d'idées innées. L'organe de la vue manquant, il ne peut se développer, chez l'individu, aucune idée nette sur notre monde extérieur, exactement comme quelqu'un ne pourrait se faire une idée des sons sans l'ouïe, des saveurs et des odeurs sans l'usage des sens correspondants.

Comme il arrive toujours chez les aveugles, le sens du toucher était très-développé. Quand l'une des opérées a commencé à se servir de ses yeux, elle ne connaît cependant pas les objets, jusqu'à ce qu'elle les ait touchés avec les doigts. Il faut qu'elle manie une pièce de monnaie, une cuiller, pour dire : C'est un franc, c'est une cuiller. En d'autres termes, elle s'était formé une idée des choses d'après le toucher, puis elle commence à les reconnaître, et à s'imprimer le souvenir de leur forme extérieure dans l'esprit. De même, pour la notion des distances, elle se fait la même éducation que les petits enfants.

Quant aux couleurs, elle a rapidement appris à distinguer le blanc et le noir, puis le rouge et le vert. Mais elle hésitait pour l'orange, le jaune et surtout les couleurs qui sont le produit d'un mélange.

Plusieurs opérés ont présenté le même phénomène.

Ce qui est aussi remarquable, c'est que les opérés se servent mal de l'appareil musculaire du globe de l'œil, les muscles n'ayant pas été soumis à des mouvements volontaires exacts, leurs mouvements ayant eu lieu en dehors de l'influence de la volonté.

Lorsqu'ils voulaient fixer un objet, après l'opération, il se produisait un strabisme momentané. Mais les malades s'habituent vite à se servir convenablement des muscles des globes.

On a dit que la rétine, privée de l'excitation de la lumière, jusqu'à l'âge de dix ans, perd désormais toute perceptibilité de la lumière.

M. Fialla fait observer que, parmi ses opérés, se trouve un sujet ayant plus de vingt-cinq ans; il n'a pas constaté ce fait : la lumière diffuse a été suffisante pour soutenir la vitalité du nerf optique. Enfin, M. Fialla signale un mouvement dont il a été frappé : dans toutes les occasions, quand il a montré un objet qui brille, ou qui, par sa couleur, les a affectés, avant de répondre aux questions, ils ont toujours fait une *inspiration profonde*, comme cela arrive aux personnes surprises par quelque effet inattendu.

Nous avons lu avec intérêt les détails d'observation dans lesquels M. Fialla a suivi l'exercice de la vue chez ses jeunes opérés : c'est une éducation de tous les instants, analogue à celle qui initie le nouveau-né à la connaissance du monde extérieur.

## MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE

### Recherche physiologique de l'oxyde de carbone dans les produits de la combustion du gaz d'éclairage.

Par N. Gréhant, aide-naturaliste au Muséum.

La combustion du gaz d'éclairage donne-t-elle naissance à une certaine quantité d'oxyde de carbone? Pour répondre à cette question, j'ai fait disposer par M. Wissnegg un appareil permettant de faire brûler le gaz dans un manchon cylindrique de verre mis en communication par un réfrigérant métallique avec un ballon de caoutchouc aspirateur : le gaz, avant d'arriver au bec d'argent que j'ai employé d'abord, passe par un compteur général mesurant le débit avec beaucoup d'exactitude.

20 litres de gaz ont brûlé en dix-huit minutes et ont rempli avec l'air entraîné le ballon aspirateur, dont le volume est égal à 200 litres environ.

Chez un chien du poids de $7^{k},7$, on prend du sang dans l'artère carotide, $30^{cc}$ environ; puis on fait respirer les gaz à l'aide d'une muselière en caoutchouc et d'un tube à deux soupapes permettant l'inspiration dans le ballon, l'expiration dans l'air; au bout de 30 minutes, le ballon est vidé; un second échantillon de sang est pris dans l'artère : $100^{cc}$ de sang normal ont absorbé $17^{cc},1$ d'oxygène, et $100^{cc}$ du second échantillon ont absorbé $1^{cc},5$; la différence, $0^{cc},6$, indique une quantité d'oxyde de carbone très-faible et négligeable.

J'ai recueilli ensuite avec le même appareil les produits de la combustion d'un petit bec de Bunsen : 32 litres 6 de gaz ont été brûlés en une heure. Un chien du poids de $7^{k},3$ mit 38 minutes pour faire circuler à travers les poumons les gaz additionnés d'oxygène : $100^{cc}$ de sang normal de la cavité ont absorbé $27^{cc},9$ d'oxygène; $100^{cc}$ de sang pris ensuite ont absorbé $26^{cc},9$ d'oxygène; la différence indique $1^{cc}$ d'oxyde de carbone fixé, quantité également fort petite.

Ainsi, dans la flamme du gaz de l'éclairage, qui est un mélange d'hydrogène carboné et d'oxyde de carbone, la combustion paraît être complète, et la petite quantité d'oxyde de carbone qui se trouve dans les produits de la combustion peut à peine être démontrée chez l'animal vivant astreint à respirer ces produits gazeux.

Ces résultats étant obtenus, je me suis demandé si l'oxyde de carbone ajouté à l'air qui sert à la combustion du gaz est brûlé par la flamme ou reste mélangé aux produits de la combustion. Pour réaliser l'expérience, j'ai composé un mélange de 150 litres d'air et de $375^{cc}$ d'oxyde de carbone pur, mélangé à $1^{s},400$, que j'introduit dans un grand ballon de caoutchouc uni au tuyau de prise d'air de l'appareil à combustion du gaz; en dix minutes on fit passer tout le gaz de ce ballon autour d'un bec d'argent; les produits de la combustion furent reçus dans un ballon aspirateur. On fit respirer ces gaz à un chien après avoir pris un échantillon de sang dans la veine cave supérieure par la veine jugulaire; en trente minutes l'animal, du poids de 7 kil., vida complètement le ballon, et on fit une seconde prise de sang; $100^{cc}$ de sang normal ont absorbé $22^{cc},6$ d'oxygène; $100^{cc}$ du second échantillon ont absorbé $22^{cc},3$ d'oxygène; ainsi la flamme du gaz a brûlé l'oxyde de carbone qui avait été mélangé artificiellement à l'air qui a entretenu la combustion. Si l'air, au lieu de contenir de l'oxyde de carbone, avait renfermé de l'hydrogène carboné, comme cela arrive dans les mines de charbon, l'analogie me fait penser que le gaz combustible aurait été également brûlé, d'où ressort cette application que l'établissement dans les galeries de mine de becs de gaz allumés brûlant jour et nuit pourrait avoir pour résultat la combustion du gaz hydrogène carboné dont la présence dans l'atmosphère de la mine constitue un grand danger; bien entendu, l'appareil dans lequel aurait lieu la combustion du gaz devrait être muni de toiles métalliques comme la lampe de Davy.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Addition à la séance du 21 décembre 1878.

Présidence de M. Paul Bert.

**De l'emploi thérapeutique de certaines anomalies dentaires. — M. Pietkiewicz** communique un cas de transposition d'une dent de la mâchoire inférieure à la mâchoire supérieure, pour remplacer la dent antagoniste profondément altérée et, de plus, congénitalement déviée par rotation sur l'axe. C'est donc encore une application de la méthode générale des greffes, des greffes

phonésiques, suivant l'expression de M. Paul Bert, mais avec ceci de nouveau que l'opération, parfaitement réussie du reste, a eu pour but et a obtenu comme résultat de remplacer un organe malade par un organe sain, présentant avec le premier de notables différences anatomiques de forme, de volume, etc.

On savait, en effet, depuis longtemps, qu'il est possible de faire reprendre ses connexions à une dent extraite et remise ensuite dans son alvéole, ou d'emprunter une dent à un individu pour remplacer la même dent chez un autre, dans des conditions analogues d'âge, de forme, de volume. En 1858, le professeur Alquié, de Montpellier, a démontré que l'on pouvait même réimplanter des dents dont la racine était altérée, après avoir réséqué leur partie malade ; mais il n'avait jamais été tenté jusqu'ici, de remplacer une dent par une autre dent dont le siége, les caractères anatomiques, la forme, le volume diffèrent très-sensiblement, et c'est ce qu'a tenté avec succès M. Pietkiewicz le 30 juillet dernier sur une jeune femme de vingt-six ans. Dans ce cas, l'auteur a profité d'une anomalie du système dentaire, du rejet d'une incisive latérale inférieure droite en arrière de l'arcade dentaire sous la langue, pour remplacer une incisive latérale supérieure droite profondément cariée dont la durée était forcément limitée quoi qu'on fît, et pour remédier en même temps à une anomalie de l'arcade dentaire supérieure en mettant dans la position normale la dent réimplantée, tandis que celle qu'elle remplaçait présentait une rotation sur l'axe d'un quart de cercle, et en même temps, à l'aide d'un appareil spécial à pression constante, M. Pietkiewicz repoussait en arrière la canine inférieure droite projetée en avant. De sorte que, pendant qu'il tentait de remplacer un organe malade par un organe sain, l'auteur remédiait aussi à une double anomalie de l'arcade dentaire inférieure et supérieure et rendait à l'opérée une physionomie normale. En dépit d'une imprudence de la malade et d'un accident arrivé six semaines après l'opération, alors que la dent était absolument solide, et qui faillit tout compromettre, l'opération a parfaitement réussi, malgré toutes les conditions défavorables qui semblaient devoir *à priori* la condamner à un insuccès certain.

Il y a, en effet, des différences anatomiques très-notables entre une incisive latérale inférieure et une incisive latérale supérieure. La racine de la première est plus mince, aplatie transversalement, présentant un sillon longitudinal, tandis que celle de la mâchoire supérieure est plus volumineuse, arrondie de sorte que la racine de l'incisive inférieure, placée dans l'alvéole de la dent antagoniste, est bien loin d'avoir un contact parfait avec la paroi alvéolaire, que le contenant est plus large que le contenu et moins profond, car les racines inférieures sont naturellement plus longues, ce qui obligea le chirurgien à réséquer un tiers de la couronne pour mettre cette dent au niveau des voisines et permettre l'occlusion de la bouche. En voyant cette greffe réussir, malgré un ensemble de circonstances si défavorables, il a paru démontré à M. Pietkiewicz que, s'il faut évidemment, autant que faire se peut, choisir des dents dont les caractères anatomiques soient aussi identiques que possible, il ne faut pas s'en préoccuper outre mesure, et croire qu'il faille des rapports parfaits entre les surfaces mises en contact. Pourvu que ces parties soient à peu près analogues, on aura chance de réussir, et dès lors rien n'empêche, au lieu de mutiler un individu pour réparer les désordres physiques d'un autre, d'utiliser un cas d'anomalie dentaire pris chez l'individu même, à l'exemple de M. Pietkiewicz, ou alors, d'emprunter à un autre une dent dans des conditions analogues, c'est-à-dire, hors rang, hétérotopiquement placée et dont la bouche ne fera que gagner en régularité par cette soustraction.

Maintenant, de ce que des conditions anatomiques absolument identiques ne sont pas indispensables, est-il permis d'inférer qu'il est possible de chercher et de prendre chez d'autres mammifères des dents se rapprochant le plus possible des nôtres, au moins pour la racine, des conditions de formes un peu différentes de la couronne étant artificiellement modifiables? Tout en reconnaissant, avec M. Paul Bert, qu'il faut tenir grand compte des questions d'identités, et sans oublier les insuccès multiples des greffes entre espèces trop éloignées, M. Pietkiewicz croit que les nombreux cas de greffes de dents humaines dans la crête d'un coq, et l'expérience de M. Philippeaux insérant une incisive de cochon d'Inde, munie de son bulbe, dans la crête d'un coq et voyant cette dent continuer à s'accroître, autorisent à tenter l'expérience, en faisant son choix de façon à réduire autant que possible les différences spécifiques.

Dans cette communication il voulait seulement attirer l'attention sur ces deux faits : la valeur et l'emploi thérapeutique de certaines anomalies du système dentaire et la possibilité, hors de doute, dans certains cas d'anomalie, de remplacer un organe malade par un organe sain, mais non identique chez le même individu ou entre des individus de la même espèce, s'il n'est pas encore expérimentalement prouvé que l'on puisse s'adresser à des espèces différentes pour obtenir le même résultat.

M. MAGITOT demande à M. Pietkiewicz si cette dent transplantée a recouvré les connexions nerveuses et vasculaires, ce dont on peut s'assurer par la couleur et la sensibilité de cette dent.

M. Magitot ajoute que les cas de réimplantation thérapeutique, c'est-à-dire de réimplantation de dents extraites momentanément pour en réséquer une partie de la racine, sont aujourd'hui un fait parfaitement établi. Sur soixante-deux cas, il a eu cinquante-huit succès. Nous avons pu nous-même apprécier les bons résultats de cette méthode chez deux malades qui ont été ainsi opérés par M. Péan à l'hôpital Saint-Louis et qui ont également fort bien guéri.

M. Magitot rapporte une observation analogue à celle de M. Pietkiewicz : il s'agissait d'une petite fille de quatorze ans chez laquelle la canine inférieure gauche était mal placée et la canine supérieure était absente et remplacée par une prémolaire atrophiée. Il fallait remplacer cette dernière par la canine inférieure. M. Magitot rencontra de sérieuses difficultés : d'abord la racine était trop grosse, il fallut en réséquer la moitié ; ensuite la couronne était trop longue, on dut en retrancher une partie, si bien que ce fut plutôt un tronçon de dent qu'une dent véritable qui fut réimplantée dans ce cas. Le succès fut pourtant complet et dépassa même de beaucoup les espérances qu'avait pu concevoir M. Magitot.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Faculté de médecine de Paris.* — Par décret en date du 28 décembre 1878, il est créé près ladite faculté : 1° une chaire de clinique des maladies des enfants ; 2° une chaire d'ophthalmologie clinique.

Par décret en date du même jour, le traitement des professeurs de la Faculté de médecine est porté, à dater du 1er janvier 1879, à la somme de 15,000 francs.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Deuxième trimestre de l'année scolaire 1878-1879 :

1° *Inscriptions.* — Le registre des inscriptions sera ouvert le lundi 6 janvier et sera clos le 23 janvier, à quatre heures du soir.

Les inscriptions seront reçues les lundi, mardi, mercredi et jeudi, de neuf heures à onze heures et de une heure à quatre heures.

Passé le 23 janvier, nulle inscription ne pourra être prise sans autorisation rectorale ou ministérielle, selon les cas.

2° *Consignations.* — Les consignations pour les examens de doctorat continueront à être reçues les vendredis et samedis, de une heure à quatre heures.

*Nota.* — Les étudiants qui veulent subir le premier examen de doctorat avant les vacances sont prévenus que les consignations seront reçues jusqu'au 31 mars.

Les consignations pour le deuxième examen de doctorat seront reçues jusqu'au 30 avril.

— Par arrêté en date du 25 décembre 1878, le ministre de l'intérieur a nommé membres de la commission chargée d'examiner les titres et de dresser le tableau de classement des candidats re-

connus admissibles aux emplois de médecins à la maison nationale de Charenton :

MM. le docteur Robin, sénateur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine et professeur d'histologie à la Faculté de Paris, président. — Bertrand, conseiller honoraire à la cour d'appel de Paris, membre de la commission consultative de la maison nationale de Charenton. — Le docteur Lasègue, membre de l'Académie de médecine et professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris. — Le docteur Legrand du Saulle, médecin des aliénés à l'hospice de Bicêtre. — Bucquet, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur (section des établissements de bienfaisance). — De Harambure, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur (section des établissements pénitentiaires). — Le docteur Lunier, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur (section des aliénés). — De Caritan, chef du bureau des établissements généraux de bienfaisance. — Denis, sous-chef de bureau à l'administration centrale, secrétaire.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers de l'instruction publique :

MM. Lucien Pénard, ancien médecin principal de la marine; Bürgkly, médecin-major en retraite; Libermann, médecin principal de deuxième classe.

Sont nommés officiers d'académie :

MM. Nivelet, médecin du collège et de l'école normale de Commercy; Saffray, médecin à Paris; Baretta, préparateur d'anatomie à l'hôpital Saint-Louis; Fauquez, chef de clinique de M. le docteur Chéron; Guillemin, médecin-major aux hôpitaux de Lyon; Ladreit de la Charrière, médecin en chef de l'Exposition universelle.

---

**Agenda médical pour 1879**, entièrement refondu, contenant : 1° Mémorial thérapeutique du médecin praticien, par le professeur Trousseau, le docteur Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et le professeur Pajot (pour la partie obstétricale); 2° Formulaire magistral, par M. Delpech, pharmacien de première classe, membre des Sociétés de pharmacie et de thérapeutique; 3° Code médical et professionnel, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre; 4° Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger, par le docteur de Valcourt; plus un calendrier à deux jours par page, la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France, les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; des modèles de rapports et certificats; le tableau des rues de Paris, etc., format in-18° de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseignements utiles.

Nous avons cru devoir supprimer plusieurs modèles qui faisaient double emploi et réduire les reliures aux cinq numéros suivants :

Prix : broché, 1 fr. 75; cartonné à l'anglaise, 3 francs; divisé en cinq cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille, 3 francs.

Reliures diverses : n° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; n° 2, maroquin à patte, avec crayon, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; n° 3, maroquin à patte, avec crayon et petite trousse en soie, 5 francs; n° 4, maroquin à patte, avec crayon et petite trousse en maroquin, 7 francs; n° 5, maroquin à patte, avec crayon et petite trousse avec fermoir en maillechort, 9 francs.

---

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 3. — JEUDI 9 JANVIER 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 9 JANVIER 1879. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Félicitons d'abord l'Académie d'avoir cette année pour président notre éminent et bien-aimé maître, M. le professeur Richet. Où trouverait-elle mieux unies les deux qualités les plus désirables : grande autorité personnelle et non moins grande bienveillance ?

Le discours de M. Colin, terminé dans cette séance, et dont nous donnons le résumé qu'il l'a rédigé lui-même sous forme de propositions, est une critique, parfois un peu vive, mais certainement très-habile, des doctrines de M. Pasteur appliquées aux sciences médicales.

Suivant M. Colin, les germes ou ferments capables de produire la septicité dans des liquides morts renfermés dans des tubes ne suffiront pas, à eux seuls, et en quantités aussi minimes, pour la faire naître, au point d'amener une septicémie mortelle, chez un être doué de vie.

La preuve en est, dit-il, que, si l'on inocule à de grands animaux, en petites quantités, les matières les plus septiques, les plus remplies de germes putrides et de vibrions, on n'en voit résulter qu'un malaise très-passager ; la santé se rétablit bientôt et les éléments étrangers à l'économie disparaissent.

Il y a donc lutte dans ce cas, quel qu'en soit du reste le mécanisme, entre la santé qui résiste et l'élément funeste introduit. Ce dernier ne peut l'emporter que par sa quantité devenue prépondérante ou par la faiblesse préexistante de son adversaire. Dans le tube d'expérience, il n'en est pas ainsi. La quantité de germes, si petite qu'elle soit, est suffisante, car ces germes n'y trouvent aucun obstacle à leur prolifération indéfinie, et ils envahissent en peu de temps tout le liquide dans lequel on les place.

La multiplication si prompte des bactéries dans les tubes de M. Pasteur est un fait d'expérimentation, qu'il faut bien admettre, car il est de toute évidence.

Mais l'insuccès des inoculations de petites quantités de matières septiques sur des animaux de grande espèce, tels que le cheval en santé, serait, suivant M. Colin, un fait tout aussi indéniable, tout aussi brutal.

Je prends cet exemple entre mille, dans le mémoire de M. Colin.

On voit où en est la question. Ce ne sont pas seulement des théories que l'on oppose à des théories, ce sont des faits que l'on oppose à des faits.

De ces faits, quelques-uns ne laissent plus prise au doute; d'autres sont faciles à contrôler. Si tous sont reconnus exacts, il restera à découvrir une inconnue, la cause réelle des contradictions apparentes, ce qui interviendrait en réalité pour étouffer les bactéries et les autres germes funestes chez un être vivant et sain. Dr Victor REVILLOUT.

## HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

### Revue d'Ophthalmoscopie médicale et de Cérébroscopie pour l'année 1878 (1).

II

*Encéphalite aiguë. — Hémiplégie subite. — Méningite consécutive. — Névro-rétinite. — Mort.* — K..., âgée de deux ans, après insolation, fut prise, le 22 avril 1878, d'hémiplégie subite à gauche. — Au bout de trois jours, l'hémiplégie disparut, laissant un peu d'incoordination de la main, et l'enfant resta grognon. Elle put sortir et marcher aux Champs-Élysées. — Puis, le 6 mai, elle devint somnolente, et voulut rester couchée, mangeant à peine.

*A l'ophthalmoscope.* Double névro-rétinite avec exsudat grisâtre, couvrant les bords de la papille. — Vaisseaux très-dilatés. — Pas de tubercules de la choroïde.

La maladie continua avec somnolence absolue, suivie de convulsions et contracture, et l'enfant succomba le 28 mai, au bout de cinq semaines de maladie.

Opposition à l'autopsie.

*Encéphalite. — Tubercules du cerveau. — Atrophie commençante du nerf optique.* — G..., âgée de dix-sept ans, vue le 16 août, à Arcueil, avec le docteur Durand, — a eu, il y a six mois, des phénomènes de paralysie qui se sont dissipés. — Il y a dix jours, elle a eu de violents maux de tête à gauche, des vomissements, de la constipation, puis de la somnolence ; à deux reprises, des crises épileptiformes, avec le pouls inégal, irrégulier, intermittent, ralenti à 60. — Elle est sans connaissance.

Les deux papilles sont nettes, pâles et manifestement atrophiées à la circonférence. Le centre est finement injecté. Au-dessus et au-dessous de la papille droite, un point d'atrophie scléroticale, gros comme un grain de millet, et les veines extrêmement fines, très-

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 janvier.

nombreuses. — Il y a aussi une atrophie choroïdienne pointillée très-considérable.

Mort. — Opposition à l'autopsie.

*Méningite tuberculeuse. — Névrite optique.* — Alb..., âgée de deux ans, entrée le 21 octobre 1878, et morte le 29, couchée au nº 35, salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut.

Malade depuis quinze jours avec de la fièvre, de la tristesse, quelques vomissements, de la constipation, de la somnolence, des cris aigus fréquents et des intermittences du pouls. Tempér. S. 38,5 — M. 37,2, puis, au quatorzième jour, coma profond, blépharoptose et fréquence excessive du pouls. Au quinzième, elle est prise de convulsions générales, et la mort arrive le soir.

*A l'ophthalmoscope.* La papille est gonflée, pâle avec un cercle d'atrophie blanche interne, disposé en croissant étroit; les artères sont fines, et les veines très-dilatées, flexueuses, avec stases sanguines considérables. — Tout le fond de l'œil est le siège d'une atrophie choroïdienne pigmentaire considérable.

*A l'autopsie.* Thrombose considérable, dure, noire et blanche, remplissant le sinus longitudinal et transverse, ainsi que toutes les veines méningées qui ont le volume d'un petit crayon.

Suppuration de la pie-mère à la convexité, — peu marquée à la base ; aplatissement des circonvolutions cérébrales, et hydropisie des ventricules latéraux ; — quelques granulations tuberculeuses de la convexité, mais pas dans les scissures.

Pas de tubercules de la choroïde.

Poumons et ganglions branchiques tuberculeux.

Des granulations existent dans le foie, dans la rate et dans les reins.

*Méningite. — Encéphalite tuberculeuse ; tubercules de la choroïde.* — Desc..., 13 novembre 1878, quatre ans, vient à l'hôpital, service de M. Bouchut, au nº 31 de Sainte-Catherine. — Elle a, dit-on, trois jours de maladie. Elle n'a pas vomi et est constipée. — Elle ne crie point et ne porte pas les mains à la tête. Elle n'a pas de grincements de dents et ne fait point de soupirs. — Son pouls, 92, est un peu intermittent et inégal, et la température varie de 38 à 39. Ce qui frappe chez cette enfant, c'est l'immobilité du corps, la tristesse et un peu de somnolence. Elle tousse un peu, et on entend quelques râles morbides en arrière des deux poumons.

*A l'ophthalmoscope.* Les deux papilles sont gonflées, rouges, conservant la netteté de leurs contours. — Les veines sont assez dilatées, nombreuses, sans stases, et il y a, dans les deux choroïdes, de l'atrophie pigmentaire pointillée, et de nombreuses granulations tuberculeuses blanches, saillantes, coniques, les unes derrière un vaisseau, et les autres entourées d'une petite zone congestive très-rouge.

*A l'autopsie.* On trouve, dans les sinus de la *dure-mère*, des caillots ambrés au milieu de sang liquide.

Le *cerveau* est fortement comprimé de dedans en dehors, par un double épanchement ventriculaire qui comprime et aplatit les circonvolutions. — Les parois des ventricules latéraux sont, par cet épanchement, réduites en bouillie crémeuse. — A la base du cerveau, infiltration purulente, épaisse, verdâtre, qui couvre le chiasma et l'espace interpédonculaire, puis s'enfonce dans la scissure de Sylvius gauche. — A la convexité des hémisphères, se trouvent, vers le sillon de Rolando, d'innombrables granulations miliaires, petites, jaunes, opaques, disséminées, et çà et là réunies en plaques d'infiltration qui pénètrent un peu dans l'intervalle des circonvolutions, et forment des masses irrégulières de tubercule cru. — La protubérance est couverte de pus, ainsi que le vermis supérieur du cervelet. Pas de gros tubercules isolés dans la substance nerveuse.

Dans les *deux yeux*, nombreux tubercules de la choroïde, de différentes grosseurs.

Dans les *deux poumons*, souples, sans pneumonie, innombrables granulations tuberculeuses miliaires, demi-transparentes. — Les *ganglions bronchiques* sont tuberculeux.

Le *foie*, la *rate*, les *reins* renferment un grand nombre de granulations de même nature.

Dans le *cœur*, il y a de l'endocardite végétante mitrale, et quelques infarctus sous-cutanés aux jambes.

L'*intestin*, les *ovaires*, le *thymus* sont sains.

*Méningite. — Double névrite optique.* — M..., quatre ans, entrée le 14 octobre 1878, salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut, pour une maladie de huit jours, caractérisée par des vomissements, de la constipation, de la somnolence, quelques cris aigus et une légère douleur de tête. Le ventre est aplati, le pouls ralenti 76, un peu irrégulier. T. M. 37,2, T. S. 38,4.

*A l'ophthalmoscope.* Double névrite optique, surtout marquée à gauche. La papille est gonflée, aplatie, rougeâtre, et les bords ont perdu toute netteté. Elle est très-vasculaire, et tout autour s'échappent de petits vaisseaux fins, nombreux, qui n'y vont pas habituellement. Les veines sont dilatées, nombreuses, avec flexuosités et quelques stases; pas de tubercules de la choroïde.

L'enfant reste dans le coma, sans convulsions ni paralysie. Elle n'a eu que du strabisme interne, et du prolapsus de la paupière supérieure ; mort le 24 octobre.

*A l'autopsie.* Méningite suppurée de la base et des scissures sylviennes. Deux granulations tuberculeuses opaques à la convexité des hémisphères qui sont aplatis, comprimés par l'épanchement intra-ventriculaire ; pas de gros tubercules. Les yeux ne renferment pas de tubercules de la choroïde. Thrombose des sinus de la dure-mère et des veines méningées. Dans les poumons, le foie et la rate, pas de granulations tuberculeuses.

Le cœur offre de l'endocardite végétante ancienne.

*Méningite. — Tubercules du cerveau. — Névro-rétinite. — Mort. — Autopsie.* — B... Marie, âgée de six ans, entrée le 12 août 1878, morte le 13.

Cette enfant est malade depuis douze jours. Elle était abattue avec de la fièvre, ne mangeant pas ; elle avait de la constipation sans vomissements, puis, au dixième jour, sont venues des convulsions terribles, de la contracture et la mort.

*A l'ophthalmoscope.* Névro-rétinite très-marquée à gauche, avec thromboses et flexuosités des veines. La névrite est moins marquée à droite, mais il y a dilatation et flexuosité des veines ; les artères sont encore visibles.

*Autopsie.* Caillots ambrés dans les sinus de la dure-mère et des veines méningées.

*Cerveau.* Circonvolutions aplaties contre le crâne par la distension des ventricules latéraux énormément dilatés, et dont les parois sont réduites en bouillie crémeuse.

Dans le ventricule latéral droit, sur le pédoncule cérébral, entre la couche optique et les tubercules quadrijumeaux, près de la capsule interne, se trouve une masse dure, couverte d'aspérités dures, grosse comme une muscade. Elle adhère légèrement à la substance cérébrale sous-jacente jaune et ramollie. Elle est formée d'une écorce jaunâtre de trois millimètres, et d'une partie centrale verdâtre comme du marron d'Inde et ramollie au centre.

Au sommet de l'hémisphère droit, à l'origine de la première circonvolution frontale, dans la substance cérébrale, est un autre tubercule de même nature, dur à la périphérie, ramolli au centre et gros comme le bout du petit doigt.

Il y en a un troisième à la face extérieure de l'hémisphère.

Les méninges sont infiltrées de pus dans la scissure de Sylvius, à gauche, et dans l'hexagone cérébral ; mais il n'y a rien dans la scissure droite.

Les poumons sont remplis de grosses granulations tuberculeuses jaunes, et de masses tuberculeuses crues.

*Encéphalite chronique. — Hémiplégie et névro-rétinite. — Tubercules de la choroïde.* — Fl...., âgée de trois ans, entrée le 5 mai 1878 à la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut, pour une hémiplégie incomplète droite, permettant à peine la marche et laissant les mouvements de la main correspondante mal coordonnés. Cette hémiplégie dure depuis quatre mois et a succédé

à des convulsions qui se sont reproduites très-fréquemment pendant six mois. Aucun trouble de l'intelligence, de la sensibilité ou de la nutrition qui se fait bien, mais qui est souvent accompagnée de diarrhée.

*A l'ophthalmoscope.* Névro-rétinite double, carractérisée par la diffusion de la papille sous un voile grisâtre qui en cache les bords et dont le tissu est pâle et décoloré. Veines peu dilatées, artères très-fines.

L'enfant, prise du croup, est opérée et meurt deux jours après.

*Autopsie.* — La dure-mère est adhérente à la substance corticale de l'hémisphère gauche sur trois points, là où il y a des tubercules de la substance nerveuse gros comme des noyaux de cerise. Sur cet hémisphère il y a dans l'arachnoïde plusieurs autres petits tubercules jaunâtres plus petits. A la partie moyenne et postérieure, au-dessous de la substance grise interhémisphérique, il y a un gros tubercule jaunâtre, dur, bosselé, gros comme une petite noix, et entouré de substance blanche, ramollie et légèrement teintée en jaune clair, sans pointillé hémorrhagique; c'est un ramollissement jaune. La couche optique et le corps strié sont sains. Il y a un tubercule sur le corps calleux.

Nulle part il n'y a d'infiltration purulente, la base du cerveau est saine; la bulbe, la moelle allongée, la cervelle et les autres parties sont à l'état normal, sans tubercules.

Dans les *yeux* un tubercule de la choroïde à gauche.

Les *poumons* renferment quelques tubercules miliaires. Tuberculoses des ganglions bronchiques.

Le *cœur* offre une endocardite végétante mitrale.

Les *intestins* sont intimement soudés par une péritonique chronique avec d'innombrables granulations tuberculeuses. De même sur le *foie*, qui est gras, et sur les *reins*, à la surface desquels il y a quelques granulations.

*Encéphalite chronique. — Névro-rétinite.* — Le 12 octobre 1878, une jeune fille de douze ans, venue de Ferrières pour me consulter, dit qu'elle est malade depuis un an. Elle a des douleurs de tête, de la diplopie passagère amaurotique de l'œil gauche, et un peu d'affaiblissement musculaire dans le côté droit. Elle marche bien, n'a pas d'anesthésie, et mange bien.

Les deux nerfs optiques sont couverts d'une large exsudation épaisse, avec veines très-dilatées, artères peu visibles.

La lésion est la même à droite qu'à gauche, et cependant à gauche elle ne voit rien, tandis qu'à droite elle peut lire.

Je fais une prescription d'iodure de potassium à suivre pendant un mois. Au bout de ce temps on me ramène l'enfant, qui est dans le même état, et je ne l'ai pas revue.

*Hémiplégie ultime. — Thrombose des veines rétiniennes. — Œdème papillaire.* — P...., trois ans, entrée, le 4 mars 1878, dans le service de M. Bouchut pour une bronchite capillaire tuberculeuse, suite de rougeole. Elle est dans un état de maigreur très-prononcé. Dans les salles elle fut tout à coup prise d'hémiplégie ultime.

*A l'ophthalmoscope.* Thrombose des veines rétiniennes et suffusion séreuse péripapillaire avec atrophie choroïdienne pointillée.

*A l'autopsie.* Thrombose des sinus de la dure-mère et des veines méningées, tubercules de la pie-mère, suffusion séreuse purulente de la pie-mère. Tuberculose miliaire des poumons.

*Tumeur du cerveau. — Paralysie incomplète des membres inférieurs. — Névrite optique.* — J...., fille de quatre ans, amenée à l'hôpital le 2 juillet 1878 dans le service de M. Bouchut, marche à peine et presque paralysée. Elle est malade depuis six mois. Elle a eu une espèce de fièvre muqueuse pendant un mois, puis à la convalescence elle a eu des maux de tête fréquents, ne vomissant pas, ayant les selles régulières et le pouls ralenti. Elle se tient debout, mais ne peut faire un pas. Membres supérieurs sains, sensibilité intacte.

*A l'ophthalmoscope.* — Les deux nerfs optiques sont absolument cachés sous un exsudat grisâtre qui en cache la circonférence et s'étend sur la rétine. Rien dans la macula. Les artères sont peu visibles. Les veines sont peu dilatées, mais nombreuses et très-flexueuses.

L'enfant est remportée dans le même état par ses parents.

*Tubercules du cerveau. — Amaurose : nystagmus. — Paraplégie incomplète. — Névrite optique.* — G...., âgée de cinq ans, entrée le 29 avril 1878, service de M. Bouchut, n° 16, Sainte-Catherine, pour une amaurose avec nystagmus et mydriase venue progressivement depuis deux mois. Elle est dans l'impossibilité de marcher. Elle se tient debout, mais ne peut faire un pas. La sensibilité réflexe est abolie, mais la sensibilité tactile est conservée.

Les deux papilles sont gonflées, aplaties, rouges, couvertes d'un exsudat légèrement grisâtre qui en cache les bords. Veines fines et nombreuses, artères peu visibles.

L'enfant reste dans le même état pendant quelque temps et est emportée par ses parents.

*Athétose avec hémiplégie alterne datant de trois ans. — Atrophie incomplète du nerf optique.* — Un garçon de six ans est amené le 24 octobre 1878 pour une maladie datant de trois ans et dont le début a été des convulsions générales répétées ayant duré un mois et revenant plusieurs fois par jour.

En ce moment, l'enfant, assez bien développé, peu intelligent, ayant toute la sensibilité cutanée, offre une paralysie incomplète de tout le côté gauche du corps et une paralysie semblable du côté droit de la face, ce qui produit une déviation labiale gauche et un peu de blépharoptose droite. Cette paralysie est peu marquée, car l'enfant peut marcher, et, dès qu'il se met en mouvement, le bras et la jambe sont en proie à des mouvements incoordonnés comme ceux de la chorée et que rien n'arrête. Les membres gauches ne peuvent rester en place et s'agitent en tous les sens. La main ne peut rien tenir ni porter à la bouche, et la jambe ne peut plus servir à porter le corps, qui tombe à terre s'il n'est retenu. A la face, rien n'apparait quand l'enfant est au repos; mais, s'il parle ou rit, on constate la déviation labiale gauche. La vision est affaiblie.

*A l'ophthalmoscope.* Il y a une atrophie du nerf optique bornée à la partie interne de la papille qui est blanche nacrée, mais les contours sont parfaitement distincts en dehors. Les artères sont fines, les veines peu dilatées. Il y a une atrophie pigmentaire de la choroïde très-prononcée et une tubercule de la choroïde.

Dans ce cas d'athétose avec hémiplégie alterne, il est certain qu'il y a au-dessous de l'entre-croisement des cordons de la moelle vers la protubérance une tumeur, probablement tuberculeuse.

*Idiotisme. — Microcéphalie. — Atrophie du nerf optique.* — Une enfant de trois ans a été prise de convulsions à l'âge de huit mois, et ces convulsions ont duré pendant deux ans, se reproduisant presque tous les jours, et jusqu'à six fois par jour. Elle ne s'est pas développée, ne marche pas, n'est pas paralysée, ne parle pas et est idiote.

On l'amène à Sainte-Catherine le 5 novembre 1878, et je constate une microcéphalie due à l'absence de partie postérieure des hémisphères cérébraux. La tête a 43 centimètres de circonférence, c'est-à-dire 8 centimètres de moins que chez un autre enfant du même âge.

*A l'ophthalmoscope.* Papilles très-petites avec atrophie grisâtre nacrée, brillantes, vaisseaux très-petits. La choroïde est fortement pigmentée. L'enfant est emportée par ses parents.

*Hydrocéphalie. — Névro-rétinite.* — J...., trois ans, vu le 20 août 1878, a eu, il y a six mois, une maladie avec fièvre, quelques crises nerveuses, et, après sa guérison, il est resté une paraplégie incomplète et de temps à autre des convulsions; la tête a augmenté de volume, la vision s'affaiblit de jour en jour.

*A l'ophthalmoscope.* Névro-rétinite avec exsudat grisâtre cachant le bord externe des deux papilles et un commencement d'atrophie sur le bord interne du nerf.

## DE L'EXTRACTION

### ET DE LA RÉSORPTION DE LA CATARACTE.

Par le docteur Isaac Tamamchef.

I

L'une des plus importantes maladies des yeux est la cataracte, qui empêche les rayons lumineux de pénétrer dans le fond de l'œil. Comparativement aux autres affections de l'organe de la vision, son diagnostic est des plus faciles; mais, à différents points de vue, son traitement est sujet à des contradictions.

Depuis l'époque où l'on a commencé à pratiquer l'extraction du cristallin cataracté en faisant, à l'aide du couteau, une section à large lambeau, des perfectionnements et des modifications ont été apportées au procédé opératoire.

La méthode d'extraction de la cataracte, désignée sous le nom de « méthode linéaire », de Bowmann et Critchett, perfectionnée par de Graefe, a été jusqu'à ce jour appliquée de différente façon par les oculistes.

Dans cette méthode d'extraction, l'iridectomie est considérée comme de nécessité absolue. Nous devons élever sur son application les restrictions les plus positives, car jusqu'à présent on n'a donné aucune signification scientifique à l'iridectomie dans l'extraction de la cataracte. Il n'est pas prouvé, en effet, d'une façon bien nette, que l'iridectomie soit utile à la guérison de la plaie, qu'elle facilite l'opération, ni qu'après la guérison elle contribue à augmenter l'acuité visuelle. Il n'est pas davantage prouvé qu'elle exerce une influence salutaire sur les accidents consécutifs du fond de l'œil.

Dans nos fréquentes visites à différentes cliniques ophthalmologiques de différents pays, nous avons vu opérer l'extraction de la cataracte par différents procédés : d'une part, suivant la méthode linéaire, qui est celle de de Graefe; l'autre, qui en est dérivée et qui s'effectue sans iridectomie. Cette dernière diffère de la méthode précédente en ce que la section se fait habituellement dans la partie inférieure de la cornée, sans iridectomie; on dissocie la capsule, et, à l'aide de légères manœuvres, on fait sortir le cristallin opacifié (Landolt).

Au bout de quelques jours de séjour au lit (quatre à six), les malades peuvent se lever sans aucun danger. A l'aide de verres sphériques convexes, et quelquefois de verres cylindriques, pour corriger leur astigmatisme, ces malades peuvent lire même les petits caractères des échelles typographiques.

Les résultats de l'opération sont favorables et satisfont aussi bien le malade et l'opérateur, quelle que soit celle de ces deux méthodes qui ait été employée pour l'opération. Ceci tendrait à prouver que l'issue favorable ne dépend pas de la méthode opératoire, mais suivant chaque œil, de la façon dont l'opération a été effectuée, des conditions dans lesquelles elle a lieu, et de l'état général du malade.

Nous laissons, bien entendu, de côté les accidents qui peuvent se produire pendant et après l'opération, tels que, par exemple, une sensibilité excessive de l'œil, l'état de surexcitation du malade une hémorrhagie dans la chambre antérieure, une section défectueuse de l'iris, l'issue du corps vitré, ou encore l'extraction laborieuse du cristallin, un décollement de la rétine, ou différents phénomènes consécutifs qui, isolément ou réunis, peuvent se produire dans les différentes méthodes usitées jusqu'à ce jour.

Dans cet état de choses, quelle sera donc la méthode à laquelle nous donnerons la préférence : celle qui appelle à son aide l'iridectomie, ou celle qui ne l'emploie pas?

La première, la méthode linéaire, est connue de tous les oculistes; mais la méthode sans iridectomie est une réunion et en même temps une simplification des deux méthodes à lambeau et linéaire.

Ici la section s'effectue exactement sur la limite entre la sclérotine et la cornée, au bord inférieur de celle-ci; l'iris est conservé intact comme dans la méthode presque abandonnée, de l'extraction à lambeau.

Ce qui, dans ce procédé, a l'importance la plus grande, c'est la conservation de l'iris. En effet, il est très-important que l'opération se fasse en respectant l'intégrité de l'iris, qui est dès lors moins exposé aux lésions, et que l'œil conserve un état qui se rapproche le plus de son état normal, et à cet égard la conservation de l'iris passe au premier rang. Cependant il est juste de dire que l'on peut arriver à une acuité visuelle suffisante avec les deux méthodes.

Pour la distinguer de la méthode linéaire, je pense que le nom qui lui conviendrait le mieux serait celui de *méthode conservatrice*.

Il faut encore considérer les résultats après l'opération d'après chacun de ces procédés, au point de vue de l'acuité visuelle.

Bien que l'acuité visuelle ne soit pas égale chez tous les malades après la correction de l'aphakie et de l'astigmatisme, la conservation de l'iris ferait encore préférer la méthode du docteur Landolt sous ce rapport.

L'iridectomie influe considérablement sur la dispersion des rayons lumineux dans l'œil, ce qui diminue la netteté de la vue et gêne beaucoup de malades, bien que la pupille artificielle soit en partie recouverte par la paupière supérieure.

Personne, jusqu'à présent, n'a porté son attention sur les conséquences que provoque la dispersion de la lumière sur la rétine. Nous avons eu l'occasion d'observer des malades avec une pupille artificielle, mais la grande difficulté des recherches consiste en ce que, ayant recouvré la vue, ces malades n'ont pas la patience de se soumettre à l'observation jusqu'à ce qu'une nécessité les oblige à recourir de nouveau aux soins de leurs médecins. On remarque alors qu'ils ont éprouvé de légers phénomènes qui, en se développant peu à peu, ont amené de véritables altérations du fond de l'œil. En respectant l'iris, on conserve une des parties les plus importantes de l'œil, on évite, en outre, cet inconvénient que nous venons de signaler.

Un des plus grands triomphes de la science serait de parvenir à la guérison de la cataracte en conservant intactes *toutes* les parties de l'œil. Tel doit être le but du traitement des affections du cristallin, mais les résultats n'en ont pas été satisfaisants jusqu'à ce jour.

Si, d'une part, nous sommes parfaitement renseignés sur les propriétés réfringentes des différents milieux transparents de l'œil, et si nous pouvons déterminer les points cardinaux de ces milieux, nous sommes bien moins renseignés sur les conditions de nutrition de ces parties à l'état physiologique aussi bien qu'à l'état pathologique. En effet, l'échange des liquides et des matériaux nutritifs qui s'effectue dans ces parties n'est pas encore assez connu. Nous avons peu de renseignements sur la nutrition normale de l'œil et de ses différentes parties dans leurs rapports réciproques. Dans cet échange de matériaux nutritifs, quelle est la part qui revient à l'influence de l'organisme général sur l'œil? c'est là un point assez obscur, bien que l'on sache, à n'en pouvoir douter, que l'œil participe, à différents degrés, à toutes les maladies de l'organisme.

Il existe dans la littérature quelques recherches et quelques observations à ce sujet; celles, entre autres, de Kunde (1), qui injectait à des grenouilles et à d'autres animaux des solutions de chlorure de sodium, de nitrate de potasse, de nitrate de soude, de sucre, injections qui produisaient, chez ces animaux l'opacification du cristallin. Ces expériences datent de loin déjà.

M. Deutschmann (2), sous la direction du professeur Leber, un des meilleurs expérimentateurs contemporains, dans l'ophthalmologie a renouvelé les recherches de Kunde, et a répété toute une série d'expériences pour produire la cataracte; il est arrivé aux mêmes résultats.

Pour ces recherches Deutschmann a employé différentes substances capables d'absorber l'eau. Ce sont à peu près les mêmes

(1) Kunde. *Ueber kunstliche Cataract, Zeitschrift f. wissench. Zoologie*, VIII, p. 466, 1857.

(2) Deutschmann. *Arch. f. Ophthalm.*, B. 23, Abth. 3. *Pathogenese der Cataract*, pp. 125, 126, 128, 129, 130, 133, 146.

que celles qui servaient à M. Kunde : le chlorure de sodum, le nitrate de potasse, le chlorure de chaux, le sucre. Ces substances étaient introduites dans la circulation et dans la chambre antérieure dans différentes proportions.

Ainsi 2, 5 0/0 d'une solution de sel injectée dans la chambre antérieure influe sur la formation de la cataracte de la même façon que 5 0/0 de sucre.

Pour déterminer le temps nécessaire au passage des différentes substances ingérées avec les aliments, et qui sont conduites par la circulation générale jusqu'aux milieux de l'œil, Bence Jones (1) faisait prendre aux malades, avant l'opération, des sels de lithine, et les retrouvait après deux, trois ou quatre heures, dans la chambre antérieure et dans le cristallin opacifié. Mais, cinq heures après l'observation, il ne retrouvait plus de traces de lithine dans la chambre antérieure.

C'est donc un fait évident que des substances injectées produisent l'opacification du cristallin; mais il est plus difficile de résoudre la question de savoir quelles sont les altérations du sang qui, dans diverses maladies, influent sur les différents liquides de l'œil.

Des observations assez nombreuses prouvent que l'œil jouit de propriétés particulières en rapport avec ses fonctions, comme la diversité des parties qui le composent le démontre. Jusqu'à présent, dans quelques maladies générales, on a constaté avec précision l'apparition de la cataracte. Ainsi, par exemple, dans le diabète sucré, qui ajoute au sang une certaine proportion de sucre, et dont on a reconnu l'influence sur la formation d'opacités dans le cristallin; dans l'ergotisme (*raphanie*), où de l'ergotine se trouve mélangée au sang, il se forme aussi des cataractes. Dans les altérations pathologiques du sang, dans le choléra, le marasme sénile, on constate une connexion avec l'opacification du cristallin. Des altérations de l'organisme agissent donc sur les fonctions générales de l'œil aussi bien qu'un état pathologique de l'œil se répercute sur l'organisme. Dans quelques considérations que je me propose de publier prochainement sur l'étiologie de la cataracte, je m'étendrai plus longuement et d'une façon plus détaillée sur son mode de formation et de propagation.

Les progrès de la science contemporaine, en résolvant un certain nombre de questions obscures, soulèvent sans cesse de nouveaux problèmes dans la série infinie des phénomènes divers de la vie.

En tous cas il était très intéressant d'essayer d'agir avec des remèdes internes sur le cristallin opacifié, et ces recherches peuvent fournir, dans un temps prochain, des matériaux précieux et instructifs pour le traitement de la cataracte.

J'ai eu personnellement l'occasion de parvenir, dans des cas de cataracte, à éclaircir le cristallin opacifié à l'aide du mercure et de l'iode. Les cas suivants sont empruntés à ma clientèle privée.

J. R., le malade en question, était âgé de cinquante-sept ans, d'une taille peu élevée, mais bien proportionnée, avec un certain degré d'embonpoint; le cou, court.

Les fonctions de ses organes internes étaient plus ou moins irrégulières. Il s'occupait nuit et jour à déchiffrer des manuscrits souvent très-fins, travaillant à un mauvais éclairage. Toutes ces circonstances provoquèrent chez lui un affaiblissement notable de l'acuité visuelle de l'œil gauche; il voyait avec cet œil comme à travers un voile. Cet obscurcissement s'accentuant de plus en plus, il eut recours à des lunettes qui ne lui procurèrent aucune amélioration, et se vit contraint, au bout de quelque temps, de cesser tout travail le soir, et même de restreindre ses occupations dans la journée.

Enfin, en novembre 1875, il s'adressa à moi.

Voici ce que me révéla l'examen ophthalmoscopique :

L'*œil gauche* n'offrait aucune altération pathologique de ses milieux transparents. La papille du nerf optique était fortement injectée, les bords de la papille effacés, ses contours indistincts et se confondant avec la rétine dont les vaisseaux disparaissaient en certains endroits. Toute la partie de la rétine tapissant le fond de l'œil offrait par places une rougeur excessive sans limites nettement accusées. Les limites du champ visuel étaient excessivement rétrécies, l'acuité visuelle = 1/100 (éch. de Snellen). Je diagnostiquai une névro-rétinite; le pronostic était favorable.

A l'*œil droit* on remarquait une opacification du cristallin, datant déjà de quatre ans : le malade ne distinguait que la différence entre la lumière et l'ombre.

Le malade s'était refusé absolument à l'opération que plusieurs oculistes lui avaient déjà proposée.

Contre la névro-rétinite, je prescrivis du proto-iodure de mercure à prendre à l'intérieur, à la dose de 15 milligrammes deux ou trois fois par jour. J'invitai le malade à renoncer à son occupation, lui recommandant le repos physique et intellectuel dans la limite du possible. Je lui recommandai aussi de se mettre à la diète et de surveiller les fonctions stomacales. — Cette ordonnance fut rigoureusement exécutée.

Le malade vit son état s'améliorer peu à peu, et, après un traitement de neuf semaines, constatait avec joie qu'il pouvait distinguer les objets extérieurs, non-seulement de l'œil gauche, mais aussi de l'œil droit.

A l'examen ophthalmoscopique, je constatai une amélioration notable de la rétine et de la papille de l'œil gauche; il ne restait qu'un peu d'injection de la partie externe de la papille; les vaisseaux se dessinaient très-nettement avec leurs ramifications sur la rétine.

A l'œil droit, on pouvait distinguer le fond de l'œil comme à travers un voile ; le demi-obscurcissement des parties transparentes dépendait évidemment de la résorption encore incomplète de la cataracte siégeant à cet œil.

Le malade comprenait lui-même la nécessité de continuer son traitement, quoiqu'à des doses plus faibles, surtout en voyant son état général s'améliorer, et le remède exercer une influence salutaire sur ses fonctions digestives, dont il souffrait depuis longtemps.

Après trois mois et demi, il distinguait de plus en plus nettement, et, à mesure que l'état de l'œil gauche s'améliorait, il va sans dire que la cataracte se résorbait de plus en plus.

A l'exception du proto-iodure de mercure, ce malade n'avait pris aucun autre médicament ; c'est donc à son influence seule qu'il faut attribuer l'éclaircissement de la vision dans l'œil droit.

Le fait de l'éclaircissement spontané d'un cristallin atteint de cataracte est en général très-rare, mais que cet éclaircissement eût lieu sous l'influence de l'iode et du mercure, c'est le premier cas de ce genre qui ait été observé, et il constitue un évènement nouveau dans l'histoire de l'oculistique.

Nous voyons, ici, la cataracte se développer chez un individu pléthorique, sujet aux congestions, s'occupant sans cesse à des travaux intellectuels, ayant l'habitude de rester assis, et sujet à de fréquentes constipations.

Une telle cataracte offre à l'examen ophthalmoscopique, aussi bien qu'à l'éclairage latéral, tous les symptômes de la cataracte corticale.

Sous l'influence d'un remède résorbant et révulsif, la cataracte a disparu, laissant les parties transparentes de l'œil donner librement passage au rayon lumineux.

Le champ visuel central et périphérique est presque revenu à l'état normal, la perception des couleurs est normale aussi, la réfraction + 1/10, il lisait Sn. 2 1/2.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 janvier 1879. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

### CORRESPONDANCE

M. le préfet de la Charente-Inférieure adresse à l'Académie la collection de l'*Inventaire des Archives départementales* publié jusqu'à présent.

(1) Bence Jones. *Procedings of the Royal Institution of Great Britain*, vol. IV, part. VI, n. 42, oct. 1865.

M. LEGOUEST présente, au nom de M. le docteur de Valcourt, médecin aide-major au 22e régiment de dragons, un mémoire manuscrit intitulé : *Provins; son histoire médicale; son endémie; — épidémie de fièvre rémittente typhoïde du 22e régiment de dragons en* 1878.

INSTALLATION DU BUREAU

M. BAILLARGER, président sortant, et M. RICHET, président pour l'année 1879, prononcent des allocutions universellement applaudies.

M. ROGER prend place au bureau comme vice-président et M. BERGERON comme secrétaire annuel.

PRÉSENTATION DE PIÈCE PATHOLOGIQUE

M. MORDRET (du Mans) présente une pièce pathologique provenant d'une malade dont il résume ainsi l'observation :

La fille E..... est morte à l'asile de la Sarthe, où elle était depuis quelques mois, le 1er janvier.

Cette fille était devenue hémiplégique à la suite d'une attaque d'apoplexie. L'hémiplégie s'améliora d'abord, puis elle fut peu à peu remplacée par une paraplégie incomplète. Les facultés intellectuelles étaient très-affaiblies; la démence était confirmée depuis longtemps. Quelques jours avant sa mort, elle eut de la toux et quelques râles sibilants. Du reste, pas de fièvre; le pouls était, au contraire, petit et misérable; la face devint cyanosée, la dyspnée augmenta et la mort survint.

*Autopsie.* — Adhérences très-solides de la dure-mère au crâne.

Point d'adhérences de l'arachnoïde au cerveau ni de cette membrane avec l'enveloppe externe; injection légère.

Plaques athéromateuses multiples dans le tronc basilaire et dans ses principales divisions.

L'écorce cérébrale, dans toute son étendue, est poisseuse et ramollie; il y a une légère péri-encéphalite diffuse.

A la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante droite et sur la limite de la scissure inter-hémisphérique, il y avait un foyer hémorrhagique diffus de 3 centimètres de long sur une profondeur de 2. A gauche, il s'en trouvait un autre dont le siège était exactement le même.

Enfin, un foyer hémorrhagique plus considérable et en voie de cicatrisation occupait le corps strié droit et une partie de la couche optique.

Cette dernière lésion explique assez bien l'hémiplégie qui était en voie d'amélioration, tandis que la lésion corticale rend compte de la paraplégie plus récente, cette lésion occupant exactement le siège qu'on a assigné aux mouvements des membres inférieurs.

Les poumons étaient légèrement congestionnés; le cœur un peu volumineux, flasque, recouvert de graisse; le cœur gauche ne présentait rien de bien anomal, mais le ventricule droit était si ramolli que le doigt a pénétré dans sa cavité sans effort quand on a soulevé le cœur pour le détacher. Ces diverses lésions expliquent assez bien les accidents qui ont précédé la mort.

Mais la lésion la plus curieuse me paraît être un myo-fibrome utérin du volume d'une petite tête de fœtus et recouvert d'une coque osseuse complète comme une coquille d'œuf très-dure, que le couteau n'entamait que difficilement et qu'il a fallu scier. Cette tumeur n'avait donné lieu à aucun symptôme pendant la vie.

Le véritable siège de cette tumeur n'a pû être bien déterminé. Est-ce une transformation du corps de l'utérus? Est-ce une production étrangère? Ces deux opinions ont été émises.

DISCUSSION SUR LA SEPTICÉMIE.

M. COLIN achève le discours dont il a lu la première partie dans l'avant-dernière séance et qu'il résume dans les propositions suivantes :

On s'effraye beaucoup trop des vibrions, des germes de vibrions, particulièrement en ce qui a trait aux accidents septiques réalisés dans l'économie.

Les êtres microscopiques, les germes plus ou moins dangereux, les ferments sont toujours là; ils nous entourent, nous pénètrent de toutes parts. Nous ne pouvons jamais absolument leur fermer les portes; pour eux certaines portes sont toujours ouvertes.

Les accidents de septicité ne sont pas seulement subordonnés à l'entrée de petites quantités de germes ou de matières putrides par les plaies ou par des voies diverses, puisque, dans une foule de circonstances, ces germes ou ces agents de nature indéterminée pénètrent librement les tissus sains, les liquides non altérés, sans produire de troubles morbides appréciables.

Les agents septiques, quels qu'ils soient, ne produisent d'effet que s'ils sont en quantité un peu considérable et en présence de certains états des tissus ou des liquides de l'organisme.

La grande condition du développement de la septicité est l'altération préalable des liquides, la mort des tissus en masse ou d'une partie de leurs éléments constitutifs.

La septicité dans les cas de plaies, de grandes opérations, ne résulte pas seulement de l'altération du pus déjà versé à l'extérieur et de l'absorption des miasmes atmosphériques; elle est surtout la conséquence des modifications éprouvées par les tissus mêmes et les liquides dans les cavités les plus rapprochées des surfaces mises à nu, modifications qui sont le fait des lésions traumatiques et de l'irritation subséquente. Dans ces tissus superficiels, les éléments malades ou morts deviennent, au même titre que les liquides extérieurs et de la même façon, la proie de la putridité.

S'il nous est impossible d'éviter absolument les ferments putrides, nous pouvons souvent en réduire la quantité et en entraver l'action au point qu'ils n'exercent plus d'influence nuisible.

Ce que nous devons craindre, ce que nous devons éviter, c'est de leur donner les conditions d'existence, de leur préparer les milieux qui leur permettent d'exercer leurs ravages.

En un mot, la thérapeutique, au lieu de se réduire à une chasse aux vibrions, doit viser, avant tout, à mettre ou à remettre l'organisme et chacune de ses parties dans de bonnes conditions de vitalité et de résistance. C'est le traumatisme, c'est la plaie, c'est la lésion enfin qu'il faut traiter avant tout, parce que c'est dans l'organe malade que se préparent, au moins en grande partie, les produits septiques dont l'action générale devient si souvent fatale.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 décembre 1878. — Présidence de M. LABRIC.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. FÉRÉOL présente la thèse de M. le docteur Graux, intitulée : *De la paralysie du moteur oculaire externe avec déviation conjuguée* (paralysie centrale par lésion du noyau de la sixième paire).

En présentant ce travail dont il donne une courte analyse, M. Féréol rappelle que c'est dans son service que M. Graux, alors son interne, a recueilli l'observation qui fait le sujet de sa thèse. (Voy. *Gazette des hôpitaux* n°, du 26 novembre 1878.)

RAPPORTS

M. BESNIER, secrétaire général, donne lecture du rapport annuel, dans lequel il fait l'éloge de Gintrac (de Bordeaux) et de Bazin dont la Société déplore la perte toute récente.

Ce rapport est accueilli par des marques unanimes d'approbation.

COMMUNICATIONS

**Ulcérations trachéales et bronchiques dans la bronchite chronique.** — M. FERRANT met sous les yeux de la Société la trachée et les bronches de deux malades qui ont succombé à une bronchite chronique. Ces organes ne portent aucune trace de tubercules, mais on constate la présence d'ulcérations à la partie inférieure de la trachée et à la partie supérieure des bronches.

**Paralysies d'origine spinale.** — M. DEBOVE communique un fait de méningite spinale tuberculeuse. Dans ce fait, contrairement à ce qui a lieu d'habitude, les lésions étaient presque nulles du côté de l'encéphale et très-prononcées au contraire du côté de

la moelle. Ce fait montre donc qu'il existe des paralysies d'origine spinale, et il est probable que M. Rendu ne les aurait pas niées dans sa thèse, s'il l'avait connu.

M. RENDU ne les a pas niées d'une façon formelle; il a seulement dit qu'elles étaient exceptionnelles et qu'il était souvent impossible, au point de vue des symptômes, de les distinguer des paralysies d'origine cérébrale.

M. CORNIL fait observer que, dans ces cas de méningite spinale tuberculeuse, il n'y a pas seulement que la pie-mère qui présente des lésions; on voit aussi des lésions tuberculeuses assez nombreuses sur la dure-mère.

M. DEBOVE a constaté, en effet, dans son observation l'existence de nombreuses granulations tuberculeuses sur la dure-mère.

ÉLECTIONS

M. Hervieux, vice-président, passe de droit président pour l'année 1879.

M. Hillairet est élu vice-président; M. Besnier, secrétaire général; MM. Martineau et Duguet, secrétaires annuels; M. Dujardin-Beaumetz, trésorier, Le conseil d'administration se compose de MM. Bucquoy, Henri Guéneau de Mussy, Féréol, Proust et Legroux; le conseil de famille de MM. Labric, Siredey, Ferrant, d'Heilly; le comité de publication de MM. Brouardel et Vallin.

La séance est levée à cinq heures.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le corps médical compte cinq sénateurs de plus à la suite des élections du 5 janvier. Ce sont :

MM. Numa Callen (Gironde), Combescure (Hérault), Comparan (Haute-Garonne), Dufay (Loir-et-Cher) et Théophile Roussel (Lozère).

— La Société médico-psychologique vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1879. Ont été élus :

Président, M. Prosper Lucas; vice-président, M. Legrand du Saulle; secrétaire général, M. A. Motet; secrétaires annuels, MM. Ritti et Paul Moreau (de Tours); archiviste-trésorier, M. A. Voisin.

— La Société d'hydrologie médicale vient de constituer son bureau pour 1879 :

Président, le professeur Gubler; vice-présidents, Billout et Verjon; secrétaire général, Leudet; secrétaires des séances, Boulomont et Philbert; trésorier, Foubert.

— *École pratique des hautes études.* — Des conférences sur divers sujets d'ophthalmologie seront faites à la Sorbonne, au laboratoire d'ophthalmologie dirigé par le docteur Javal, les mercredis et vendredis, à cinq heures du soir, à partir du mercredi 8 janvier.

On peut s'inscrire au secrétariat de la Faculté des sciences, à la Sorbonne, de dix heures du matin à quatre heures du soir.

— *Cours d'anatomie.* — M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de médecine opératoire à l'École pratique, commencera une nouvelle série de leçons d'anatomie le 10 janvier 1879. Ces leçons comprendront l'étude de la tête, du cou, des centres nerveux, des nerfs crâniens et des organes des sens. Les élèves qui suivront ces cours seront dirigés, s'ils le désirent, dans leurs dissections à l'École pratique. On est prié, pour assister aux leçons, de s'inscrire chez M. Fort, 21, rue Jacob.

Ce cours durera juqu'au 25 mars.

M. Fort annonce aux candidats du troisième examen de doctorat qu'il fera un cours de médecine opératoire le 17 avril 1879.

— M. le docteur Desmarres recommencera ses leçons cliniques sur les maladies des yeux, le 14 janvier, et les continuera les mardis et mercredis suivants de une heure à deux heures, 2, rue Hautefeuille.

— M. le docteur A. Voisin reprendra ses conférences cliniques à la Salpêtrière le dimanche 19 janvier 1879, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Présentations cliniques et démonstrations histologiques.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 4. — SAMEDI 11 JANVIER 1879. 52e ANNÉE SAMEDI 11 JANVIER 1879. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

### Paralysie agitante.

Il y a en ce moment dans le service de M. le professeur Lasègue, à la Pitié, deux cas de paralysie agitante qui ont fait le sujet de l'une des conférences dans lesquelles les élèves du service sont partie active. L'une de ces observations, dont l'analyse a été présentée avec beaucoup d'ordre et de netteté par l'élève conférencier, nous a paru intéressante à résumer ici dans ses caractères principaux comme présentant un type parfaitement caractérisé du genre.

Le sujet de cette observation est un homme de cinquante et un ans, ancien employé aux écritures, sans aucun antécédent morbide personnel ni héréditaire, d'une constitution robuste même. Il y a un peu plus de huit ans, en 1870, pendant qu'il était dans son bureau, il fut pris tout à coup, sans cause aucune, d'une douleur vive dans la région iliaque. Depuis cette époque, cette douleur a toujours persisté avec de fréquentes exacerbations.

Ici M. Lasègue, interrompant le récit de son élève, fait remarquer cette double circonstance de l'absence de tout antécédent morbide et du début de la maladie par une douleur dans la région iliaque, vers le pli de l'aine, douleur en plaque, d'un caractère tout à fait particulier, qui ne peut être expliquée ni par une névralgie, n'étant sur le trajet d'aucun nerf et n'en suivant nullement le parcours connu, ni par une inflammation, ni par un rhumatisme dont il n'existe aucun autre symptôme et dont elle n'a d'ailleurs aucun des caractères, n'augmentant ni ne diminuant sous la pression des doigts et n'étant modifiée en quelque sens que ce soit par aucune influence extérieure. Toutes les fois, dit M. Lasègue, que vous verrez survenir chez un homme bien portant jusque-là, sans cause connue ou appréciable, une de ces douleurs bizarres qui ne peuvent s'expliquer ni par une névralgie, ni par une inflammation, ni par un rhumatisme, douleur qui ne s'accroît ni ne diminue sous la pression, ni sous l'influence d'aucun agent extérieur, dites-vous que vous vous trouvez en présence du début d'une affection spinale ou cérébro-spinale. Cette douleur n'est ni exclusivement propre ni particulièrement spéciale à la paralysie agitante, elle est un prodrome commun des affections spinales, témoin la douleur fulgurante de l'ataxie locomotrice, les douleurs qui précèdent la paralysie générale. L'explosion de cette douleur ne suffit donc pas pour indiquer le caractère et la nature de l'affection dont elle est la première manifestation; mais ce qu'elle annonce sûrement, c'est l'imminence d'une affection cérébro-spinale, c'est, pour employer la comparaison pittoresque dont s'est servi M. Lasègue, le signal télégraphique qui annonce une dépêche dont il ne fait pas pressentir le contenu.

La maladie, en effet, ne s'est révélée chez cet homme avec ses caractères spéciaux qu'un an après l'invasion de la douleur; elle a commencé par un tremblement de la main gauche qui a envahi un an après le bras et plus récemment les membres inférieurs. Le malade n'a pas sensiblement perdu de ses forces; il peut, malgré le tremblement de son bras, tenir et serrer les objets qu'on lui présente. Il a conservé l'appétit et la régularité des fonctions digestives. Il ne se plaint point de la tête, dort bien, d'un sommeil calme. Son intelligence est intacte.

Dans la deuxième phase de cette maladie, à dater de l'apparition des premières manifestations du tremblement, s'est présenté également un fait intéressant : c'est la marche lentement progressive de ces phénomènes du tremblement paralytique qui ont mis cinq ans à atteindre le degré où on les observe aujourd'hui. Au tremblement caractéristique des membres s'est ajouté en dernier lieu l'attitude caractéristique de la tête qui est fixe, droite, comme soudée, avec immobilité presque complète des yeux. Lorsqu'on dit au malade de fermer les paupières, elles sont prises d'un tremblement et ne cèdent que difficilement et incomplètement aux efforts de contraction; elles ne se rejoignent pas. Il en est de même pour la plupart des muscles de la face qui sont rétractés, comme raccourcis, ainsi que la peau elle-même, ce qui donne à la physionomie de cet individu l'aspect marmoréen d'une statue ou l'air figé d'un moulage. La langue elle-même participe à cet état de presque tout le système musculaire; elle tremble et se recourbe à sa pointe lorsqu'on dit au malade de la sortir. Enfin, indépendamment de la douleur initiale et persistante de la région ilio-inguinale, cet homme éprouve de temps en temps, tous les huit ou quinze jours, une sensation de chaleur très-vive le long de la colonne ver-

tébrale, qui dure chaque fois pendant cinq à six minutes, sensation de chaleur qui est aussi, comme on le sait, un des signes caractéristiques de la maladie de Parkinson.

**Rupture de l'urèthre et de la vessie; rétention d'urine suivie de fistules et d'incontinence.**

Un blessé a été amené dans le service de clinique de M. Gosselin, à la Charité, avec une double fistule périnéale par cause traumatique et incontinence d'urine.

Voici de quelle manière cette lésion s'était produite :

Cet homme était occupé à abattre un arbre, lorsque, n'ayant pas pris les précautions nécessaires pour se garer, il fut entraîné par sa chute et renversé violemment sur le sol, recevant une partie du poids de l'arbre sur le côté gauche du bassin. Il éprouva de ce choc une douleur très-vive dans le bassin et dans la région périnéale. Quand il fut relevé, il s'aperçut qu'il coulait un peu de sang par l'urèthre; il se fit conduire à son domicile où il resta, dit-il, *dix* jours sans uriner. C'est après ces dix jours, pendant lesquels il paraît n'avoir reçu aucun secours actif, qu'il s'est déterminé à se présenter à l'hôpital.

A son entrée, M. Gosselin a essayé, mais en vain, de sonder ce malade. Il s'est butté contre un rétrécissement infranchissable. Il a constaté l'existence de deux fistules par lesquelles l'urine s'échappe presque incessamment. Il y a à la fois émission volontaire et émission involontaire des urines par les fistules. Pas une goutte ne s'échappe par le méat. Il résulte de cette incontinence que le malade est constamment mouillé par l'urine. Sur les côtés du bassin, existent de nombreuses traces d'ecchymoses. Enfin, on constate l'existence d'une fracture du pubis au lieu d'élection.

La première question que s'est posée M. Gosselin a été celle de savoir s'il y avait une fistule vésicale. L'écoulement continu de l'urine devait effectivement faire penser à une fistule vésicale, d'autant qu'il n'est pas rare de voir les fractures du pubis, analogues à celle-ci, s'accompagner d'une rupture de la vessie. Il y avait ici plusieurs circonstances qui semblaient de nature à éloigner cette idée.

On se rappelle que ce blessé, à la suite de son accident, a eu une rétention d'urine qui a duré dix jours. Il serait au moins surprenant qu'avec une rupture de la vessie il ne se fût pas produit une infiltration urineuse, ce qui n'a pas eu lieu.

D'un autre côté, en se plaçant au point de vue d'un rétrécissement infranchissable avec deux fistules uréthrales, on se trouvait en présence d'une autre difficulté à éclaircir. Comment s'expliquer dans ces conditions l'incontinence d'urine? On pouvait présumer que la vessie, qui avait été si longtemps distendue par une rétention prolongée, avait conservé, du fait de cette distension et du séjour prolongé de l'urine, une irritation ou une sorte d'état de spasme qui ne lui permettait plus de tolérer sans se contracter le contact du liquide urinaire, ou bien un relâchement du sphincter dont l'activité contractile était devenue insuffisante pour retenir ce liquide dans la vessie. Il est souvent très-difficile en effet, en clinique, de distinguer le spasme de la paralysie ou du relâchement des fibres sphinctériennes. M. Gosselin, sans se prononcer absolument sur ce point, inclinait plutôt à admettre le relâchement des fibres du sphincter vésical. Quant au rétrécissement, il était très-probablement le résultat d'une rupture du canal avec perte de substance et broiement des tissus.

Il y a lieu, avant d'aller plus loin, de tirer de ce fait un premier enseignement, une première grande notion de prophylaxie; c'est que, à la suite d'accidents de la nature de celui dont cet homme subit aujourd'hui les conséquences, la première indication à remplir d'urgence, la première mesure prophylactique est de vider de suite la vessie, de la vider quand même, n'importe par quel procédé. En général, immédiatement après ces sortes d'accidents, il est rare que l'urèthre soit infranchissable, à moins toutefois qu'il n'y ait une rupture complète, auquel cas on peut se trouver dans la nécessité de recourir à la ponction hypogastrique. Peut-être était-ce le cas ici. Le plus souvent, quand il y a fracture du bassin, c'est une déchirure partielle, latérale, qui a lieu, et alors on peut passer, quitte, si l'obstacle provient de la compression produite par l'un des fragments osseux, à chercher à vaincre cet obstacle par des changements d'attitude imprimés au blessé.

Chez cet homme, rien de tout cela n'a été fait, malheureusement; il n'a réclamé ni reçu aucun soin; aucune tentative de cathétérisme n'a été faite immédiatement après l'accident, et il est resté ainsi, comme on l'a vu, dix jours sans uriner (exemple, par parenthèse, si son assertion est exacte toutefois, de tolérance extraordinaire de la part de la vessie), quand une sonde à demeure, placée au début, aurait pu prévenir la coarctation infranchissable et les fistules urinaires qui se sont produites.

Une seconde question, question essentiellement actuelle celle-là, qui s'imposait en présence d'un sujet réduit à l'état où est cet homme, est la suivante : Qu'y a-t-il à faire? De deux choses l'une, ou abandonner ces malades à eux-mêmes et les laisser livrés à toutes les conséquences fatales de leur état; ou procéder à la restauration de l'urèthre.

On sait, depuis les belles opérations d'uréthroplastie de Jobert et surtout depuis les faits contenus dans le remarquable mémoire de M. Bourguet (d'Aix) sur l'uréthrotomie externe par l'excision des tissus pathologiques, sur lequel M. Gosselin a fait un savant rapport à l'Académie de médecine en 1860, quelles ressources peut offrir encore la chirurgie réparatrice, dans ces cas considérés longtemps comme désespérés et hors de tout secours. La première pensée de M. Gosselin était de faire bénéficier ce blessé des avantages de l'uréthrotomie externe, qui, depuis M. Bourguet, a donné de très-beaux résultats entre les mains de plusieurs chirurgiens. Mais encore, avant d'y procéder, fallait-il s'assurer, par un nouvel examen attentif des parties, si l'uréthrotomie était applicable chez cet homme et quelles chances de succès elle pourrait avoir. Or, après avoir vainement cherché le bout postérieur de l'urèthre, et après mûr examen, M. Gosselin a acquis la conviction qu'il s'agissait, non de fistules uréthrales, mais d'une véritable fistule urinaire à trajet sinueux et à plusieurs ouvertures, à laquelle il n'était pas possible, dans les conditions présentes, de porter remède. En conséquence il a dû se borner à faire confectionner pour ce malade un récipient destiné à recevoir les urines, afin de pallier, à défaut de moyen curatif, aux tristes conséquences de sa blessure.

**Ulcère tuberculeux de la langue.**

On peut voir en ce moment, dans le service de la clinique chirurgicale de la Charité, un de ces cas d'ulcération tuberculeuse de la langue sur lesquels MM. Trélat, Féréol, Bucquoy, Vallin et quelques autres observateurs ont appelé récemment l'attention. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-

sept ans qui présente sur la langue un petit ulcère d'apparence bénigne, à fond un peu grisâtre, sans bords à pic, sans induration, sans engorgement ganglionnaire circonvoisin, n'ayant, en un mot, aucun des caractères de l'ulcération syphilitique ni de l'épithélioma, ressemblant plutôt à un aphthe, mais en différant en réalité par sa longue durée et sa résistance à toute tentative de moyen de traitement. Cette ulcération dure depuis trois mois, elle est solitaire, ce qui exclut toute idée d'aphthe; nous venons de dire qu'elle n'a aucun des caractères de l'ulcération syphilitique; rien dans les commémoratifs et dans l'état actuel du malade, qui n'a jamais présenté ni ne présente en ce moment de symptômes d'accidents consécutifs de la syphilis, ne viendrait d'ailleurs à l'appui de l'hypothèse d'une syphilide linguale. Elle n'a pas non plus la dureté caractéristique de l'épithélioma; le malade est jeune d'ailleurs et n'est point fumeur. Par voie d'exclusion, plutôt que par voie directe, et en souvenir des faits signalés par les observateurs dont nous venons de rappeler les noms, M. Gosselin est arrivé à diagnostiquer une ulcération tuberculeuse, liée très-probablement à l'existence d'une tuberculose pulmonaire. L'examen, il est vrai, n'a pas donné encore la certitude de l'existence de tubercules dans le poumon; mais il a donné, du moins, une très-grande présomption. On constate, en effet, chez ce jeune homme, de l'expiration prolongée, de la submatité aux sommets, signes encore insuffisants sans doute par eux-mêmes pour autoriser le diagnostic de tuberculose pulmonaire, mais qui empruntent de la valeur en les rapprochant de quelques-uns des antécédents de ce malade, qui a eu une pleurésie et des hémoptysies. En ajoutant à l'ensemble de ces signes l'existence de cet ulcère de la langue, semblable de tous points à celui qui a été constaté déjà un assez grand nombre de fois chez des sujets phthisiques ou en imminence de phthisie, il est difficile, en effet, de se défendre de l'idée que l'on a affaire ici à une affection tuberculeuse. C'est donc, en conséquence, contre l'état général du malade que devra désormais être dirigée la thérapeutique, et non contre une lésion locale qui s'est montrée jusqu'à présent rebelle à tout essai de médication.

**Statistique des affections rétiniennes observées à la clinique de M. Fieuzal.— Cas d'hémorrhagies rétiniennes de la macula avec excavation atrophique de la papille** (1).

Sur 153 malades atteints d'affection rétinienne que M. Fieuzal a observés dans sa clinique, il a trouvé l'*hyperémie rétinienne* inscrite 15 fois (elle s'accompagnait d'hyperesthésie de la rétine et siégeait le plus souvent sur les yeux); l'*anémie* ou *ischémie rétinienne*, 3 fois (chez des jeunes filles chlorotiques sujettes à des métrorrhagies); la *rétinite séreuse*, 13 fois; *exsudative*, 6 fois; *parenchymateuse*, 3 fois; *interstitielle*, 1 fois; *apoplectique*, 7 fois, dont brightique 4 et glycosurique 3; *hémorrhagique*, 14 fois; la *thrombose des veines*, 1 fois; l'*embolie rétinienne*, 2 fois; la *rétinite syphilitique*, 32 fois (sous forme de *chorio-rétinite*, 23 fois); la *rétinite pigmentaire*, 14 fois; le *décollement de la rétine*, 32 fois; l'*asthénopie rétinienne*, 10 fois.

Les hémorrhagies rétiniennes se rencontrent tantôt sur un œil, tantôt sur les deux, et sont souvent exemptes de réaction inflammatoire. Elles n'affectent pas toujours une forme qui permette de les distinguer les unes des autres, pas plus, du reste, que les plaques exsudatives ou régressives qui constituent les rétinites albuminuriques ou brightiques, ou les rétinites glycosuriques. Dans beaucoup de cas, il est possible de distinguer la lésion brightique de la lésion glycosurique, mais, dans certains autres, cette distinction est tout à fait impossible, et c'est l'examen de l'urine (analyse qualitative et microscopique) qui permet seul de faire le diagnostic.

Ce qui caractérise les affections vasculaires, c'est la reproduction parfois désespérante des raptus hémorrhagiques qui se font à travers les parois des vaisseaux, de façon à simuler tantôt de petits pinceaux striés appliqués parallèlement à ces vaisseaux, tantôt des plaques plus étendues, tantôt enfin de véritables lacs ou nappes qui soulèvent la limitante interne et viennent faire irruption dans le corps vitré. Les petites hémorrhagies, même nombreuses, peuvent disparaître sans laisser aucune trace de leur passage; M. Fieuzal a quelquefois vu des hémorrhagies monoculaires en nappe disparaître, sans qu'il fût possible de reconnaître dans lequel des deux yeux avait eu lieu l'épanchement; malheureusement ces hémorrhagies, tenant à une affection cardiaque ou pulmonaire, se reproduisent très-fréquemment, et, malgré le traitement le plus approprié, se terminent par des corps flottants dans le corps vitré ou par une dégénérescence granulo-graisseuse de la membrane nerveuse.

Les hémorrhagies rétiniennes s'accompagnent quelquefois d'atrophie papillaire et de tension intra-oculaire. On va voir un cas dans lequel cette tension avait pu donner le change et faire croire à l'existence d'un glaucome justiciable d'une iridectomie. Tout partisan déclaré qu'il soit de l'iridectomie dans le glaucome, M. Fieuzal est d'avis que les hémorrhagies rétiniennes constituent pour celle-ci une contre-indication dont il faut tenir le plus grand compte; car ce ne serait pas sans le plus grave préjudice pour le malade qu'on se déterminerait à pratiquer l'excision de l'iris dans les cas d'hémorrhagie rétinienne, la diminution brusque de tension occasionnée par l'ouverture de la chambre antérieure devant amener une hémorrhagie beaucoup plus abondante et compromettre peut-être à tout jamais la fonction de l'organe.

Voici en quelques mots le fait en question:

M. Fieuzal fut appelé en consultation avec deux honorables et savants confrères pour examiner une dame âgée de quarante-sept ans qui, avant d'être opérée d'iridectomie, voulut avoir un nouvel avis. Il y eut accord entre les trois consultants sur l'existence des hémorrhagies, mais non sur la nature véritable de l'excavation que M. Fieuzal considérait comme atrophique, tandis que ses confrères étaient d'accord pour reconnaître l'existence d'un glaucome chronique simple et aussi pour pratiquer une iridectomie sur l'œil droit et peut-être aussi sur l'œil gauche.

L'œil droit avait éprouvé quelque temps auparavant un obscurcissement pareil à celui de l'œil gauche et était resté très-mauvais depuis; cependant, malgré une tension au-dessus de la normale, le champ visuel était légèrement réduit concentriquement, mais d'une manière à peine appréciable en dedans; de plus l'excavation paraissait présenter les signes qui constituent l'atrophie grise, plutôt que ceux qui sont caractéristiques du glaucome chronique; enfin l'œil gauche parut simplement atteint d'artério-sclérose qu'il était difficile de rattacher, soit à une lésion car-

(1) Nous extrayons le relevé statistique et les quelques faits qui suivent des épreuves d'un livre que M. le docteur Fieuzal publie pour faire suite à son compte-rendu de la clinique ophthalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts.

diaque, puisque la percussion et l'auscultation n'en décelaient pas l'existence, soit à une lésion des reins, l'examen des urines ne donnant qu'un résultat négatif, soit enfin à une altération du système nerveux.

La conviction de M. Fieuzal était que l'œil droit avait dû ressentir la même lésion, quelques années avant l'œil gauche, et que l'atrophie du nerf optique, qui avait commencé consécutivement aux hémorrhagies dont il n'y avait plus de trace au moment de l'examen, se montrerait aussi sur l'œil gauche dans un temps plus ou moins éloigné, et comme conséquence de l'artério-sclérose observée actuellement dans les vaisseaux rétiniens.

Environ quinze mois après, la malade, qui avait refusé de se soumettre à l'opération qu'on lui avait proposée, avait suivi depuis ce temps les soins d'un quatrième oculiste qui l'avait traitée purement et simplement pour les hémorrhagies rétiniennes. Mais, s'apercevant que sa vue diminuait de jour en jour malgré ce traitement, elle revint de nouveau consulter M. Fieuzal.

L'examen opthalmoscopique fit reconnaître, en même temps que la disparition des foyers hémorrhagiques, dans l'œil gauche, l'existence d'une excavation atrophique (dégénérescence grise) un peu plus prononcée à gauche qu'à droite. La réduction du champ visuel interne, dans les mêmes proportions que le supérieur, l'inférieur et l'externe, ne laissait pas de doute sur la nature non glaucomateuse de l'affection. L'acuité pour l'œil droit et pour l'œil gauche était très-défectueuse. Il y avait de la dyschromatopsie (la malade était et avait toujours été névropathe).

M. Fieuzal se borna à conseiller l'emploi des courants continus, des révulsifs cutanés, et les eaux de Néris, sans se faire d'illusion sur l'incurabilité de l'affection, mais aussi avec le sentiment que l'iridectomie pratiquée au début n'eût pu être d'aucune utilité.

Dr Brochin.

---

## HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

### Revue d'Ophthalmoscopie médicale et de Cérébroscopie pour l'année 1878 (1).

III

*Hydrocéphalie chronique. — Atrophie du nerf optique.* — P...., quatre ans, entrée le 15 octobre 1878 au n° 38 de Sainte-Catherine, service de M. Bouchut, n'a jamais marché et a eu souvent des convulsions depuis l'âge de deux ans. Elle a la tête très-grosse, 54 centimètres de circonférence et 43 d'un conduit auditif à l'autre. La vision n'est pas abolie.

*A l'ophthalmoscope :* Elle présente un commencement d'atrophie du nerf optique occupant la moitié interne de la papille. Il n'y a rien dans les vaisseaux de la rétine, ni dans la choroïde.

L'enfant a été prise dans les salles d'une angine couenneuse à laquelle elle a succombé.

Voici son *autopsie* faite le 25 décembre :

Nous trouvâmes le cerveau dilaté par la sérosité accumulée dans les ventricules latéraux et comprimant la substance nerveuse contre les parois du crâne, qui sont soudées complètement.

La substance cérébrale est saine partout ; il n'y a pas de tumeur, et on ne trouve rien dans les méninges.

Seuls, les ventricules cérébraux sont dilatés ; ils ont 12 centimètres de longueur, et l'extrémité antérieure et postérieure n'est séparée de la substance corticale que par 2 centimètres de substance blanche. La sérosité a écarté les couches optiques qui sont comprimées, ainsi que dans les tubercules quadrijumeaux. La bandelette des nerfs optiques est blanche, le chiasma très-petit, et les nerfs optiques très-réduits de volume.

Il n'y a rien dans le cervelet, dans le bulbe et dans la moelle allongée.

*Paralysie diphthérique. — Névrite optique légère, guérie au bout de quelques jours.* — Une fille de sept ans, guérie à l'hôpital d'une angine couenneuse, revient un mois après, le 2 juillet 1878, pour de la dysphagie, avec retour des boissons par le nez et voix gutturale à peine distincte, pour du strabisme divergent avec diplopie, et pour une difficulté de la marche, par faiblesse des membres inférieurs, sans engourdissement ni anesthésie.

*A l'ophthalmoscope :* Les deux nerfs optiques sont gonflés, aplatis, un peu rouges et diffus, sans altération des vaisseaux.

Huit jours après, l'enfant revient, toujours faible sur ses jambes, mais avalant bien, parlant mieux, n'ayant plus de strabisme.

*A l'ophthalmoscope :* Les deux papilles sont revenues à l'état normal.

*Signes ophthalmoscopiques de la mort. — Opalescence de la rétine. — Décoloration de la choroïde et interruption de la colonne sanguine des veines de la rétine.* — M..., quatre ans, entrée le 14 octobre 1878, morte le 24, au moment de la visite.

Une heure et demie après, à l'ophthalmoscope, on voit le fond de l'œil blanc, verdoyant, tout à fait décoloré. — La papille a entièrement disparu et est blanche comme le fond de l'œil. — Les artères ne se voient plus, et les veines, encore un peu visibles, ont leur colonne sanguine interrompue çà et là par des gaz.

Ce sont là les signes certains et immédiats de la mort.

*Diathèse hémorrhagique. — Hémorrhagies rétiniennes. — Transfusion.* — E..., âgée de quatorze ans, entrée le 29 mars 1878, au n° 17 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut, pour un purpura avec épistaxis si abondante qu'il en résulta une anémie grave pour laquelle on fit la *transfusion*.

*A l'ophthalmoscope :* Les deux papilles sont voilées, confuses, légèrement œdémateuses, les veines fines et pâles, les artères invisibles, et les rétines couvertes d'un grand nombre d'hémorrhagies de différents volumes.

Quelques-unes ont au centre un point blanc opaque assez large. — Ces hémorrhagies se résorbèrent, et il s'en produisit d'autres, de sorte que le fond de l'œil changeait tous les huit jours.

L'enfant, guérie, est sortie de l'hôpital.

*Hémiplégie alterne de la face et du bras gauche. — Monoplégie fémorale.* — A..., âgée de dix ans, entre le 2 décembre 1878, n° 55, salle Sainte-Catherine.

Il y a dix-huit mois, cette enfant fut prise la nuit, sans cause appréciable, d'une convulsion violente et prolongée qui laissa après elle différentes paralysies motrices, singulièrement distribuées.

Son intelligence ne fut pas touchée, et, aujourd'hui, elle raconte tout ce qui s'est passé chez elle, depuis dix-huit mois, avec une lucidité extraordinaire pour son âge, et avec des détails extrêmement minutieux, qui attestent une excellente mémoire.

La sensibilité tactile et sensoriale est partout intacte.

Quant aux paralysies musculaires, voici leur état : hémiplégie faciale droite complète, avec déviation labiale gauche. — Paralysie incomplète du bras gauche, ce qui fait une paralysie alterne du visage et du bras. — Ensuite, il y a monoplégie crurale incomplète à droite, ce qui oblige l'enfant à traîner la jambe en marchant. — Paralysie du moteur oculaire externe droit, avec strabisme interne considérable.

Fonctions digestives régulières, sauf quelques vomissements. — Pouls régulier et rien au cœur.

*A l'ophthalmoscope :* Les nerfs optiques sont sains, et les papilles bien circonscrites. — Vaisseaux nombreux et dilatés. — Tout le fond de l'œil semble couvert d'un voile transparent blanchâtre dû à de l'œdème.

(1) Fin. — Voir le numéro du 9 janvier.

*Hydrocéphalie chez un enfant d'un mois. — Névrite optique.* — Le 6 décembre 1878, on amène à ma consultation, à l'hôpital, un garçon né il y a un mois, sans difficulté obstétricale. — Il n'est pas tombé sur la tête, et, depuis quinze jours, sa tête augmente énormément et toutes les sutures sont écartées. — Elle a 51 centimètres de circonférence et 34 de hauteur, d'un conduit auditif à l'autre.

Pas de convulsions, ni de paralysie motrice, ni d'altération de la sensibilité.

Les fonctions digestives se font bien.

*A l'ophthalmoscope* : Les deux nerfs optiques sont grisâtres, nacrés, brillants, atrophiés. — Les artères sont invisibles, et les veines, peu nombreuses, dilatées.

*Tumeur cérébrale. — Commencement d'atrophie papillaire.* — M... Estelle, âgée de douze ans, entrée le 29 novembre 1878, au nº 57 de la salle Sainte-Catherine.

Il y a trois mois, au moment de se mettre à table, sur sa chaise, elle a été prise de faiblesse, sans perte de connaissance ni convulsions. Sa tête s'est inclinée à droite, et elle a été à demi paralysée, dans tout le côté droit du corps. Elle voyait, entendait et parlait encore. Puis elle a vu double, et, par moments, ne voyait plus de l'œil gauche.

Elle vomissait à chaque repas, et les boissons lui revenaient par le nez.

A son entrée à l'hôpital, l'enfant se plaint de la tête. Elle peut à peine se tenir debout, elle trébuche, et tomberait si on ne la soutenait.

Tout le côté droit est à demi paralysé du mouvement, mais non de la sensibilité. Les mouvements réflexes à droite sont abolis. A la face, l'hémiplégie droite est assez forte, et il y a déviation de la langue du côté paralysé, en même temps qu'il y a aphasie incomplète. Intelligence nette, vue trouble, parfois abolie pendant quelques heures.

*A l'ophthalmoscope* : Les papilles sont très-nettes, pâles et brillantes, nacrées sur le côté interne, blanches comme dans l'atrophie. Vaisseaux intacts.

Léger souffle au premier bruit du cœur, au niveau du mamelon.

Pouls régulier, faible.

Peu d'appétit. Vomissements alimentaires très-fréquents et constipation.

*Diathèse tuberculeuse. — Péritonite chronique. — Paralysie de la sixième paire. — Tubercule de la choroïde.* — X..., âgée de trente-trois ans, couchée à l'hôpital Temporaire dans le service de M. Huchard. Cette femme est entrée pour une péritonite chronique jugée de nature tuberculeuse. Elle a quelques craquements au sommet des poumons, et dans la salle a été prise de paralysie de la sixième paire.

*A l'ophthalmoscope* : Les papilles sont saines et les vaisseaux n'ont rien de particulier, mais on trouve à droite un tubercule de la choroïde.

Dans ces faits variés, la corrélation entre les lésions de la papille optique, de la rétine et de la choroïde et les phlegmasies du cerveau ou des méninges, les tumeurs de l'encéphale, les épanchements ventriculaires de l'hydrocéphalie chronique, les maladies de la moelle et les diathèses scrofuleuse ou hémorrhagique, est évidente.

La lésion intra-cranienne et spinale explique la lésion intra-oculaire. Celle-ci est sous la dépendance immédiate et absolue de l'autre. Le lien anatomique et physiologique est tel qu'en constatant la lésion de l'œil et en la rapprochant des autres symptômes, on en déduit l'altération cérébro-spinale. C'est là, comme je l'ai dit dans mon *Traité de diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope* : *Voir dans l'œil les signes de ce qui se passe dans le cerveau*, absolument comme on entend dans la poitrine des bruits révélateurs d'une lésion cardiaque et pulmonaire.

Ce n'est pas, comme le disent quelques ignorants ou des malintentionnés, qu'il suffise d'examiner le fond de l'œil pour faire le diagnostic d'une maladie de la moelle du cerveau ou des méninges. Non : les symptômes qu'on observe dans l'œil doivent être rapprochés des autres symptômes offerts par le malade, absolument comme des phénomènes d'auscultation qui ne valent que par leur association avec les autres phénomènes de la maladie.

Ceux qui exigent de la cérébroscopie qu'elle prononce d'après la seule inspection du fond de l'œil ressemblent à ceux qui demanderaient à un médecin de prononcer sur la signification du gargouillement pulmonaire ou du souffle, sans voir le malade et sans causer avec lui.

De telles objections ne se discutent pas, et cependant il est nécessaire de les signaler pour montrer ce qu'elles ont de mal fondé. Je n'y insisterai donc pas, et je vais terminer en montrant le parti que la clinique peut tirer de la nouvelle séméiologie cérébro-spinale et en mettant en regard des lésions intra-oculaires les altérations organiques du système nerveux qui leur correspondent.

Ainsi : dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière, l'hyperémie avec œdème du nerf optique et de la rétine indique l'hyperémie du cerveau et des méninges avec œdème de la pie-mère.

L'anémie papillaire et la finesse des vaisseaux de la rétine indiquent l'ischémie du cerveau.

Les thromboses des veines de la rétine et les stases de ces veines indiquent les thromboses des sinus et des veines méningées. Cela s'observe dans les convulsions finales des maladies et dans la méningite tuberculeuse.

La dilatation, les flexuosités des veines avec névrite optique et la varicosité des veines rétiniennes indiquent une compression intra-cranienne qui gêne la circulation du cerveau. Cela se voit dans l'hydrocéphalie aiguë, dans les grandes hémorrhagies cérébrales, dans les forts épanchements traumatiques du crâne, dans la méningite tuberculeuse, dans certaines tumeurs du crâne.

Les hémorrhagies de la rétine avec exsudat papillaire indiquent l'étranglement de la papille par méningo-encéphalite partielle.

Les hémorrhagies de la rétine avec hémorrhagies de la peau indiquent la diathèse hémorrhagique ou l'hémorraphilie.

Les hémorrhagies de la rétine environnées de plaques graisseuses rétiniennes indiquent le diabète ou l'albuminurie.

Les anévrysmes miliaires des artères de la rétine révèlent les anévrysmes miliaires du cerveau. Cela se voit dans certaines hémorrhagies du cerveau, chez les vieillards, et dans le ramollissement cérébral sénile.

L'atrophie ou sclérose de la papille, avec différents troubles de la motilité et de la sensibilité, indique l'encéphalite chronique entourant une tumeur cérébrale, la sclérose disséminée du cerveau et de la moelle. Ce dernier cas s'observe à la fin de l'ataxie locomotrice.

Les tubercules de la choroïde indiquent les tubercules du cerveau, des méninges et des autres organes. On les trouve dans la méningite tuberculeuse, dans les tubercules du cerveau, dans la tuberculose générale, etc.

La pneumatose des veines de la rétine indique qu'il y a une pneumatose semblable dans les veines méningées. — C'est ce qui se voit toujours dans tous les cas, quelques minutes après la mort.

Ce n'est donc pas sans d'excellentes raisons, et sans avoir fait avec soin de nombreuses observations depuis quinze ans, que j'ai pu dire qu'*on pouvait voir au fond de l'œil les signes des altérations qui existent dans le cerveau*. Ce que je viens de raconter plus haut justifie cette prétention, et si quelques médecins, surpris par la nouveauté de cette affirmation, ont pu douter de son exactitude, ils n'ont qu'à la contrôler au lit des malades, et ils ne tarderont pas à se convaincre de sa réalité.

En résumé, il y a une séméiologie nouvelle des maladies cérébro-spinales, tirée des altérations du fond de l'œil. — Désormais la cavité crânienne est ouverte à l'exploration médicale par l'emploi de l'ophthalmoscope, comme les cavités cardiaques et pulmonaires le sont au moyen de l'exploration par l'oreille et le stéthoscope.

## THÉRAPEUTIQUE

NOTE SUR L'EMPLOI DE LA TISANE DE STIGMATES DE MAÏS

Par M. le docteur CABASSE (de Bourbonne-les-Bains).

Dans un des derniers numéros de la *Gazette des hôpitaux*, vous avez appelé l'attention des praticiens sur l'emploi de l'extrait de stigmates de maïs pour combattre certaines affections des voies urinaires.

Ce nouveau médicament ne se trouvant pas encore dans nos pharmacies de province, je crois devoir signaler des résultats non moins favorables de ma pratique obtenus avec l'infusion de tisane de stigmates de maïs légère, qui a été préconisée, il y a un an, par le docteur Duleau dans le *Moniteur thérapeutique*.

Deux femmes âgées, l'une de soixante-neuf ans et l'autre de soixante-douze ans, atteintes toutes deux de catarrhe de la vessie accompagné de dysurie, de gravelle urique, affections dont elles souffraient depuis longtemps et traitées sans succès, ont été guéries, en quatre ou cinq jours, avec la tisane de barbe de maïs employée exclusivement avec des bains.

L'une d'elles a éprouvé une rechute cinq ou six mois après, compliquée d'hématurie qui l'a fort épouvantée et lui avait fait croire au retour de ses règles. La guérison, cette fois encore, ne s'est pas fait plus longtemps attendre.

M. T..., âgé de soixante-huit ans, atteint depuis longtemps de diathèse urique, et qui cette année a passé deux saisons à Contrexéville, n'a obtenu du soulagement que depuis qu'il fait usage de la même tisane.

Enfin, un de nos confrères, atteint lui-même de rhumatisme et de goutte qui s'accompagne de diathèse urique, revenant par crises, se manifestant par de la dysurie, du ténesme et des douleurs lombaires irradiant au bas-ventre jusqu'à l'extrémité de la verge, a expérimenté la tisane de barbe de maïs édulcorée avec du sirop d'orgeat.

Quatre fois depuis le mois d'août, après avoir bu deux litres ou trois litres de cette tisane, la dysurie a été remplacée par de l'incontinence. Il n'avait pas le temps, en descendant du lit, de prendre le vase sans rendre involontairement quelques gouttes. La crise s'est toujours terminée en quarante-huit heures par l'émission facile d'un calcul d'urate d'ammoniaque du volume d'un pois.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 décembre 1878. — Présidence de M. Paul BERT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

**Des kératites glycosuriques.** — M. GALEZOWSKI fait une communication sur une nouvelle affection qu'il a observée dans le diabète, qu'il appelle *kératite glycosurique*. Dans les trois seuls cas de ce genre qu'il a rencontrés, l'un était de la nature de l'ulcère rongeant, et les deux autres appartenaient à une forme spéciale se rapprochant de la kératite diffuse superficielle. Ce qu'il y a de frappant dans cette maladie, c'est que, avec la photophobie et les douleurs périorbitaires, il y a une anesthésie complète de la cornée, au point qu'on peut promener inopinément le doigt sur cette membrane, sans que le malade éprouve la moindre sensation désagréable.

Le premier cas se rapporte à un malade de M. Rathery, chez lequel la guérison n'a pu être obtenue qu'à l'aide d'une large paracentèse.

Chez les deux autres malades, qui sont encore en traitement, on constate les signes caractéristiques suivants : la cornée a une teinte d'un blanc mat, l'épithélium est partout soulevé, les vaisseaux péricornéens sont excessivement développés, mais ne franchissent pas le bord cornéen.

Parmi les troubles visuels de la glycosurie, on connaissait des paralysies de la sixième et de la troisième paire, des rétinites apoplectiques, des atrophies du nerf optique et des cataractes. A cette liste, il faudra dorénavant ajouter la kératite glycosurique.

M. DUMONT-PALLIER demande dans quelle période de la glycosurie cette affection a été observée, et quelle était la proportion du sucre.

M. GALEZOWSKI répond que, chez le premier de ces malades, il y avait jusqu'à 60 grammes de sucre par litre ; chez le second, il n'y en a actuellement que 5 à 6 grammes par litre, et, quant au troisième, la dose de glycose n'a pas été, jusqu'à présent, définie ; le sucre qu'on avait constaté le premier jour n'a pas pu être retrouvé quelques jours plus tard.

Du reste, ces individus ont toutes les apparences d'une bonne santé, et ce n'est que la forme anomale de la maladie oculaire qui a poussé M. Galezowski à rechercher la glycosurie.

**Larve de diptère.** — M. KUNCKEL décrit une larve de diptère, parasite d'hémiptère, qui présente ceci de particulier qu'elle adhère à celui-ci par un siphon corné à l'extrémité caudale, qui n'est autre qu'un appareil destiné à la respiration. Au moment où la larve sort de l'animal, le siphon reste seul adhérent à l'un des côtés de l'hémiptère. Cette larve de diptère porte le nom de *gymnosama rotundata*.

**Des pouvoirs toxiques de l'oxyde de carbone qui se trouve dans les produits de combustion.** — M. GRÉHANT fait une communication sur ce sujet. (A été publié.)

**Du double battement des anévrysmes intra-thoraciques.** — M. FRANCK fait une communication sur ce sujet.

I. Les doubles battements des anévrysmes thoraciques ne sont point caractéristiques des anévrysmes de l'aorte : on les observe d'une façon tout aussi constante dans les anévrysmes des artères émanant de la crosse de l'aorte.

II. Ces battements redoublés, à quelque genre d'anévrysmes qu'ils appartiennent, ne sont pas toujours perceptibles au toucher; mais les appareils enregistreurs les démontrent alors que le doigt ne les déplace pas. S'ils peuvent échapper à l'exploration directe, c'est que l'intervalle qui les sépare est quelquefois trop court pour que le doigt puisse dissocier les deux impressions consécutives : on sait, en effet, que deux impressions tactiles successives se fusionnent quand il n'y a pas entre elles un temps suffisant, variable du reste suivant que le toucher est plus ou moins exercé. Il peut arriver encore que le premier de ces deux battements ait une intensité trop considérable par rapport au second et que ce dernier passe inaperçu, la situation produite par le premier persistant en partie quand le second survient. Toujours est-il qu'en recueillant l'inscription des pulsations anévrysmales sur un cylindre enregistreur animé d'une rotation suffisamment rapide (42 centimètres en dix secondes, par exemple), on obtient des tracés qui montrent nettement le dédoublement de la période d'expansion.

III. Quant au mode de production de ces doubles battements, leur existence pendant la phase d'expansion de la tumeur paraît

devoir exclure la théorie du « reflux des artères voisines dans le sac anévrysmal » (Bellingham); leur conservation dans le cas où une large insuffisance aortique vient s'ajouter à l'anévrysme aortique ne semble pas conciliable avec l'opinion émise par M. Jaccoud que le second battement serait dû à la réflexion de l'onde liquide sur les valvules sigmoïdes de l'aorte. M. François Franck croit qu'on peut expliquer le double battement des anévrysmes intra-thoraciques par une pénétration en deux temps du sang dans le sac anévrysmal. Dès le début de la systole ventriculaire l'ondée sanguine pénètre brusquement dans le sac et tend ses parois (premier battement); la pénétration du sang continuant avec moins de vitesse à cause de la résistance plus grande du sac qui a acquis une force élastique suffisante, on a un soulèvement secondaire, plus ou moins accusé (deuxième battement). Ceci est tout à fait comparable à ce qui se passe normalement dans les gros troncs artériels voisins du cœur : l'anévrysme ne fait que mettre en évidence, en l'amplifiant, la forme du pouls aortique ou brachio-céphalique.

En réponse à M. Parrot, qui demande quels sont les rapports de ces doubles battements avec la systole ventriculaire, M. François Franck montre, par un double tracé, que l'expansion en deux temps d'un anévrysme coïncide avec la phase systolique d'une révolution cardiaque.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Sales-Girons, ancien directeur de la *Revue médicale*.

— Dans sa dernière séance, la Société de chirurgie a élu membres correspondants nationaux MM. Jules Bœckel (de Strasbourg) et Beau (de Brest); membres correspondants étrangers, MM. Brigelow (de Boston), Galli (de Lucques), Gritti (de Milan).

— *Hôpitaux de Marseille.* — Sont nommés : 1° *Internes* : MM. Mistral, Jouffret, Esmieu, Fournac, Pluyette et Talon. — 2° *Externes* : MM. Marnac, Boy, Amiel, Hugues, Dufau, Roland, Rubino et Aubin. MM. Arnaud et Camoin sont nommés pour un an.

— La Société médicale de l'Élysée vient de constituer son bureau pour l'année 1879 de la manière suivante : président, M. le docteur Fieuzal; vice-président, M. le docteur Peter; secrétaire général, M. le docteur Gouël; secrétaires des séances, MM. les docteurs Blache et Boucaumont; secrétaire-trésorier, docteur Guillon.

— M. le docteur Le Dentu, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, fera ses opérations le mercredi de chaque semaine, à neuf heures et demie.

— M. le docteur Carré recommencera ses leçons de clinique ophthalmologique le samedi 18 janvier, à trois heures et demie, à sa clinique, rue Gît-le-Cœur, n° 11, et les continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Il s'occupera principalement des conjonctivites et des kératites.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, reprendra son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire le samedi 11 janvier, à quatre heures, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 5. — MARDI 14 JANVIER 1879. 52e ANNÉE MARDI 14 JANVIER 1879. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

### De la syphilis dans le mariage (1).

II.

Après avoir exposé, dans la leçon précédente, comment un homme syphilitique est dangereux dans le mariage, nous devons maintenant passer de la théorie à la pratique et établir à quelles conditions un homme ayant eu la syphilis peut être déclaré admissible au mariage.

La solution de cette question est, assurément, très-embarrassante; elle nous mène sur un terrain non encore défriché, où nous n'avons point pour nous guider l'expérience de nos prédécesseurs, de ceux qu'un juste respect a proclamés les maîtres de l'art. Il n'y a pas là de programme tracé à l'avance: c'est d'après ce que j'ai lu et ce que j'ai vu que je vous exposerai les conditions auxquelles doit, à mon avis, satisfaire un homme qui, ayant eu la syphilis, veut s'engager dans le mariage.

Cet homme doit remplir cinq conditions indispensables:

1° *Absence d'accidents actuels.* — C'est là une considération absolument élémentaire pour tout le monde; la seule présence du moindre accident doit écarter du mariage celui qui en serait porteur; elle serait un témoignage éclatant de sa maladie, avec ses conséquences et les dangers qu'elle comporte pour la femme et pour les enfants. Cette cause d'exclusion du mariage est d'une évidence trop formelle pour qu'il ne paraisse pas superflu d'y insister. Cependant, il ne faut pas s'y tromper, des exemples de cette incroyable audace ont été maintes et maintes fois observés; j'ai vu, pour mon compte, plus de douze fois se marier des hommes atteints d'accidents actuels de syphilis le jour même de leurs noces, psoriasis palmaire, syphilides du cuir chevelu, de la bouche, plaques muqueuses, sarcocèle syphilitique, et même chancre induré. Quel peut-être le mobile d'un tel acte? Ce n'est pas toujours ce que l'on suppose, l'ignorance ou l'intérêt; sans doute quelques-uns ignorent les dangers auxquels ils exposent leur femme et leurs enfants. Ce sont les naïfs; d'autres les connaissent bien; mais, ne considérant que l'appât d'une dot ou d'une position à conquérir, bravent toutes ces craintes et passent outre; ce sont les coupables et les cyniques. Mais la plupart de ces hommes qui se marient avec une syphilis actuelle ne sont ni ignorants ni coupables, ce sont des insouciants, des gens faibles d'esprit qui, s'étant laissé engager étourdiment dans un mariage, se trouvent, à un moment donné, circonvenus par les circonstances, et n'osent plus résister; honteux de leur action, ils n'ont plus le courage de refuser, dans la crainte du scandale que produirait leur refus et la divulgation nécessaire de leur maladie.

(1) Fin. — Voir le numéro du 7 janvier.

2° *Age avancé de la maladie.* — On peut formuler cet axiome: plus jeune est la syphilis de l'époux, plus nombreux et plus graves sont les dangers qu'il apporte dans le mariage; et réciproquement, plus la syphilis est ancienne, plus les chances favorables seront pour lui. C'est, en effet, la syphilis jeune qui présente le plus de dangers comme contagiosité; c'est dans les cinq, six, dix premiers mois de la syphilis que ses manifestations sont le plus disséminées, le plus dangereuses et le plus disposées à la récidive. Rien ne récidive plus qu'une plaque muqueuse; on voit les érosions de la bouche chez les fumeurs se reproduire dix, vingt fois en peu de temps. Les accidents récents de la syphilis sont d'autant plus redoutables qu'ils ont pour siège de prédilection la bouche et les organes génitaux, deux localisations essentiellement dangereuses au point de vue de la contagion dans le mariage.

C'est à la période secondaire aussi que les phénomènes sont bénins et insignifiants en apparence; ils n'en sont que plus dangereux; leur plus grand danger, c'est précisément leur bénignité apparente, car on sait qu'ils sont éminemment contagieux.

Au contraire, à une période plus reculée, ces dangers n'existent plus, ou ils sont plus restreints, pour des raisons opposées; les manifestations de la syphilis tertiaire sont en effet plus discrètes, n'occupent plus les mêmes foyers, sont constituées par des lésions creuses, larges et importantes, dont le danger n'est pas méconnu.

Il ne faut pas croire que ce sont là des raisons imaginées dans le silence du cabinet; ces assertions sont démontrées par l'expérience. Si nous recherchons quels sont les maris les plus dangereux pour leurs femmes, les faits nous prouvent que ce sont les hommes qui se sont mariés avec une syphilis jeune, après la première ou la deuxième année de contagion. Dans ces cas, on peut dire que la contagion est presque constante, tandis que, s'ils se sont mariés après cinq, six, dix ans de syphilis, ils ne courent pas beaucoup de dangers.

Le danger d'hérédité n'est pas moindre que celui de la contagion de la femme; l'âge avancé de la maladie sera encore une condition favorable pour éviter ce danger. Une femme fait d'abord une ou plusieurs fausses couches, puis, sous la seule influence du temps, un accouchement prématuré, puis elle accouche à terme, mais d'un enfant mort ou destiné à mourir; enfin, elle donne le jour à un enfant vivant. Le temps use donc l'influence paternelle. Quels sont, en effet, les mariages où les pères sont le plus dangereux pour leurs enfants? Ce sont ceux où ils se sont mariés avec une syphilis jeune ou récente de quelques mois ou de un ou deux ans. Ceux qui ont attendu cinq à dix ans, n'ont qu'une influence héréditaire plus restreinte. Avec la syphilis, toutes les chances sont pour celui qui attendra le plus longtemps possible pour aspirer au rôle de la paternité.

La conclusion est donc que l'âge avancé de la syphilis est une condition essentielle à apporter dans le mariage; un syphilitique n'a le droit d'aspirer au mariage que s'il s'est écoulé un certain temps depuis son inoculation syphilitique. Mais quelle est donc cette durée? C'est là un point délicat; donner une mesure arithmétique est une grave difficulté : d'une part, l'âge de la syphilis n'est pas la seule donnée à prendre en considération; mais, pour formuler une date précise, je ne crois pas qu'il soit permis à un syphilitique de songer au mariage avant qu'il se soit écoulé une période *minima de trois à quatre années*, et mieux vaut davantage; plus il tardera, plus il mettra de chances de son côté. En deçà de ce terme, l'observation ne montre que catastrophes; au delà, les accidents s'atténuent d'une façon considérable.

3° *Une certaine période d'immunité doit s'être écoulée depuis les derniers accidents.* — Il faut que le malade soit resté complètement exempt de toute manifestation spécifique pendant un certain temps; c'est une garantie qui semble nécessaire à des titres divers. Elle atteste que la syphilis est sortie de sa période aiguë et redoutable. Ce temps écoulé permet de juger du degré d'apaisement de la diathèse, c'est un témoignage de la non-activité actuelle de cette diathèse dont il annonce la détente et par conséquent la décroissance des dangers de contagion et d'hérédité. Au lendemain d'une syphilide guérie, je n'oserais certainement pas permettre le mariage. Ici encore vous me demanderez de préciser cette période en chiffres exacts; il est absolument impossible de fixer une mesure déterminée; plus cette période d'immunité sera longue, plus elle sera rassurante. S'il fallait fixer une durée *minima* à cette période de repos, je donnerais le chiffre de dix-huit mois à deux ans.

4° *Caractère non menaçant de la diathèse syphilitique.* — Il existe assurément des syphilis légères et des syphilis graves. Les syphilis légères se bornent à un petit nombre d'accidents superficiels, tandis que les formes graves, même traitées, produisent des lésions profondes. Or la qualité de la syphilis dans la question qui nous occupe est loin d'être sans importance : c'est une condition très-essentielle à consulter. Si la syphilis est moyenne et légère, si elle n'a eu que des poussées bénignes et superficielles, si elle a été sensible au traitement, si elle s'est amendée, on est en présence de conditions excellentes pour le client qui demande s'il peut contracter mariage. Tout cet ensemble de bénignité rassure le médecin, le rend plus tolérant et influence favorablement son verdict. Mais, inversement, s'il se trouve en face de ce que j'appelle une « mauvaise syphilis », les conditions changent; oui, il y a, en effet, de mauvaises syphilis au point de vue du mariage. Elles sont de divers ordres citons-en les types principaux :

*a.* Sont de mauvaises syphilis celles qui, sans être graves, sont remarquables par la reproduction incessante des mêmes accidents, surtout à la bouche et à la verge, alors même qu'ils sont très-superficiels. Ainsi j'ai vu un jeune homme qui n'a jamais eu que la roséole, du psoriasis palmaire et des syphilides linguales qui se sont répétées très-fréquemment, malgré un traitement énergique porté à 15 et 20 centigrammes de proto-iodure. L'affection a cependant récidivé jusqu'à ce jour; après chaque traitement l'ulcération disparaît, puis elle reparaît plus tard, est guérie par le traitement, et ainsi de suite. Que serait-il arrivé si je l'avais autorisé à se marier à la fin d'une poussée bien guérie? Il n'y a pas à se le demander, car il a une maîtresse et il l'a contagionnée de cette façon.

*b.* Sont de mauvaises syphilis celles qui sont graves à divers titres, par l'intensité, par la multiplicité, par la nature des accidents; celles qui affectent de bonne heure la forme tertiaire, deviennent viscérales et restent réfractaires à tout traitement.

*c.* Celles qui ont envahi un organe important essentiel à la vie, tel que le cerveau; la syphilis cérébrale est particulièrement dangereuse en raison de l'organe affecté et des récidives auxquelles elle expose, car elles sont presque habituelles. Ainsi, un jeune homme qui avait eu en 1865 des accidents pour lesquels il s'était traité insuffisamment, se maria en 1875, malgré mes conseils, et fut pris d'accidents cérébraux, épilepsie, hémiplégie, amnésie, hébétude; il s'est guéri de son hémiplégie, mais il est resté dans un état intellectuel voisin de la démence. Un autre s'aperçoit à la chasse qu'il ne peut plus porter son fusil avec le bras gauche; il est pris l'année suivante de troubles dans les mouvements de la langue, balbutie, bégaie; traité et guéri pour ces accidents, il se marie, malgré mes avis; dix jours après son mariage, des accidents cérébraux graves apparaissent avec hémiplégie et amnésie, et six mois plus tard il est atteint de démence.

On voit donc combien il importe que le médecin s'éclaire minutieusement sur la qualité de la syphilis; qu'il interroge à fond son malade et fasse un inventaire méticuleux de son bilan pathologique, qu'il fasse pour ainsi dire la tare de cette vérole. On comprend qu'ici il n'y a pas de règles générales à poser: tout est individuel; c'est à la science et au tact du médecin qu'appartient le pronostic.

5° *Traitement spécifique suffisamment prolongé.* — C'est la condition capitale par excellence. C'est ce traitement qui amoindrit et conjure les dangers de la syphilis et qui constitue la meilleure sauvegarde d'abord contre les risques personnels que court le malade.

Nous pouvons en effet affirmer aujourd'hui qu'une syphilis traitée à son début énergiquement et pendant une longueur de temps suffisante n'a pas de période tertiaire, tandis qu'une syphilis non traitée ou insuffisamment traitée court à cette période tertiaire, sauf de rares et inexplicables exceptions.

C'est encore le traitement qui diminue et supprime les causes de contagion; c'est encore lui qui diminue et supprime les chances d'hérédité. Pour ce qui concerne le père, une femme fait une série d'avortements qui n'ont d'autre cause que la syphilis du père; que celui-ci se traite, et les accouchements se terminent heureusement. De même pour la mère: une femme reçoit la syphilis de son premier mari

et devient veuve; elle se remarie à un homme sain dont elle conçoit des enfants qui sont syphilitiques; elle se traite et donne ensuite naissance à des enfants sains. Enfin il en est de même pour l'influence combinée du père et de la mère; des époux syphilitiques ont des enfants syphilitiques. Ils se traitent, ils ont des enfants exempts de syphilis. Il y a plus: un fait nouveau et extraordinaire a été observé. Il prouve qu'il peut suffire, pour qu'un enfant soit sain, que ses parents, syphilitiques, soient sous l'influence provisoire du traitement mercuriel. Une femme syphilitique a sept grossesses, sept syphilitiques qui meurent tous; elle se traite et a une huitième grossesse qui se termine par la naissance d'un enfant sain, de même une neuvième; pour une dixième grossesse, elle ne s'est plus traitée, elle a un enfant syphilitique qui meurt à l'âge de six mois; elle se traite de nouveau, et une onzième grossesse se termine heureusement par la naissance d'un enfant sain.

En résumé, toutes ces considérations prouvent l'influence corrective qui est exercée par le traitement sur la syphilis. La condition capitale pour un homme syphilitique qui se marie, c'est qu'il se soit suffisamment traité, qu'il ait subi un traitement long, ordonné, méthodique. Ce n'est pas ici le lieu d'exposer quel est ce traitement suffisant: je l'ai décrit longuement dans mes leçons de l'année dernière, où j'ai établi que, combiné avec le temps, le traitement spécifique, par des médications successives coordonnées pendant plusieurs années, est la meilleure garantie pour espérer la guérison, et par conséquent pour autoriser le mariage. Le temps d'une part, le traitement d'autre part, voilà les deux conditions majeures que doit fournir celui qui veut entrer dans le mariage.

Je ne veux pas terminer sans signaler une pratique considérée par le vulgaire comme étant un critérium infaillible, je veux parler de la croyance populaire que les eaux sulfureuses auraient la propriété singulière de déceler les traces d'une diathèse endormie, de « faire sortir la vérole ». Chaque année il est un grand nombre de malades syphilitiques qui vont faire religieusement une cure pendant les vingt et un jours traditionnels à telle ou telle de ces sources, dans l'espérance que, « s'il leur reste quelque chose dans le sang », les eaux sulfureuses le feront sortir; s'il ne sort rien, ils concluent à leur guérison et se jugent aptes au mariage.

Cette action révélatrice des eaux sulfureuses est loin d'être réelle. Les eaux sulfureuses sont sans doute utiles aux syphilitiques pour d'autres motifs et surtout comme toniques et comme adjuvants du traitement mercuriel; mais elles ne sont pas du tout un réactif dégageant la vérole comme un acide agissant sur un sel; c'est absolument faux. La vérité est que, sans doute, en raison de la stimulation dont je parle, on voit fréquemment des éruptions chez les sujets syphilitiques qui se traitent aux sources ferrugineuses; les exanthèmes syphilitiques sont communs chez ces malades; mais, maintes et maintes fois, le traitement dans ces stations n'a rien fait sortir du tout chez des malades restés syphilitiques; une, deux, cinq, six saisons même, ne leur ont produit aucun effet révélateur. Il faut donc abandonner la légende de l'action révélatrice des eaux sulfureuses; servons-nous de leurs effets, s'il y a lieu, cela vaut mieux que rien; mais, pour une fois qu'elles nous feront le diagnostic, vingt fois elles resteront muettes; n'abusons donc pas de ce critérium absolument faux.

*Conclusions.* — A tout sujet qui ne remplira pas les cinq conditions indispensables que nous avons formulées, nous devons refuser le mariage.

Nous déclarerons admissible au mariage quiconque les présentera toutes réunies.

Toutefois je dois vous déclarer que ces quelques réflexions, je ne vous les donne que pour ce qu'elles valent; elles n'ont pas été ni discutées ni promulguées par un aréopage médical; elles ne sont que le simple résultat de mon expérience personnelle; elles sont sujettes à révision, et je serai le premier à les amender, à les modifier, dès que l'observation ultérieure apportera des faits nouveaux et contradictoires.

D'ailleurs, il ne faut pas se faire illusion sur la possibilité de constituer jamais un programme répondant à tous les cas, à toutes les éventualités. Demander une solution catégorique, mathématique, serait demander l'impossible; ce n'est pas le caractère des problèmes de ce genre. Exiger une telle formule serait faire preuve d'un esprit peu versé dans la science médicale. Nous ne pouvons jamais faire qu'un « calcul de probabilité » sur l'appréciation essentiellement délicate des éléments morbides et des éléments curatifs. Cependant, même ainsi limité, le rôle du médecin rend d'inestimables services. Lorsqu'il sera consulté, le médecin, en effet, ou bien aura des données suffisantes pour résoudre la question et son pronostic sera confirmé par l'expérience, ou bien il manquera d'éléments suffisants pour se prononcer et se faire une conviction; alors, qu'il ne l'oublie pas, il n'est pas forcé d'énoncer un verdict; s'il n'est pas satisfait, qu'il ne se prononce pas. Nous ne pouvons absolument savoir si, oui ou non, tel syphilitique n'aura plus d'accidents; répondons nettement à ce malade suspect: « Vous pouvez être dangereux, nous vous conseillons d'attendre encore. » Les faits sont là pour nous juger; rarement un imprudent, qui s'est marié malgré les conseils de son médecin, n'a pas eu à s'en repentir; souvent, au contraire, ceux qui se sont mariés avec un consentement motivé de leur médecin n'ont été dangereux ni pour leur femme ni pour leurs enfants.

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Addition à la séance du 28 décembre 1878.
Présidence de M. Paul Bert.

**Relations qui existent entre les vices de réfraction et les maladies des voies lacrymales.** — M. Coursserant rappelle les recherches de M. Badal sur la relation qui existe entre les vices de réfraction et les altérations des voies lacrymales. Chez presque tous les hypermétropes affectés de dacryocystite réclamant le cathétérisme du canal nasal, M. Coursserant a rencontré une direction anomale de ce conduit. On sait que deux sondes placées dans les deux canaux nasaux doivent se réunir par leurs extrémités libres sur la ligne médiane, à peu près vers le sommet du front. Or, chez les hypermétropes, d'après les recherches de M. Coursserant, ces deux sondes montrent une tendance au parallélisme, souvent même elles sont divergentes. D'où l'indication opératoire de s'éloigner du plan médian dans le cathétérisme chez cette classe de malades.

M. Coursserant croit trouver la raison de cette anomalie dans une disposition spéciale des os de la face chez les individus atteints d'hypermétropie monolatérale ou double. Dans presque tous les cas, la face lui a paru déprimée d'avant en arrière, la racine du nez plus élargie transversalement et concave en avant, enfin l'écartement des yeux plus considérable. Ces diverses particularités expliquent pourquoi certains hypermétropes ont une difficulté très-grande

pour maintenir fixe la position de leurs lunettes qui glissent toujours en avant, et dont le foyer, par rapport à l'appareil dioptrique et sensible de l'œil, se trouve incessamment déplacé.

En finissant, M. Coursserant fait remarquer qu'il serait intéressant d'examiner, chez certains peuples asiatiques à face déprimée (Mongols), si l'hypermétropie est répandue, si elle coïncide avec la la direction du canal nasal qu'il indique.

On aurait, par l'ensemble de ces faits, l'explication de la fréquence des altérations des voies lacrymales, constatée chez ces différents peuples par les voyageurs et les médecins. M. Coursserant présente une malade qui est un type parfait des anomalies qu'il vient de signaler.

**Monoplégie brachiale d'origine syphilitique.** — M. LELOIR communique deux observations de monoplégie brachiale survenues chez de vieux syphilitiques entrés dans le service de M. Vulpian. Dans ces deux cas il ne survint pas de convulsions ou de contractures, soit au début, soit plus tard; les yeux, la langue et le membre inférieur du côté correspondant furent toujours absolument intacts.

L'un de ces malades, qui présentait une atrophie assez prononcée du membre paralysé, mourut de tuberculose miliaire aiguë généralisée. A l'autopsie, outre les lésions classiques de la tuberculose miliaire aiguë des méninges, on constata au niveau de la circonvolution frontale ascendante gauche (du côté opposé à la monoplégie) une plaque de méningite gommeuse de la largeur d'une pièce de 50 centimes, épaisse d'environ 3 millimètres, constituée par la fusion et l'épaississement des trois méninges cérébrales. Cette plaque adhérait intimement à la substance cérébrale; en l'enlevant on arracha la substance grise et une mince couche de substance blanche sur une surface égale à celle d'une pièce de 50 centimes environ.

Cette lésion située sur la circonvolution frontale gauche, dans son tiers supérieur, du côté opposé à la monoplégie, constitue un exemple des plus rares et aussi des plus intéressants de localisation cérébrale.

**De la chaleur animale.** — M. D'ARSONVAL présente les appareils à l'aide desquels Claude Bernard a commencé, et lui-même continué une série d'expériences sur les variations de la chaleur animale.

M. PAUL BERT fait observer que les sondes que vient de présenter M. d'Arsonval, et qui sont construites de telle façon qu'elles ne pourraient donner lieu à aucun courant hydro-électrique, seront très-avantageuses pour étudier la chaleur chez les végétaux, étude jusqu'ici très-difficile, à cause des courants hydro-électriques se formant en présence des liqueurs acides dont sont remplis les végétaux.

**De l'aphasie et de l'incohérence.** — M. MAGNAN rapporte trois cas d'aphasie avec autopsies, qu'il a eu l'occasion d'observer récemment, à l'asile Sainte-Anne. Les deux premiers sont des cas d'aphasie vulgaire, tels qu'on en rencontre communément dans les hôpitaux; le troisième est un cas particulier qui se rattache plus directement à ceux qu'on observe dans les asiles d'aliénés.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de soixante et un ans, qui a été envoyée de l'hôpital Temporaire à l'asile Sainte-Anne, hémiplégique droite, aphasique, agraphique et amnésique. Elle paraissait bien comprendre ce qu'on lui disait, mais ne pouvait faire aucune réponse, et ne faisait que répéter à tous moments: toa, toa. Cette femme mourut, après quinze jours, d'une complication pulmonaire.

A l'autopsie, on trouva une plaque ocreuse, occupant toute l'insula et le tiers postérieur de la troisième circonvolution frontale ascendante du côté gauche. Ce cas rentre donc, comme on le voit, dans la série des faits ordinaires.

Le second cas se rapporte à un homme de quarante ans, alcoolique, et qui est entré à l'asile Sainte-Anne, hémiplégique droit, aphasique et agraphique. A l'autopsie, on trouva une plaque jaune, occupant la deuxième et la troisième digitation de l'insula, toute la troisième circonvolution frontale ascendante gauche, et le tiers inférieur de la pariétale ascendante. Le cœur de ce malade présentant une lésion énorme de la valvule mitrale; des abcès athéromateux expliquaient les nombreuses embolies qu'on trouva chez lui.

Le troisième fait est celui d'un homme de quarante-cinq ans, également alcoolique et qui fut trouvé sur le bord de la Seine pleurant, gémissant et ne pouvant fournir aucun renseignement. Son bras droit était légèrement élevé, l'avant-bras fléchi sur le bras et la main pendante; quand on cherchait à la redresser, elle retombait aussitôt. Il y avait donc une paralysie absolue des muscles extenseurs. Ce malade présentait un certain état d'inquiétude, d'agitation; il n'était pas seulement aphasique, il était de plus incohérent et offrait cette incohérence particulière propre aux lésions anatomiques récentes et rapidement produites. M. Magnan fait observer, à ce sujet, qu'il y a deux sortes d'incohérences : l'incohérence d'emblée se produisant du jour au lendemain et résultant de lésions vasculaires de l'encéphale et l'incohérence des vésaniques mettant dix, vingt et trente ans à se produire. Or, c'est la première de ces deux variétés que présentait ce malade. En effet, il mourut en l'espace de trois semaines, et à l'autopsie on trouva une vaste néo-membrane tapissant tout l'hémisphère gauche, divers foyers de ramollissement et des lésions très-nombreuses et très-diverses que M. Magnan passe successivement en revue. En étudiant de près ces lésions, on trouve l'explication de chacun des troubles observés, en particulier de l'aphasie, de la monoplégie brachiale, ainsi que de la production de l'incohérence. Tandis que le cerveau de l'aphasique simple n'est lésé que dans une seule de ses parties et qu'il n'en résulte qu'un seul ordre de troubles, le cerveau de l'aphasique avec incohérence présente des lésions diverses et multiples qui font qu'il n'y a plus la moindre harmonie possible dans les fonctions de cet organe. Tout le clavier, pour ainsi dire, est faussé, ce qui permet de rapprocher ces cerveaux de ceux des idiots en se plaçant au point de vue récemment étudié par un médecin russe, professeur à Saint-Pétersbourg. Suivant ce médecin, les cerveaux des idiots ne sont pas des cerveaux ayant subi un arrêt de développement; les idiots ne sont pas des hommes restés, pour les facultés cérébrales, à l'âge de deux ou trois ans, mais bien des cerveaux pathologiques, dans lesquels se rencontrent des lésions telles qu'il n'existe aucune harmonie possible entre leurs diverses fonctions, si bien que telle partie peut être arrivée à son complet développement tandis que toutes les autres sont lésées.

On peut expliquer ainsi que certains idiots puissent avoir une grande disposition pour telle ou telle faculté, pour la musique, le calcul ou le dessin, par exemple, tandis qu'ils restent absolument idiots pour toutes les autres branches.

M. LUYS, qui, depuis un certain temps, poursuit des recherches dans le même sens que M. Magnan, est arrivé de son côté aux mêmes conclusions. On sait, dit-il, combien la question de l'aphasie a paru simple dans le début; toute lésion limitée à la troisième circonvolution frontale ascendante gauche devait avoir pour résultat la production de l'aphasie. Les choses en sont restées là pendant un certain temps. Puis, à mesure que les études et les recherches se sont multipliées, on a dû modifier ces simples conclusions et on a vu des choses qu'on ne soupçonnait pas. M. Magnan a touché une série de questions, en particulier celle de l'incohérence. Il y a, comme il l'a très-bien dit, deux formes d'incohérences : l'une chronique, bien connue de tous les aliénistes, l'autre se produisant, en effet, d'emblée et que l'on confond assez généralement avec l'aphasie. Il y a des aphasiques qui ne peuvent pas parler, il y en a d'autres qui pensent un mot et en disent un autre, qui présentent des troubles de la parole comparables à ceux qu'on observe dans la locomotion chez les ataxiques, ce qui a fait donner par M. Luys à cette aphasie particulière le nom d'ataxie verbale.

Cette division des phénomènes cliniques se retrouve dans l'anatomie pathologique; tandis que la lésion de l'aphasie simple est habituellement simple, limitée, circonscrite, celle de l'aphasie ataxique est, au contraire, complexe, diffuse. L'étude de l'aphasie est donc, depuis un certain temps, entrée dans une phase nouvelle,

et M. Luys serait tenté d'en admettre trois formes distinctes qui seraient la forme aphasique, la forme ataxique et la forme choréique dont il fournit un curieux exemple.

M. DUMONT-PALLIER regrette l'absence de M. Duret qui, dans les observations de M. Magnan, aurait eu la confirmation de l'opinion qu'il a plusieurs fois émise sur la fréquence des lésions de l'insula coïncidant avec celles de la troisième circonvolution, fréquence qui s'explique très-bien quand on étudie les divisions de l'artère sylvienne. On peut presque dire que dans tous les cas d'aphasie l'insula est toujours touchée; quelquefois même elle l'est seule, sans que la troisième circonvolution le soit. Il y a donc là des questions très-complexes qui n'ont pas encore été complètement élucidées.

La séance est levée à six heures un quart.

---

Séance du 4 janvier 1879. — Présidence de M. Paul BERT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

**Conservation des cerveaux.** — M. FRANCK présente plusieurs cerveaux de chiens préparés d'après le procédé de Frédérick (de Gand), à l'aide de la paraffine.

M. MATHIAS DUVAL rappelle avoir présenté, en 1876, des cerveaux préparés par le même procédé dont l'invention appartient, en effet, à M. Frédérick (de Gand). M. Duval a fait subir à ce procédé quelques modifications qui le rendent applicable à la conservation des cerveaux humains. Il les place d'abord dans l'acide azotique, puis dans la liqueur de Müller, et, après les avoir ainsi durcis, les pénètre de paraffine. L'emploi de l'acide chromique, selon M. Duval, paraît préférable à celui de la paraffine, en ce sens qu'on peut beaucoup mieux distinguer ce qui appartient à la pièce elle-même, à la substance première, de ce qui appartient à la substance incrustante, tandis qu'avec la paraffine on ne retrouve pas dans les pièces le même caractère d'authenticité.

M. PAUL BERT fait observer que les cerveaux préparés d'après le procédé de M. Frédérick sont déformés et aplatis, ce qui tient probablement à ce qu'ils ont été préparés dans un vase. Il rappelle à ce sujet le procédé de Gratiolet qui, pour éviter cet inconvénient, plaçait les cerveaux dans une préparation de chlorure de zinc à laquelle était ajoutée une certaine quantité d'alcool, si bien que les cerveaux étaient tenus en suspension dans ce mélange et ne pouvaient s'aplatir contre aucune des parois du vase.

**Eczéma marginé** — M. VIDAL rappelle que, sous ce nom, Hébra (de Vienne) a décrit plusieurs affections cutanées parasitaires, entre autres le pityriasis versicolore dont le parasite est le microsporon furfur, l'herpès iris circiné dont le parasite est le trichophyton, ainsi que d'autres formes plus difficiles à classer, qui se disséminent sur tous les membres, qui, au premier abord, ressemblent à l'herpès circiné, mais qui présentent une marche plus rapide et s'accompagnent de moins de rougeur de la peau. Dans des cas de ce genre, en particulier chez deux individus, M. Vidal a trouvé un parasite spécial, non encore décrit, occupant la couche moyenne du derme et les parties les plus profondes de la couche cornée. Si on gratte ces plaques pityriasiques, on trouve un parasite constitué par des spores très-petites, d'une dimension d'ailleurs très-variable et d'une forme toute particulière.

M. HILLAIRET ne connaît pas de description plus déplorable que celle que donne Hébra de l'eczéma marginé. Il confond, en effet, sous ce nom une foule d'affections diverses, qui sont, non pas de l'eczéma, mais des affections parasitaires. Parmi ces affections se trouve précisément l'herpès iris circiné, dont le parasite, le trichophyton, se propage et se communique avec une excessive facilité. M. Hillairet se rappelle avoir reçu dans son service, à l'hôpital Saint-Louis, il y a quelques années, une jeune vachère de seize ans chez laquelle on constatait l'existence de ce trichophyton sur le côté gauche du cou, sur l'épaule, passant derrière l'épaule et par devant sous le sein gauche, puis descendant vers le flanc du même côté et qui, après avoir contourné la fesse, venait s'éteindre vers la vulve. Interrogée par M. Hillairet, elle répondit : « C'est un veau qui est malade. » Mais, après l'avoir examinée, M. Hillairet lui ayant demandé si ce veau n'était pas soigné par un vacher qui, dans une conversation plus ou moins tendre, lui avait successivement passé la main droite sur le cou, sous le sein, sur le côté gauche et... le reste, cette jeune fille avoua que les choses s'étaient précisément passées de cette manière. En effet, ce vacher, qui avait les mains malades, avait ainsi semé de la graine de trichophyton sur tout son côté gauche. Cette affection se généralise donc et se communique avec une extrême facilité. Ce ne sont pas là des affections eczémateuses, mais bien des affections parasitaires, en particulier de l'herpès ou du pityriasis.

M. CORNIL fait observer que le parasite trouvé par M. Vidal sur ou dans les cellules de l'épiderme se rencontre dans ces cellules en dehors de toute éruption et sur la peau habituellement exposée à l'air.

M. MALASSEZ est d'accord en cela avec M. Cornil. Il rapporte l'observation d'une jeune femme qui présentait une série de petites plaques rouges sur la fesse et dont l'amant, étudiant en médecine, présentait absolument la même éruption sur la partie antérieure de la cuisse. Au bout d'un certain temps, ces taches se réunirent et ne formèrent plus qu'une seule et grande tache, à la périphérie de laquelle M. Malassez trouva des spores. Il fait observer à cette occasion qu'on les trouve toujours à la périphérie et jamais au centre de la tache. Ces spores présentaient une grande analogie avec les spores du pityriasis simplex du cuir chevelu. Il est vrai, comme l'a dit M. Cornil, qu'on trouve ces spores sur des peaux saines, mais alors en bien moindre quantité que lorsqu'il y a éruption. Il se passe donc là quelque chose d'analogue à ce qu'on observe pour le gazon qui n'est pas malade lorsqu'on y rencontre peu de mousse, qui l'est, au contraire, lorsque la mousse y existe en grande quantité.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le service des hôpitaux de Paris est assuré, pour l'année 1879, de la manière suivante. Les noms des chefs de service sont imprimés en petites capitales ; les noms des chefs de cliniques ou internes, en italique; ceux des externes, en caractères romains :

*Hôtel-Dieu.* — Médecins : M. le professeur G. SÉE : — *Hutinel*, chef de clinique; — Reynaud, Cochez, Pousson, Arteaga, Sauvage, de Pezzer, Gallois, Rogier, de Gennes, externes. — M. FRÉMY : — *Laurent* (Auguste) ; — Renouard, Manissolle, Legendre (P. L.), Cohen. — M. HÉRARD : — *Staekler*; — Buffet-Delmas, Bottey, Gilbert, Launois. — M. OULMONT : — *Garcia-Lavin;* — Moineau, David, Reverchon, Bernheim. — M. MOUTARD-MARTIN : — *Robin ;* — Augé, Bourdel, Dautel, Ramella. — M. EMPIS ; — *Legendre;* — Hache, Leclère, Bolot, Larat.

Chirurgiens : M. le professeur RICHET : — *Nélaton, Jalaguier, Quenu ;* Feulard, Pradignac, Pennel, Moreau (Louis), Figueroa, Darier, Œttinger, Levassor (Claudius), Petit (Nicolas-Alfred). — M. CUSCO : — *Oudin, Boursier;* — Bourgeau, Heine, Largeau, Lehmann. — M. PANAS : — *Chevallereau, Ramonède, Clément ;* — Lemarignier, Metaxas, Boinet, Outin, Rouchet, Isnard.

*Charité.* — Médecins : M. le professeur HARDY : — *Landouzy*, chef de clinique ; — Barbe, Giraudeau, Defraisse, Baralt, Lopez. — M. BOURDON : — *Faisans* ; — Janin, Dunoyer, Dubief, Astier. — M. BERNUTZ ; — *Chatelin ;* — Duroselle, Massot, Durand (Félix), Lafaye. — M. VULPIAN : — *Cuffer ;* — Narich, Chayé, Courbatieu, Mareiguey. — M. LABOULBÈNE : — *Poulin;* — Boé, Séné, Bernard (Léon). — M. CHAUFFARD : — *Arnozan ;* — Chatellier, Olivier (Jules), Chevantais. — M. le professeur GOSSELIN : — *Variot, Bellouard, Brocq ;* — Leudet, Paris, Pistionne, Clément, Costiches. — M. TRÉLAT : — *Benoît, Boraud;* — Uribe, Bostez, Marand.

*Pitié.* — Médecins : M. le professeur LASÈGUE : — *Tapret*, chef de clinique; — Mesnet, Rattel, Olive, Vazeille, Lermoyez. — M. GALLARD : — *Duvernoy ;* — Berthelot, Sédillot, Gomot, Vidal-Solares, Guadalupe (remplacé par Mossmann). — M. DESNOS : — *Veil;* — Angulo, Fibich, Tallias, Goujon-Beauchamps. —

M. Dumont-Pallier : — *Aigre;* — Colin, Lévy (Édouard), Gendron, Sanglé-Ferrière. — M. Peter: — *Letulle ;* — Durand-Fardel, Gagnon, Debrun du Boisnoir, Mossé.— M. Brouardel: —*Bassard;*— Gérente, Bouley, Finot, Richardière.

Chirurgiens : M. le professeur Verneuil : — *Weis, Bide, Leroux (Ch.) ;* — Binet, Lévêque, Clozier, Compte, Labbé (Edmond), Metaxas (Gérasime) ; — M. Polaillon : — *Boudet de Paris, Carafi, Méricamp ;* — Bucquet, Chanut, Audoin, Bernard (Ant.), Diaz.

Beaujon.— Médecins: M. Gubler: — *Hannequin;* — Chaumonet, Amirauet, Levaillant, Tissier, Iscovescu. — M. Millard: — *Chuquet;* — Wickham (Edmond), Crosnies de Varigny, Ferrand (Maxime), Lacharrière. — M. Guyot: — *Savard;* — Chuvien, Pautry, Amyot, Duflocq, Baron. — M. Gombault : — *Faucher;* — Grosclaude, Gauté, Cotreuil, Millet (Ernest).

Chirurgiens : M. Le Fort; — *Raymondaud, Blin, Poirier;* — Malibran, Bailly, Perrachon, Collet, Lacronique, Chopart, Queudot. — M. Tillaux; — *Letousey, Robert (Alph.);* — Longbois, Marchand, Brochard, Queyrat, Picquechef.

Lariboisière. — Médecins : M. Ferréol : — *G. de Marignac;* Deschamps, Lemoine, Weisgerber, Meunier. — M. Jaccoud: — *Sabourin;* — Callais, Millet (Joseph), Hublé, Poussié. — M. Siredey: — *Mayor;* — Bourguet, Guinard, Labesque, Lemonnier, Wickam (Henri), Morel, Rodet, Lebreton. — M. Proust : — *Ballet;* — Coulon, Garyam, Mancet, Bursaux. — M. C. Paul: — *Boussi;* — Beauvalet, Vauthier, Goureau, Saissinel. — M. Raynaud : — *Gille, Gastaud;* — Gulat, Nicolas, Lebreton, Ribetou, Jouin (Paul).

Chirurgien : M. L. Labbé; — *Piéchaud, Castex, Labbé;* — Hulot, Dehamer, Regeard, Pignol, Schwing, Poupon, Chevassos. — M. Duplay: — *Levrat, Mossé, Reynier, Béclère;* — Auvard, Chaput, Brulard, de Molènes, Pignot, Rousseau (Théod.), Simon, Cayla (Alex.).

Necker. — Médecins : M. le professeur Potain; — *Barié*, chef de clinique; — Didion, Rivet, Courtade, Liébaut.— M. Delpech : — *Bertheux;* — Chassagnette, Salat, Dhourdin, Détis. — M. Blachez: — *Béringier ;* — Chéron, Quinquetou, Imbert, Blé. — M. Ollivier : — *Chambard;* — Comte-Lagauterie, Lecoq, Luc, Bonamy.

Chirurgiens: M. le professeur Broca: — *Lataste, Féré, Laurand;* — d'Olier, Laussedat, Gayot, Goy, Monnier (Louis-F.), Ducluzaux. — M. Guyon: — *Segond, Monod, Bazy;* — Dagincourt, Negel, Soyer (Charles), Brossard, Guiter, Cayla (Jean-André).

Cochin. — Médecin : M. Bucquoy: — *Barth;* — Fleurs, Boulland, Basset, Chibierge.

Chirurgiens: M. Desprès: — *Ovion, Ramonat, Petit;* — Luce, Ranguedat, Jacquelot, Duchemin, Braud, de Ladrière. — M. Lucas-Championnière: — *Doléris;* — Lacaille.

Saint-Antoine. — Médecins: M. Mesnet: — *Gauchas;* — Marey, Debelut, Dupont, Hue (Alph.). — M. Lancereaux: — *Lapierre;* — Guéneau de Mussy, Buret, Bonnaire, Ricard, Lesur. — M. Beaumetz: — *Dubar;* — Chantemesse, Olivier (Jean-Paul), Périer, Pujol, Restrepo. — M. Fernet: — *Leroux (Henri);* — Desplous, Séglas, Ladroitte, Luquet. — M. Cornil: — *Bar;* — Manaud, Deniau, Livet, Thomas (René), Jardet. — M. Hayem: — *Gautier;* — Cadet, Calmeau, Reyne, Gabre-Rousseau. — M. Rigal: — *Barthélemy;* — Dhomont, Faurot, Renard, Trichet.

Chirurgiens: M. B. Anger: — *Jousset, Girou;* — Ozenne (prov.), Bouicli, Brionne, Lefèvre, Reuet, Maritoux, Hamonie, Lhoste. — M. Périer; — *Bénard, Rouxeau;* — Pasquet, Roux, Turquet, Aron, Jarry.

Saint-Louis. — Médecins: M. Hillairet: — *Brault;* — Bagnéris, Cahier, Lhuillier, Bouchet. — M. Lailler: — *Vermeil;* — Noguès, Bouquet, Farcy, Fournier. — M. Guibout: — *Chauffard;* — Courtin, Schmitt, Gaudry, Capelle. — M. Vidal: — *Deschamps;* — Sheahan, Mook, Momon, Sapelier. — M. Besnier: — *Brun;* — Reynard, Cambrillard, Dutertre, de Langenhagen. — M. Fournier: — *Bruchet;* — Vinache, Ferrier, Maubertier, Fontagny.

Chirurgiens : M. Péan: — *Langlebert, Lebec, Nitot;* — Aubeau, Raimbert, Dubois (Émile), Gautiez, Leprévost, Debierre. — M. Le Dentu: — *Cottin, Desnos, Labat;* — Davet, Frémont, Lévy (Alb.), Ott, Lavergne, Inglessis-Paney.

Ménilmontant. — Médecins: M. Duguet: — *Havaye;* — Lejard, Proust, Vallon, Paskowski. — M. Gérin-Roze: — *Robert (Ad.);* — Abelanet, Mathieu (Ach.), Kinzelbach, Gilson. — M. d'Heilly: — *Duplaix;* — Mauxion (A.), Réant (V.), Gillard (G.), Cochot. — M. Grancher: — *Ledoux;* — Artaud, Berthier, de Larabrie, Bridault. — M. Dieulafoy: — *Boulay (Élie);* — Lecompte, Ferrand (Edmond), Alibert, Sentex. — M. Strauss: — *Leduc;* — Lannois, Schlemmer, Tuffier, Contancin.

Chirurgiens: M. Th. Anger: — *Cerné, Boiteux, Jamin;* — Gaillard, Maison, Yvon, Galtier-Boissière, Baron (Léon). — M. Delens: — *Siredey, Berthaut, Bourey;* — Howlatt, Jauraud, Ambresin, Sauce, Audiguier.

Hôpital Laennec (ancien *hôpital Temporaire*, rue de Sèvres). — Médecins : M. Ball: — *Gauché;* — Pannier (Léonce), Coindreau, Harel, Krohn. — M. Damaschino: — *Michaux;* — Veillard, Léviste, Clado, Boucheron. — M. Ferrand: — *Latil;* — Guimaraès, Wins, Brouard, Jacquet. — M. Legroux: — *Sainton;* — Ledé, Fourguette, Varaillon, Shackmann.

Sainte-Eugénie. — Médecins : M. Bergeron: — *Rivet;* — Goix, Hoël, Cornilleau, Perrin. — M. Triboulet: — *Leloir;* — Barrère, Beaufinet, François (Georges), Dargent. — M. Cadet de Gassicourt: — *Galliard;* — Haussmann, Jumon, Soyez, Pillot.

Chirurgiens: M. Lannelongue; — *Comby, Herbelin;* — Lagrange, Carrette, Ducasse, Barlaud, Hüe (Eugène), Chabrier.

Enfants-Malades. — Médecins : M. Bouchut: — *Juhel-Hénoy;* — Lacoste, Legendre (Ernest), Letort, Ausset. — M. Labric: — *Abbadie-Tourné;* — Tisné, Philippe-Lavallée, Wuillamier. — M. Archambault: — *Gaucher ;* — Deseille, Demmler, Boureau, Bodinier. — M. J. Simon: — *Mercklen;* — Turgis, Ollive, Delotte. — M. Molland: — *Josias;* — Brunon, Menier, Guillier.

Chirurgien : M. de Saint-Germain: — *Routier, Valude;* — Beaudoin, Lestocquoy, Bertrand, Massaloux, Madet, Tripet, Humbert.

Midi. — Médecins : M. Simonet: — *Mathieu;* — Peyaud, Ferrand (Léon), Dupret. — M. Mauriac: — *Guiard;* — Gibier, Champeil, Sombret.

Chirurgiens : M. Horteloup: — *Dieterlen;* — Couenon, Coste, Charles.

Lourcine. — Médecins : M. Martineau: — *Derignac;* — Heulz, Laurent (Émile), Duchasselet. — M. Rendu: — *Bruneau;* — Jarry, Nicolas (Adolphe), Dubar.

Chirurgien : M. Nicaise: — *Lalesque;* — Guerrier, Rey-Barreau, Rozemont-Malbot.

Accouchements. — Médecin : M. Hervieux: — *Olivier.*

Chirurgien : M. Tarnier: — *Maygrier.*

Cliniques. — M. le professeur Depaul; — *Budin*, chef de clinique; — Crouzat, Jobim, Dauchez.

Maison de Santé. — Médecins: M. Lecorché: — *Valamon;* — Socquet, Van Denabeele, Cailleret. — M. E. Labbé: — *Süss;* — Roussel, Magnin, Privé.

Chirurgiens : M. Cruveilhier: — *Liandier, Le Clerc;* — Salnette, Leroux (Paul). — M. Marc Sée: — *Germont, Trousseau;* — Gourgues, Lebrun.

Salpêtrière. — Médecins : M. Charcot: — *Brissaud;* — Michelena, Villard, Weill, Couillault. — M. Luys: — *Marie;* — Descourtis, Pousset, Blanc, Couette. — M. Voisin: — *Coudray;* — Boyer, Pluyaud. — M. Moreau: — *Jouin;* — Jouliard. — M. Delasiauve: *Haranger;* — Boucher.

Chirurgien : M. Terrier; — *de Fontaine;* — Mauny, Grégoire, Bonfils, Damée.

Bicêtre. — Médecin : M. Bouchard: — *Netter;* — Berne (prov.). — M. Legrand du Saulle: — *Hermil;* — Martinet (prov.). — M. Falret; — *Delpeuch;* — Walther (prov.).— M. . . . . . . : — *Masson;* — Millet (Pierre-Joseph) (prov.).

Chirurgien : M. Gillette: — *Assaky, Capitan;* — Verchère (prov.).

Enfants-Assistés. — Médecin: M. Parrot; — *Vimont;* — Oudiné, Moreau (Paul).

Chirurgien: M. Guéniot: — *Suchard;* — Chassaing, Grenier.

Incurables. — Médecin: M. Audhoui; — *Labbé;* — Pioger et Greffier (prov.), Piogey, Dericq.

Ménages. — Médecin : M. Bernard ; — *Barette ;* — Verneuil (prov.).

Sainte-Périne. — Médecin : M. Descroizilles ; — *Luizy ;* — de Lapersonne (prov.).

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Bergeron, préparateur adjoint, est nommé préparateur de géologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Vélain, appelé à d'autres fonctions.

M. Vasseur, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur adjoint en remplacement de M. Bergeron, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.* — M. Péry, médecin adjoint des hôpitaux de Bordeaux, est chargé des fonctions de bibliothécaire à la Faculté.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Amagat, agrégé, est nommé maître de conférences d'histoire naturelle médicale à ladite Faculté, pendant l'année scolaire 1878-1879.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.* — M. Chènevier, professeur de clinique externe, est nommé professeur de thérapeutique et d'hygiène à ladite école (emploi nouveau).

M. Saillard, professeur adjoint, est nommé professeur de clinique externe, en remplacement de M. Chenevier, appelé à d'autres fonctions.

M. Faivre, professeur adjoint, est nommé professeur de pharmacie et matière médicale à ladite école.

M. Moquin-Tandon, professeur à la Faculté des sciences de Besançon, est nommé en outre professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville (emploi nouveau).

— *École de médecine de Marseille.* — Les lauréats de l'École pour l'année scolaire 1877-1878 sont :

*Élèves en médecine.* — Première année. — Premier prix, M. Reynal ; second prix, M. Bidon ; mention honorable *ex æquo*, MM. Boy et Santelle.

Deuxième année. — Premier prix, M. Giraud (Fernand), second prix *ex æquo*, MM. Grenier et Roux ; mention honorable, M. Folacci.

Troisième année. — Pas de premier prix : second prix, M. Cousin ; mention honorable, M. Alizais.

*Élèves en pharmacie.* — Première année. — Pas de prix ; mention honorable, M. de Rocca-Serra.

Deuxième année. — Premier prix, M. Sivan ; second prix, M. Nicolas ; mention honorable, M. Cabane.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons avec les plus vifs regrets la mort d'un de nos plus éminents professeurs de la Faculté de médecine et ancien doyen, M. Ambroise Tardieu.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 6. — JEUDI 16 JANVIER 1879. 52e ANNÉE JEUDI 16 JANVIER 1879. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Lorsque l'Académie de médecine vient de perdre un de ses membres les plus célèbres ou un de ses anciens présidents, il est de coutume que la séance soit levée en signe de deuil. Cette fois il s'agissait d'honorer la mémoire de M. Ambroise Tardieu, ancien président, ancien doyen de la Faculté de médecine, dont il serait superflu de faire ici l'éloge, car à quoi bon rappeler ce qui est dans le souvenir de tous, ou des livres qui sont entre toutes les mains?

Il n'y a donc pas eu de séance proprement dite : ni lecture, ni discussion; seulement une élection de membre titulaire que l'on n'a pas voulu remettre.

Dr Victor Revillout.

## HOPITAL COCHIN. — M. Desprès.

### Calcul vésical développé autour d'un fragment de sonde. — Broiement du calcul. — Extraction de la sonde. — Guérison.

Observation recueillie par M. Mary, interne du service.

O... (Pierre), âgé de soixante-dix ans, charpentier, entré le 10 septembre dans le service de M. Desprès, salle Saint-Jacques, lit n° 1.

Depuis deux ans, ce malade souffre, à certains moments, d'une rétention d'urine qui l'oblige à se sonder plusieurs fois par jour. Cette rétention, causée par une hypertrophie de la prostate, ne se reproduit, du reste, qu'à d'assez longs intervalles, pendant lesquels l'urine est normale et la miction facile; aussi l'état général ne semble-t-il pas en avoir souffert. Lorsqu'il est obligé d'avoir recours à la sonde, le malade s'en sert assez habilement pour qu'elle pénètre sans difficulté.

Au commencement du mois de mai de cette année, il remarqua que la sonde qu'il employait depuis longtemps déjà était presque complètement usée; il l'introduisit cependant dans la vessie, et, ayant éprouvé quelque difficulté pour la retirer, il fit un léger effort qui eut pour résultat de briser la sonde à 3 ou 4 centimètres de son extrémité vésicale, disait-il : ce fragment détaché resta dans la vessie, tandis que le reste de l'instrument fut facilement retiré.

Depuis cette époque, la rétention d'urine se reproduisit plus souvent, les envies d'uriner devinrent plus fréquentes, les urines se troublèrent, et il commença à éprouver, dans les reins, dans le bas-ventre et jusqu'à l'extrémité du gland, des douleurs violentes qui le décidèrent à demander son entrée à l'hôpital.

Au moment de son entrée, l'état général est aussi satisfaisant que possible, jamais le malade n'a eu de fièvre, l'appétit est conservé, et les fonctions digestives sont intactes. L'urine un peu chargée donne lieu à un dépôt muqueux qui ne contient pas de pus. Il n'a pas rendu de calculs, et jamais il n'a uriné de sang.

Le 11 septembre, M. Desprès, supposant, en raison de ces commémoratifs, l'existence d'un calcul ayant le bout de sonde pour noyau, introduit dans la vessie un brise-pierre à cuiller, à petite courbure, n° 2 de Charrière, qui donne immédiatement lieu au choc caractéristique. Le brise-pierre est introduit facilement, non graissé, sans injection d'eau préalable; on avait injecté seulement dans l'urèthre, suivant les habitudes de M. Desprès, une petite seringue d'huile pour faciliter le glissement. Après quelques recherches, la pierre est saisie, produisant un écartement d'un centimètre et demi environ entre les deux mors; elle est si friable qu'une légère pression suffit pour les rapprocher, sans qu'il soit besoin de recourir à l'écrou; l'instrument est retiré aussitôt, ses cuillers sont engorgées de poussière calculeuse, au milieu de laquelle se trouvent seulement de petits fragments noirâtres provenant du vernis de la sonde. Cette première séance qui semble avoir été assez douloureuse a duré une minute et demi. Le doigt introduit dans le rectum permet de constater une tuméfaction notable de la prostate qui est lisse et également développée dans ses différents diamètres. On prescrit le repos au lit, des cataplasmes sur le ventre, deux lavements chauds et 0gr,50 centigrammes de sulfate de quinine.

11 septembre soir. — Température 37,3; un peu d'agitation dans la journée, les douleurs se sont calmées au bout de deux heures, les urines sont sanguinolentes, mais ne renferment ni calculs ni fragments de sonde. Pilule d'opium de 0,05 centigrammes.

12 septembre matin. — Le malade a dormi une partie de la nuit, la miction a été facile, l'urine toujours épaisse contient moins de sang que la veille, elle donne lieu à un dépôt blanchâtre renfermant de petits graviers et de petits débris du tissu de la sonde. Température 37,2; on laisse reposer le malade.

12 septembre soir. — Température 37,3; pas de changement dans l'état général; le malade souffrant assez vivement pendant la miction, on fait une injection d'huile dans l'urèthre, pour faciliter l'expulsion des calculs qui auraient pu s'engager dans le canal.

13 septembre matin. — 2e séance. M. Desprès reprend les tentatives de broiement, la pierre est saisie et écrasée à différentes reprises, ce qui se fait toujours avec la plus grande facilité; les cuillers ramènent des débris de calcul et de petits morceaux de vernis de la sonde; les douleurs sont aussi vives que pendant la

première séance, la durée de l'opération ne dépasse pas une minute: même traitement que le premier jour.

13 septembre soir. — Température 37,9. Injection d'huile dans l'urèthre; vives douleurs pendant la journée, produites par l'expulsion de petits graviers en assez grande quantité; l'urine contient une quantité de sang qui la colore en rouge brun foncé.

16 septembre. — 3e séance de lithotritie; on écrase plusieurs fragments sans parvenir à saisir la sonde; à part la douleur qui disparaît assez rapidement, le malade supporte merveilleusement ces manœuvres qui ne provoquent aucune réaction générale; la langue reste humide, l'appétit est conservé, et la température n'a jamais dépassé 38. Les caractères de l'urine révèlent cependant une irritation vésicale assez vive; elle est opaque, blanchâtre, et laisse déposer un sédiment muco-purulent qu'on n'observait point les jours passés.

17 septembre. — Les douleurs pendant les mictions sont plus vives; plusieurs graviers ont été expulsés avec un morceau de sonde de huit millimètres de long sur quelques millimètres de large. Tisane de bourgeons de sapin.

18 septembre. — 4e séance. Les fragments sont saisis et broyés de nouveau, mais le bout de la sonde se dérobe à toutes les recherches. La durée de la séance n'excède pas une minute.

20 septembre. — Pour combattre la cystite, on applique trente pointes de feu légères sur le périnée et l'hypogastre; dès le soir, le malade accuse une amélioration très-appréciable.

22 septembre matin. — 5e séance. M. Desprès introduit le brise-pierre et constate presque immédiatement que ses branches ne peuvent plus être complètement rapprochées, même en déployant une certaine force; leur écart, du reste, est peu considérable et ne dépasse pas quelques millimètres; supposant que c'est le bout de sonde qui se trouve saisi par les cuillers, il retire aussitôt l'instrument, et ramène un fragment de sonde en gomme, du calibre 18, incrusté de sels calcaires et mesurant environ deux centimètres; bien qu'il ait été saisi par une de ses extrémités, il a déterminé, en traversant le canal, une douleur fort vive et des déchirures révélées par un léger écoulement sanguin. Comme prescriptions, lavements chauds, cataplasmes, injections d'huile et sulfate de quinine 0,50.

22 septembre soir. — Léger frisson dans la journée; l'urine renferme une forte proportion de sang, mais, depuis l'application des pointes de feu, la quantité de pus a beaucoup diminué; la douleur a persisté assez longtemps après la visite; température 38,2.

25 septembre matin. — Un second fragment de sonde assez volumineux s'est engagé dans l'urèthre; il détermine une rétention d'urine absolue. On constate facilement l'existence de ce fragment avec un cathéter métallique, ou même une simple sonde en gomme: il paraît siéger en arrière du collet du bulbe, où il est arrêté; la douleur qu'il provoque irradie jusqu'à l'extrémité du gland.

26 septembre matin. — Le malade a beaucoup souffert pendant la nuit, les urines sont toujours colorées en rouge brique; M. Desprès essaye de saisir le fragment avec la pince de Hunter, mais plusieurs tentatives restent sans résultat; il se propose de repousser le corps étranger dans la vessie.

28 septembre. — Une sonde de gomme n° 19 est introduite, et le corps étranger est refoulé dans la vessie; le malade éprouve un soulagement immédiat, mais de peu de durée, car, dans le courant de la journée, il fut pris de douleurs aussi vives que les jours précédents. Mais on permit au malade de se sonder lui-même, de sorte que le corps étranger était refoulé au fur et à mesure qu'il venait s'engager.

29 septembre. — M. Desprès reprend les tentatives d'extraction, et, après quelques essais, il saisit le bout de sonde et parvient à l'amener jusqu'à 2 ou 3 centimètres du méat. Ne pouvant sortir du méat l'instrument et la sonde, M. Desprès écarte les mors de l'instrument, lâche la sonde et retire le brise-pierre; mais de simples pressions sur le canal suffisent pour amener le bout de sonde complètement au dehors, en le faisant glisser de bas en haut. Le bout de sonde est plus long que le morceau déjà retiré et mesure environ cinq centimètres; sa surface est complètement dépouillée du vernis qui la recouvrait, on y voit encore quelques incrustations calcaires. Réuni au morceau déjà retiré, il constitue une longueur de 8 centimètres; la rupture a eu lieu à 6 centimètres de l'œil de la sonde. Cataplasmes sur le ventre, injection d'huile, 60 centigrammes de sulfate de quinine. Température 37,8.




B. — Premier morceau de sonde extrait.
A. — Deuxième morceau extrait.
(Grandeur naturelle).

29 septembre soir. — Légers frisssons dans la journée; le malade a uriné un peu de sang, le passage du brise-pierre et de la sonde avait déchiré l'urèthre, mais les douleurs sont très-supportables; le malade est encore obligé de se sonder, 38,2.

1er octobre. — L'état du malade s'améliore de plus en plus, l'urine ne renferme plus de sang ni de pus, les douleurs ont presque complètement disparu et dépendent de la cystite produite par la présence du corps étranger.

3 octobre. — La rétention d'urine exige toujours l'emploi de la sonde, néanmoins la situation du malade est tellement satisfaisante qu'il se considère comme complètement guéri, les douleurs et la fièvre ont complètement disparu, les digestions sont faciles, et il peut passer au jardin une grande partie de la journée.

10 octobre. — M. Desprès introduit pour la dernière fois le brise-pierre, afin de s'assurer qu'aucun fragment de calcul ou de sonde n'a échappé à l'instrument; après l'avoir promené dans différentes directions, il le retire sans avoir rien rencontré. Le malade, complètement débarrassé des fragments de sonde et des concrétions qui les enveloppaient, sera toujours obligé de se sonder plusieurs fois par jour, en raison de son hypertrophie de la prostate; *exeat.*

Deux mois après, le malade a été revu; il n'avait plus de troubles du côté des urines et était parfaitement guéri.

Cette observation nous a paru intéressante au point de vue classique. Toutes les indications ont été l'objet d'un traitement qui donne chaque fois les résultats que l'on en pouvait attendre. L'urèthre large indiquait la lithotritie d'emblée. L'hypertrophie de la prostate, qui est considérée comme une complication, n'a été d'aucune gêne. Aux séances courtes de lithotritie, aucun accident fébrile n'a succédé. Nous ne terminerons pas sans faire remarquer combien est facile et commode le procédé des injections de 50 grammes d'huile dans l'urèthre avant l'introduction des instruments dont M. Desprès a déjà entretenu la Société de chirurgie. Ce graissage du malade, substitué au graissage de l'instrument, facilite et rend peu pénible l'introduction du brise-pierre. M. Desprès a fait ici usage de ces injections pour faciliter aussi l'expulsion des graviers; il a une fois ou deux injecté de l'huile dans l'urèthre après une séance de lithotritie. Voici d'ailleurs comment l'on procède: 50 grammes d'huile sont introduits dans une seringue en verre de 18 centimètres; le gland, tenu entre les doigts, est serré sur le bout de la seringue pour empêcher l'huile de ressortir. On injecte sans peine 20 grammes d'huile et l'on se sent arrêté; on pousse alors le piston de la seringue en engageant le malade à uriner. Le col de la vessie s'ouvre alors, et le reste de l'huile pénètre et entre dans la vessie. On retire la seringue en pressant toujours le gland. On introduit alors le lithotriteur en empêchant l'huile de sortir. L'ins-

trument pénètre, on le voit, dans un *canal dilaté* avec la plus grande facilité et tombe dans la vessie par son propre poids. L'huile, tendant sans cesse à ressortir de la vessie, rend très-supportable le frottement de l'instrument sur le col.

---

## DE L'EXTRACTION

### ET DE LA RÉSORPTION DE LA CATARACTE (1).

Par le docteur Isaac TAMAMCHEF.

II

Ce cas m'a encouragé à tenter de nouvelles expériences sur l'influence d'un traitement résorbant chez des malades atteints de cataractes corticales.

Voici un nouvel exemple :

M. B..., âgé de quarante-huit ans, doué d'une constitution forte, pléthorique, vint me consulter.

Il m'expliqua qu'il avait toujours eu une bonne vue, que cinq jours avant sa visite il avait constaté l'obscurcissement de la vision de l'œil gauche. Il se montrait vivement affecté de son état.

Les fonctions de ses organes s'accomplissaient à peu près normalement.

Ce malade était atteint, à l'œil gauche, d'uue cataracte corticale dont on pouvait reconnaître l'existence à l'éclairage oblique.

Je lui prescrivis du proto-iodure de mercure qu'il prit pendant un mois et demi.

La cataracte commençait à s'éclaircir quand le malade renonça au traitement qui l'affaiblissait et le gênait dans ses occupations. Je lui prescrivis alors de l'iodure de potassium à l'intérieur.

Après trois mois de ce nouveau traitement, alors qu'il commençait à compter les doigts, et même à distinguer les grands caractères des échelles typographiques, bien qu'à travers un brouillard, le malade perdit patience, ne voulut plus se soumettre à la diète que je lui avais ordonnée, ce qui s'explique par le besoin impérieux qu'il avait de prendre beaucoup de nourriture.

Il remit à un autre temps de reprendre son traitement, se contentant, pour le moment, du résultat obtenu; dix mois après, il mourait subitement frappé d'apoplexie au milieu de sa famille.

Ces cas, et d'autres encore qui sont connus, prouvent la résorption du cristallin opacifié dans les cas de cataractes corticales.

Dans le dernier exemple que je viens de citer, on voit que la cataracte s'est développée chez un individu pléthorique menant une vie irrégulière, chez lequel les fonctions des organes ne s'effectuent pas avec régularité.

Bien que la science contemporaine ne nous ait pas donné une théorie précise de la formation de la cataracte chez de semblables malades, il faut admettre que les produits d'échange des substances contenues dans l'organisme et des substances étrangères transportées par le sang et les liquides de l'œil dans lesquels ces substances sont passées plus ou moins expliquent la formation de la cataracte; mais, quant au moment précis où cet échange anomal fait sentir son influence, ne connaissant pas les phénomènes physico-chimiques qui se produisent, nous ne pouvons rien affirmer.

En considérant les phénomènes pathologiques au point de vue anatomo-physiologique, il faut principalement porter son attention sur l'influence qu'exerce l'humeur aqueuse, modifiée pathologiquement, sur la capsule, c'est-à-dire sur les cellules qui tapissent sa surface interne antérieure. Ces cellules doivent être altérées par des proliférations, et influencer de leur côté la nutrition de la substance corticale du cristallin; il s'ensuit une cataracte corticale.

Ce genre de cataracte, qui peut se produire à tout âge, présente un caractère purement inflammatoire (nommé phakitis) contrairement à la cataracte sénile, qui offre le type véritable de dégénération. Ainsi, il faut admettre que la cataracte diabétique revêt un caractère inflammatoire. Comme nous venons de le dire à l'instant, il n'est donc pas juste de nommer la cataracte corticale cataracte *juvénile*, car elle peut se manifester à tous les âges.

Voici l'explication que l'on peut donner de l'influence d'un traitement résorbant et révulsif sur l'opacification du cristallin. Il faut croire que les remèdes passent de la circulation générale dans les liquides de l'œil et agissent *immédiatement* sur le processus inflammatoire du cristallin.

On peut admettre aussi que ces remèdes changent la corrélation fonctionnelle des différents organes, et, produisant des changements dans les maladies de l'organisme avec altération réciproque des différentes parties et des différents liquides de l'œil, amènent *médiatement* et consécutivement un changement dans la nutrition de la substance du cristallin, d'où suit l'éclaircissement des parties opacifiées.

Que l'on accepte l'une ou l'autre de ces explications, on devra reconnaître l'existence de cas, malheureusement trop peu nombreux, où, sous l'influence d'un traitement intérieur résorbant et révulsif, on a vu s'éclaircir des cristallins cataractés.

Ces cas favorables imposent la nécessité d'élargir le terrain de ces expériences, et d'étudier l'application de l'iodure de mercure et de l'iode sur ces maladies.

J'ai eu l'occasion de les employer assez fréquemment, d'autant plus que tous les malades ne consentent pas à subir une opération, et, en tous cas, n'y consentent qu'à contre-cœur. J'ai observé l'effet de ces médicaments pendant plusieurs mois.

Les résultats ne sont pas toujours identiques. Dans plusieurs cas j'ai vu l'opacité diminuer dans les parties périphériques du cristallin d'une quantité que j'ai pu évaluer avec précision sur des pupilles dilatées par l'atropine.

D'autres fois j'ai pu observer la segmentation de la partie opacifiée dans les parties centrales du cristallin.

Il faut admettre que l'influence de ces remèdes se fait aussi sentir par l'arrêt qu'ils produisent dans le développement des cataractes.

Il est très-intéressant d'étudier la résorption de la cataracte dans les cas où celle-ci s'est produite sans traumatisme, sans lésions, toutes les parties de l'œil, en un mot, ayant conservé leur intégrité, et dans les cas où elle est consécutive à un traumatisme, à la pénétration dans l'intérieur de l'œil de corps étrangers, tels que des paillettes de fer, des éclats de bois ou de verre.

Il arrive qu'en retirant ces corps étrangers du cristallin, l'opacification tend à disparaître peu à peu sans intervention médicale. D'autres fois, cela n'a lieu qu'après une opération telle que l'iridectomie, la discission, l'abaissement.

Dans les cas de cataracte qui ont pour cause un traumatisme, avec ou sans lésions des différentes parties de l'œil, quand l'équilibre s'est rétabli dans les liquides et les parties internes de l'œil atteint, l'opacification s'éclaircit sans l'intervention d'aucune action médiate, la nutrition du cristallin se trouvant alors dans des conditions normales.

J'ai observé un cas très-intéressant, qui se présentait à la clinique de M. le docteur Landolt, d'une malade atteinte d'une cataracte survenue à la suite d'un coup sur l'œil gauche, sans qu'il y ait eu aucune lésion apparente.

Voici cette observation :

La dame A... H..., de Bordeaux, âgée de cinquante-cinq ans, s'était toujours bien portée; jamais elle n'avait eu de maladie des yeux.

Il y a une quinzaine d'années, elle reçut sur l'œil gauche un coup porté avec une petite clef. Les paupières enflèrent subitement, au point que la malade ne pouvait plus ouvrir l'œil. On lui appliqua des sangsues à la tempe gauche, et, au bout d'un mois, le gonflement disparut et permit d'entr'ouvrir les paupières.

Mais la vision était complètement détruite, et la malade ne pouvait supporter l'éclat du jour.

Pendant deux ans, elle ne put rien distinguer de cet œil. Elle éprouvait fréquemment des douleurs siégeant sur toute l'étendue du front, et le travail fatiguait beaucoup l'œil droit. Au bout de ce temps, la vision commença à s'éclaircir, l'opacification se résor-

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 9 janvier.

bant par le bord externe du cristallin; la malade voyait, mais comme à travers un brouillard. Le trouble s'éclaircit peu à peu, et aujourd'hui elle voit à travers la capsule du cristallin sauf du côté nasal où la vue est moins nette.

On peut citer, à l'appui de ce qui précède, les cas suivants, bien connus dans l'histoire de l'oculistique.

Il y en a deux, rapportés par Warnatz (1) pendant la période qui a précédé l'emploi de l'ophthalmoscope, en 1835, où la cataracte s'est résorbée spontanément, sans déformation d'aucune des parties de l'œil.

Ed. Jaeger (2), en 1861, a communiqué plusieurs cas de résorption spontanée.

Dans la même année, Karl Ritter (3) a présenté des cas de résorption après l'abaissement du cristallin, et il a décrit ce qui s'était passé : perte de cohésion de la partie opacifiée, émiettement, rétraction des fibres, dont le contenu se répandit peu à peu et fut résorbé.

Haltenhof (4) aussi a présenté quelques cas.

Le docteur Landolt m'a cité un cas où, après l'abaissement, il constata la résorption de la cataracte.

Bretauer, à Trieste, en 1871, a parlé d'un cas où, après l'opération de la cataracte sur un œil, l'opacification siégeant sur le cristallin de l'autre œil se résorba spontanément, et avec cet œil le malade, à l'aide de verres convexes $+ 1/6$, a une vision $= 20/40$.

Becker (5) le cite dans son ouvrage sur les maladies du cristallin.

Dans les cas de lésions des parties de l'œil, quand, par exemple, un corps étranger est entré dans le cristallin et l'a cataracté, en retirant la cause de la maladie, on voit la cataracte s'éclaircir peu à peu.

J'ai vu, en 1866, dans la clinique de Arlt, le professeur retirer d'un cristallin opacifié un fragment de fer, et la cataracte se résorber. Ce cas est décrit dans les *Berichten der Wiener Augenklinik*, p. 91.

Deux ans après, à Berlin, j'ai été témoin d'un fait semblable; j'ai vu de Graefe extraire un corps étranger d'un cristallin opacifié, et cette opacification s'éclaircir à la suite de l'opération.

Moi-même, j'en ai rencontré de semblables.

Il existe aussi un cas semblable chez Desmarres, relaté dans la *Chirurgie oculaire*, p. 96.

Un fait assez rare, c'est le cas que m'a cité M. de Wecker, qui, après une iridectomie, a vu une cataracte se résorber.

D'autre part, d'après les observations de Snellen (6), il est prouvé que les iridectomies hâtent la maturation des cataractes.

Quoi qu'il en soit, les rapports et l'influence de l'iridectomie sur le cristallin sont inexplicables.

Je livre à la publicité ces observations et ces considérations, dans le but d'appeler l'attention de mes confrères oculistes sur les différents phénomènes que présente l'œil sous l'influence des remèdes internes.

Je le fais d'autant plus qu'il existe bien des observations de résorption de la cataracte, mais les circonstances qui l'accompagnent et les conditions dans lesquelles elle s'effectue sont peu connues.

Des recherches précises sur le développement même de la cataracte donneraient de nouveaux aperçus pour les cas où il faut avoir recours à des remèdes internes ou à l'opération, pour ceux où il faut employer la méthode conservatrice de l'iris, ou bien enfin ceux où l'iridectomie serait nécessaire pour l'extraction de la cataracte.

Le cristallin normal est l'une des parties les plus importantes de l'œil au point de vue scientifique. Ses fonctions physiologiques sont bien définies, mais ses altérations pathologiques sont moins connues. Ces altérations provoqueront toujours des recherches qui ne sont pas complètes encore; et l'étude du traitement de ces affections occupera les médecins de l'avenir, comme nos devanciers, depuis les temps reculés jusqu'à nos jours, ont tenté de faire luire la lumière sur ces obscurités et de faire bénéficier l'humanité de leurs découvertes.

(1) Warnatz. *Resorptio cataractæ spontanea. V. Ammon. Z. f. d. O. V.*, p. 49-50.

(2) Ed. Jaeger. *Oestr. Zeitschrift f. pract. Heilkunde*, nn. 31-32.

(3) K. Ritter. *Arch. f. Opht.*, VIII, 1.

(4). Haltenhof. *Cataracte traumatique luxée, résorption spontanée* (*Bulletin de la Société de la Suisse romande*, n° 12).

(5) Otto Becker. *Pathologie und Therapie des Linsensystems*, p. 309.

(6) *Path. und Therap. des Linsensystems*, Otto Becker, p. 311.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 janvier 1879. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux d'Andabre et du Cayla pour l'année 1878 (commission des eaux minérales).

La correspondance non officielle comprend : 1° un travail manuscrit de M. le docteur Nivalet (de Commercy), intitulé : *La contagion variolique; prophylaxie; revaccinations;*

2° Un travail manuscrit de M. le docteur de Bernard, intitulé : *Rapport sur les opérations de vaccine pratiquées pendant l'année* 1878 *dans les trois cantons de Grenoble* (*Isère*) (comm. des épidémies).

### MORT DE M. TARDIEU

M. le Président fait part à l'Académie de cette mort dans les termes suivants :

« La science médicale vient de faire une grande perte : notre collègue M. Ambroise Tardieu a succombé dimanche matin aux suites de la longue et douloureuse maladie dont il souffrait depuis plusieurs années.

« Il laisse un grand vide parmi nous, mais il en laisse un non moins grand dans la société parisienne, je dirai même dans la société française tout entière, où il occupait une si large place.

« Peu d'existences ont été aussi bien remplies que la sienne. Partout, dans toutes les sociétés savantes où il avait été admis, il avait occupé la première place et avec la plus grande distinction. Comme professeur et doyen de la Faculté de médecine, comme médecin et président de l'Association des médecins de France, comme membre, puis président du Conseil d'hygiène, comme médecin légiste auprès des tribunaux, et enfin comme membre et président de notre compagnie, partout il avait su conquérir, par sa prodigieuse facilité d'élocution, non moins que par la rectitude de son jugement et la parfaite aménité de son caractère, les suffrages unanimes de ses collègues.

« L'Académie s'associera au deuil général causé par cette mort depuis longtemps prévue, et je suis certain d'être votre interprète en adressant à la digne veuve de votre collègue et à son fils mes sincères et légitimes compliments de condoléance. »

En signe de deuil, le conseil de l'Académie a décidé que la séance serait levée aussitôt après l'élection, portée à l'ordre du jour.

### ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

La commission présente : en 1re ligne, M. Bourgoin; en 2e ligne, *ex æquo*, MM. Grassi et Méhu; en 3e ligne, M. Baudrimont; en 4e ligne, M. Prunier.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 73, majorité 37, M. Méhu obtient 33 suffrages, M. Bourgoin 28, M. Grassi 8, M. Baudrimont 4.

Au second tour de scrutin, le nombre des votants étant de 74, majorité 38, M. Bourgoin obtient 39 suffrages, M. Méhu, 35.

En conséquence, M. Bourgoin, ayant obtenu la majorité, est proclamé membre titulaire pour la section de pharmacie.

La séance est levée à quatre heures.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Addition à la séance du 4 janvier 1878.

Présidence de M. Paul BERT.

**Des caractères typographiques. — M. JAVAL**, continuant la communication qu'il a commencée dans la dernière séance, aborde l'étude de la forme des lettres en typographie. Il ne faut pas croire, dit-il, que le lecteur, en lisant une ligne, passe successivement de la partie inférieure d'une lettre à la partie supérieure, puis redescende à la partie inférieure de la lettre suivante et ainsi de suite, de telle sorte que le regard suivrait une ligne brisée; il n'en est rien. La fixation se fait avec une extrême précision suivant une ligne droite passant par l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs des lettres pleines. Pourquoi cette ligne, au lieu d'être au milieu, se trouve-t-elle plus rapprochée de la partie supérieure que de la partie inférieure des lettres ? parce que les accidents sont plus fréquents en haut qu'en bas, dans la proportion de 75 pour 100. Il suffit, pour s'en rendre compte, d'appliquer sur une ligne de caractères typographiques une feuille de papier couvrant la ligne dans ses deux tiers inférieurs et ne laissant à découvert que le tiers supérieur des lettres; on voit qu'on peut lire ces lettres presque aussi bien que si elles n'étaient pas en grande partie cachées. Il n'en est pas de même si, inversement, on couvre les deux tiers supérieurs de la ligne, le tiers inférieur seul des lettres ne suffisant pas pour qu'on puisse les reconnaître. La caractéristique des lettres se trouve donc surtout dans leur partie supérieure.

Comparant ensuite les caractères anciens avec ceux des livres modernes, M. Javal s'applique à démontrer que ces derniers présentent beaucoup trop d'uniformité entre eux et blâme cette coutume qui veut que les graveurs cherchent à donner aux lettres le plus d'uniformité possible, de telle sorte que, prises seulement dans leurs parties supérieures, beaucoup d'entre elles se ressemblent et peuvent se confondre dans la lecture. Les lettres anciennes, au contraire, avaient chacune un signe particulier qui permettait aisément de les distinguer des autres lettres. L'*a* elzévirien, par exemple, ne ressemblait en rien à l'*o*; l'*r* ne pouvait être confondue avec l'*n*, comme aujourd'hui, le *c* ou l'*e* avec l'*o*, le *b* avec l'*h*, etc. Nous devrions donc nous appliquer à ne pas donner trop d'uniformité à la partie supérieure de ces caractères typographiques, puisque c'est surtout sur cette partie que se porte le regard.

**Hémorrhagie cérébrale probablement due à l'abus de l'iodure de potassium. — M. HALLOPEAU** cite un cas qui semble montrer que l'iodure de potassium à hautes doses peut donner lieu à des hémorrhagies dans les centres nerveux. Il s'agit d'un syphilitique, d'une trentaine d'années, qui prit par jour, pendant assez longtemps, de 6 à 8 grammes d'iodure de potassium, sans autres accidents apparents qu'une poussée de purpura à la jambe. Un jour, ce malade, qui n'avait aucune affection du cœur ni des centres nerveux, fut pris d'un étourdissement à la suite duquel il fut atteint d'une hémiplégie alterne. Cette hémiplégie ne présenta aucun des caractères des paralysies d'origine syphilitique; elle apparut brusquement. Il est donc vraisemblable que cet ictus hémorrhagique a été provoqué par l'iodure de potassium. Celui-ci agit-il ainsi par l'iode ou par le sel de potasse?

Il est probable que c'est par l'iode, attendu que le bromure de potassium donné à des épileptiques à la dose de 10 et 12 grammes ne produit jamais d'accidents hémorrhagiques, tandis que M. Fournier a décrit un purpura iodique.

M. CORNIL fait observer que généralement l'iodure de potassium commence par agir sur la muqueuse gastrique, avant de déterminer aucun autre accident.

M. HALLOPEAU répond que ce malade n'a jamais eu de troubles gastriques.

M. LEVEN a, en ce moment, dans son service, un malade profondément syphilitique qui, à Vienne, a pris jusqu'à vingt grammes d'iodure de potassium par jour, sans jamais éprouver aucun accident.

M. HALLOPEAU fait observer qu'il y a des idiosyncrasies telles que M. Fournier a vu apparaître le purpura iodique chez des malades qui n'avaient pris encore que quelques centigrammes d'iodure de potassium.

**Malformation congénitale du membre supérieur. — M. LELOIR** communique à la Société une observation de malformation congénitale du membre supérieur gauche dont était atteinte une femme de quarante-cinq ans morte cardiaque dans le service de M. Vulpian.

L'avant-bras gauche était notablement atrophié. La main ne possédait que trois doigts, le pouce, l'index, et un autre doigt long et volumineux, d'ailleurs absolument dépourvu de mouvements comme l'index.

La dissection des nerfs, vaisseaux et muscles permit de constater un grand nombre d'anomalies des plus curieuses.

Le cubitus était atrophié fortement dans son tiers inférieur.

Le carpe était réduit à trois os : un premier os représentant évidemment le trapèze et peut-être le scaphoïde, un os moyen, volumineux, représentant le grand os et l'os crochu réunis probablement, enfin le pisiforme.

Le squelette du pouce et de l'index était normal, quoique atrophié.

Le squelette du troisième doigt tendrait à le faire considérer comme le médius. Mais la disposition des muscles et des nerfs au niveau de cette partie interne de la main, la persistance du pisiforme, pourraient peut-être autoriser à le considérer comme le médius et l'auriculaire réunis.

Le squelette et le moulage de ce bras ont été déposés au musée Dupuytren, et une note détaillée sera publiée à ce sujet dans les Bulletins de la Société anatomique.

Il est à noter que le cordon latéral gauche de la moelle (côté de l'anomalie) était assez notablement atrophié.

Les membres et les autres viscères étaient normaux. Il n'y avait rien de particulier à noter au point de vue de l'hérédité, soit chez les ascendants, soit les descendants.

---

Séance du 11 janvier 1879. — Présidence de M. Paul BERT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

### COMMUNICATIONS

**Effets de l'application d'un aimant chez une hystérique. — M. LANDOUZY** rapporte le fait suivant, qu'il a récemment observé à l'hôpital de la Charité. Il s'agit d'une hystérique gravement atteinte, que l'application d'un aimant plonge dans une léthargie et une anesthésie complètes. Aussitôt qu'on écarte l'aimant, elle revient à elle, et sent alors les piqûres qu'on lui a faites pendant son sommeil. La respiration, la circulation, la température ne sont nullement modifiées pendant ce sommeil léthargique. C'est à l'instigation de M. Charcot que M. Landouzy a pratiqué ces expérimentations.

Cette malade, dans ces temps derniers, était tellement tourmentée par le clou hystérique et un météorisme très-prononcé du ventre, qu'on était obligé de lui faire des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine; M. Landouzy a remplacé ces injections par des applications d'aimant de deux ou trois heures de durée.

Il faut avoir soin de fermer les yeux de la malade avant de procéder à l'application de l'aimant. Chaque fois, les phénomènes se sont reproduits avec la même régularité.

M. BERTHELLOT fait observer qu'il eût été utile, dans ces expérimentations, de prendre tantôt un véritable aimant, tantôt un faux aimant, puis de se mettre à l'abri de toute simulation de la part de l'hystérique.

Il rappelle, à cette occasion, l'histoire de la jeune fille dite électrique, qui a pu ainsi, pendant assez longtemps, tromper les observateurs les plus expérimentés.

M. GALIPPE rappelle que récemment un dentiste de Rouen a été condamné pour avoir plongé une jeune fille dans un état hyp-

notique, et s'être ensuite porté sur elle à des faits délictueux. Or il serait intéressant de savoir, au point de vue de la médecine légale, si la malade de M. Landouzy, une fois plongée dans cet état léthargique, pourrait être facilement victimée de la même façon.

M. LANDOUZY, bien que n'ayant pas poussé l'expérimentation aussi loin que semblerait le désirer M. Galippe, peut affirmer que, pendant ce sommeil léthargique, on pourrait faire de cette femme tout ce qu'on voudrait, sans qu'elle en eût la moindre conscience.

M. LANDOUZY donne à M. Berthellot quelques explications qui prouvent qu'il s'est entouré de toutes les précautions désirables pour se mettre à l'abri de toute simulation de la part de cette malade.

M. BUDIN fait observer qu'il est d'autant plus nécessaire de s'entourer de toutes les précautions que tous les faits de cet ordre sont aujourd'hui traités de très-haut et niés par la plupart des cliniciens anglais.

M. LANDOUZY dit qu'en effet les journaux anglais vont jusqu'à nier le transfert de l'hémianesthésie des hystériques, alors que tous les médecins qui ont assisté aux leçons de M. Charcot à la Salpêtrière ont vu, non-seulement le transfert de l'hémianesthésie, mais même celui de la contracture, s'opérer chez plusieurs malades avec une constante régularité chaque fois qu'on l'a voulu.

M. BOURNEVILLE ajoute que les précautions les plus minutieuses sont prises à la Salpêtrière pour éviter toute erreur. Outre que la présence seule de M. Charcot à ces expériences devrait suffire pour leur donner tout le caractère d'authenticité désirable, on s'entoure de tous les moyens possibles pour ne pas être trompé. Ainsi, on a fait fabriquer de faux aimants avec lesquels on n'a jamais rien obtenu.

M. REGNARD, de son côté, rapporte plusieurs faits qui montrent que les médecins anglais dont il est question, en particulier M. Carpenter, ne sont pas au courant des faits tels qu'ils se passent et en arrivent à nier les choses les plus évidentes. Il semble véritablement que l'on ait affaire plutôt à des philosophes qui ne cherchent que la discussion qu'à des savants qui veulent s'instruire.

M. PAUL BERT a reçu une brochure dans laquelle se trouvent résumées les opinions des médecins anglais sur tous ces faits. Bien que le doute ne soit pas possible, on ne saurait trop se renfermer dans les strictes limites de la méthode expérimentale afin de ne donner prise à aucune suspicion.

**Évolution des tænias.** — M. MEGNIN a fait récemment l'autopsie d'un cheval mort de péritonite par suite de perforation accidentelle de l'intestin et chez lequel il trouva de chaque côté de la perforation deux poches contenant des échinocoques se transformant en tænias inermes. Ces derniers avaient de 4 à 8 millimètres de long. Chez un autre cheval dont il fit également l'autopsie, M. Megnin trouva à la partie inférieure de l'intestin une énorme poche contenant des tænias perfoliatas. Il se propose de faire des expériences sur ce sujet et en communiquera les résultats à la Société.

M. TRASBOT dit qu'en effet il faudrait faire une expérience consistant à faire avaler ces échinocoques à des herbivores.

M. PAUL BERT fait observer qu'il est curieux de voir un même échinocoque donner lieu à deux tænias très-différents, suivant qu'ils sont avalés par des herbivores ou par des carnassiers. Il faudrait donc donner simultanément ces échinocoques à des herbivores et à des carnassiers, mais ne prenant encore que du lait pour nourriture, afin d'éviter toute erreur.

**Pustules d'acné.** — M. CORNIL a fait une série de recherches sur la pustule d'acné qui lui ont démontré que son point de départ était une inflammation des follicules pileux des glandes sébacées.

---

**Cri d'alarme.** Du tabac au point de vue médical, ses effets désastreux sur l'homme fait, sur l'enfant à l'école primaire, au lycée, etc., par le docteur BLANCHET. In-18. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

---

## PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

*Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1878.*

Par M. le docteur PASSANT.

| Arrondissements. | Hommes. | Femmes. | Enfants au-dessous de 3 ans. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| 1er | 7 | 7 | 2 | 16 |
| 2e | 14 | 17 | 3 | 34 |
| 3e | 15 | 21 | 6 | 42 |
| 4e | 17 | 26 | 5 | 48 |
| 5e | 15 | 26 | 10 | 51 |
| 6e | 10 | 16 | 5 | 31 |
| 7e | 8 | 18 | 4 | 30 |
| 8e | 3 | 4 | 1 | 8 |
| 9e | 22 | 21 | 3 | 46 |
| 10e | 11 | 25 | 1 | 37 |
| 11e | 37 | 44 | 14 | 95 |
| 12e | 18 | 18 | 4 | 40 |
| 13e | 10 | 22 | 7 | 39 |
| 14e | 30 | 32 | 13 | 75 |
| 15e | 19 | 24 | 22 | 65 |
| 16e | 5 | 1 | 2 | 8 |
| 17e | 35 | 41 | 9 | 85 |
| 18e | 23 | 37 | 8 | 68 |
| 19e | 9 | 10 | 7 | 26 |
| 20e | 25 | 48 | 20 | 93 |
| | 333 | 458 | 146 | 937 |

MALADIES OBSERVÉES.

| | |
|---|---|
| **A.** — Congestions et apoplexies cérébrales | 44 |
| Angines | 55 |
| Croup | 19 |
| Coqueluche | 2 |
| **B.** — Asthme | 32 |
| Affections du cœur | 49 |
| Bronchites aiguës ou chroniques | 59 |
| Pleuro-pneumonies | 36 |
| Congestion pulmonaire | 14 |
| **C.** — Affections et troubles gastro intestinaux | 79 |
| Cholérine | 4 |
| Dysentérie | 4 |
| Chute du rectum | 2 |
| Hernie étranglée | 11 |
| Rétention d'urine | 18 |
| **D.** — Métro-péritonite | 20 |
| Métrorrhagie | 37 |
| Fausse couche | 29 |
| Accouchement. Délivrance | 71 |
| **E.** — Névralgies | 45 |
| Névroses | 43 |
| Épilepsie | 16 |
| Convulsions | 44 |
| Aliénation mentale | 8 |
| Alcoolisme | 6 |
| **F.** — Rhumatisme. Goutte | 11 |
| Hémorrhagies internes et externes | 41 |
| Affections éruptives | 12 |
| Fièvre intermittente | 4 |
| Fièvre typhoïde | 9 |
| **G.** — Ophthalmies | 2 |
| Brûlures | 1 |
| Plaies et contusions | 37 |
| Fractures. Luxations | 21 |
| Empoisonnements | 7 |
| Asphyxie par le charbon | 5 |
| **H.** — Mort à l'arrivée du médecin | 41 |
| Total | 937 |

RÉSUMÉ DE L'ANNÉE

(*du 15 janvier au 31 décembre 1878.*)

| | Hommes. | Femmes. | Enfants au-dessous de 3 ans. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| 1er trimestre | 284 | 446 | 171 | 901 |
| 2e trimestre | 318 | 446 | 127 | 891 |
| 3e trimestre | 351 | 529 | 142 | 1.022 |
| 4e trimestre | 333 | 458 | 146 | 937 |
| | 1.286 | 1.879 | 586 | 3.751 |

Les hommes entrent dans la proportion de 1/3;
Les femmes — — 1/2;
Les enfants — — 1/7.

Le service a été assuré par 664 médecins et 106 sages-femmes.

Depuis le mois de décembre dernier, une inscription avec fond bleu et lettres blanches portant ces mots : *Secours médicaux de nuit*, est placée à l'entrée de chaque poste de police.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La *Gazette des hôpitaux* a dit très-nettement sa pensée sur le vote académique du 24 décembre 1878, concernant M. Jules Guérin.

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que M. Jules Guérin n'avait, en aucune façon, brigué l'honneur de la candidature : le Conseil d'administration de l'Académie en avait pris l'initiative, à son insu.

On comprendra encore mieux l'initiative du Conseil d'administration en apprenant que, huit jours avant cette élection, M. Jules Guérin avait offert au ministre de l'instruction publique, par l'intermédiaire de l'honorable secrétaire perpétuel de l'Académie, son musée anatomique et quatre cents peintures et dessins qui en représentent les principales pièces, — le tout ayant coûté plus de 120,000 francs, — en destination du nouvel établissement de l'Académie.

Nos lecteurs savent comment l'Académie a reconnu cette donation.

— Par décret en date du 13 janvier 1879 ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade de commandeur* : MM. Baizeau, médecin inspecteur, et Champenois, médecin principal de première classe.

*Au grade d'officier* : M. Duprat, médecin-major de première classe.

*Au grade de chevalier* : MM. Péchaud, médecin-major de deuxième classe; Sériziat, médecin aide-major de première classe; Adam, pharmacien-major de première classe; Knoll et Mégnin, vétérinaires en premier.

— Par décret en date du 14 janvier 1879, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

*Au grade d'officier* : M. Simon, pharmacien de première classe de la marine.

*Au grade de chevalier* : MM. Danguillecourt et Destrem, médecins de deuxième classe de la marine; Roux et Roussin, médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Chenevier, professeur, est nommé directeur de ladite école, pour une période de trois années, en remplacement de M. le docteur Sanderet de Valonne.

— *École de médecine de Rouen.* — La chaire de matière médicale et thérapeutique de ladite École prend le titre de chaire d'hygiène et thérapeutique. — La chaire de pharmacie et notions de toxicologie prend le titre de chaire de pharmacie et matière médicale. — La chaire de chimie médicale prend le titre de chaire de chimie et toxicologie. Il est créé, à ladite école, une chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Tours.* — Un concours pour un emploi de suppléant d'anatomie et de physiologie s'ouvrira le 1er mai 1879 à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Eczéma de la langue et de la face interne des joues.

Un homme de cinquante ans, commissionnaire, s'est présenté à la consultation de la Charité pour un cas, sinon très-rare, du moins très-curieux et très-net d'eczéma buccal. Cet homme, qui se portait bien habituellement, dit avoir eu pour la première fois, il y a une dizaine d'années, une éruption sur le cuir chevelu; en même temps il a commencé à éprouver une sensation de chaleur désagréable à la bouche, la langue et la face interne des joues sont devenues blanchâtres, et la mastication et la parole ne s'exercent depuis ce temps-là qu'avec une sensation de gêne douloureuse.

L'examen auquel s'est livré M. le professeur Hardy, en présence des élèves et des assistants à la visite, a montré des plaques blanchâtres assez étendues sur la surface de la langue, quelques-unes ayant environ la dimension d'une pièce de dix sous, constituées par un épaississement de l'épithélium, et autour de ces plaques une multitude de petits points blancs, rappelant assez bien des grains de semoule, et qui ne sont autre chose que de petites portions d'épithélium épaissi qui recouvrent et coiffent en quelque sorte les papilles de la langue. On trouve çà et là sur les côtés des plaques de petites ulcérations très-superficielles, sans induration sur leur pourtour, qui tranchent par leur couleur avec ce fond blanc. Des deux côtés on voit sur la face interne des joues des plaques semblables à celles de la langue et qui sont également constituées par des squames, des lames imbriquées d'épithélium. Il n'y a point de salivation. Le malade éprouve toujours cette sensation de chaleur à la bouche, qui a marqué le début de cette affection, et de la douleur pendant la mastication; la saveur est un peu altérée.

Enfin ce malade présente sur le bras et sur le dos des plaques rouges, squameuses, sèches, qui sont le siège habituel d'assez vives démangeaisons.

En présence de ces différents caractères, M. Hardy n'a pas hésité à reconnaître un eczéma buccal, semblable à ceux que l'on observe assez fréquemment chez les grands fumeurs, bien que l'on ne puisse pas invoquer ici cette cause, cet homme ne fumant pas. Ce diagnostic repose à la fois sur les caractères directs de la lésion de la langue et de la muqueuse buccale et sur leur coïncidence avec l'eczéma du bras et d'une partie du tronc. Ces caractères sont tels qu'il n'est possible ici de confondre cette affection avec aucune de celles qui peuvent lui ressembler plus ou moins et qui occupent souvent le même siège, telles que l'ichthyose, la stomatite générale, la stomatite syphilitique, la gomme linguale, le psoriasis, enfin l'épithélioma, qui ont chacun leur physionomie caractéristique que l'on ne retrouve pas ici. Y eût-il d'ailleurs quelques motifs d'hésiter, que la coïncidence de l'eczéma cutané suffirait à lever tous les doutes.

La circonstance que cet homme n'est pas fumeur et que sa maladie ne saurait, par conséquent, être attribuée à l'usage du tabac, est déjà une condition de pronostic favorable. Outre qu'il n'y aura pas à lutter contre une habitude souvent difficile à combattre, il y a lieu d'espérer que la maladie sera plus accessible aux moyens de traitement.

Ces moyens de traitement devront être locaux et généraux. Comme moyens locaux, on aura recours d'abord aux collutoires et gargarismes adoucissants d'eau de guimauve et de laitue; on touchera ensuite les points malades avec un pinceau trempé de glycérine à laquelle on pourra ajouter une petite proportion d'acide phénique, soit un mélange ainsi composé : glycérine, 30 grammes; acide phénique, de 10 à 30 centigrammes.

Les moyens généraux consisteront dans l'usage de tisanes dans lesquelles on mettra du bicarbonate de soude, de manière que le malade en prenne environ de 2 à 3 grammes par jour. Ce traitement devra être continué pendant des mois. S'il ne suffisait pas, si la maladie paraissait résister au bout de quelques mois à cette médication, il faudrait y ajouter l'usage des préparations arsenicales. On associerait l'arséniate de soude au bicarbonate, dans la proportion de 10 centigrammes d'arséniate pour 20 grammes de bicarbonate. On donnerait ce mélange en solution par cuillerées à bouche. Il faudra soumettre ce malade à un régime diététique sévère, proscrire les salaisons, le poisson, le gibier, tous les aliments épicés, salés ou acides. Enfin on lui fera prendre des bains à cause de l'eczéma cutané.

### Tremblement mercuriel.

Dans l'une des précédentes conférences, M. Hardy a présenté un sujet atteint de tremblement mercuriel. Bien que ce soit là un fait qui eût pu passer pour vulgaire autrefois, il n'est pas sans intérêt aujourd'hui que les exemples en

sont devenus beaucoup plus rares, par suite des progrès et des changements importants intervenus dans les industries de la dorure et dans les diverses autres industries où se manipule le mercure. Il s'agit d'un homme de trente-huit ans, ouvrier miroitier, qui est entré à la Charité pour se faire traiter d'un tremblement dont il a été atteint après dix-huit mois de travail de son industrie, et alors qu'après quelque temps de repos il avait repris l'exercice de sa profession. Le tremblement, chez cet homme, est général : il est tel qu'il ne peut ni marcher ni se tenir debout sans être obligé de chercher aussitôt un appui. S'il veut élever les bras, les porter à sa tête ou les diriger vers un objet quelconque, il ne le fait qu'avec une peine extrême, et après de grandes oscillations. Ainsi, pour porter son verre à la bouche, il est obligé de le prendre à deux mains, et encore n'y parvient-il qu'en versant une partie du liquide. Aucune des fonctions générales n'est troublée, d'ailleurs. La bouche est saine, les dents et les gencives sont intactes, l'appétit est bon, la langue nette, seulement sujette aussi au tremblement. En un mot, cet homme présente un exemple de tremblement mercuriel simple, sans stomatite.

Ce malade sera soumis au traitement par l'iodure de potassium qui a donné de bons résultats dans des cas semblables, aux bains de vapeur et aux bains sulfureux. Si ces premiers moyens ne suffisaient pas, M. Hardy se propose d'essayer chez lui le phosphure de zinc à la dose de 8 à 16 milligrammes, d'après la méthode de M. Guéneau de Mussy. On doit se rappeler avoir vu, en effet, dans les leçons cliniques de M. Guéneau de Mussy, publiées, en grande partie, dans la *Gazette des Hôpitaux* et réunies depuis en deux volumes, que notre savant confrère avait heureusement substitué à l'usage de l'huile phosphorée, qui était loin d'être exempte de dangers, le phosphure de zinc, préparation qui a l'immense avantage de se conserver inaltérée et de permettre un dosage très-exact et aussi fractionné qu'on peut le désirer.

**Tumeur testiculaire. — Castration.**

Dans l'une des dernières séances de décembre, M. Richet a pratiqué l'ablation d'une tumeur testiculaire dont l'origine et la nature sont restées incertaines, même après l'opération. L'histoire de ce cas est assez intéressante pour que nous croyions devoir l'esquisser ici.

Le malade qui s'est présenté dans le service de M. Richet, pour s'y faire opérer, est un grand et fort garçon, d'une constitution robuste et d'une taille presque athlétique, âgé de trente-six à trente-sept ans, exerçant la profession de valet de chambre. Il y a trois ans et demi, dit-il, il s'est heurté fortement le scrotum ; c'est à cette circonstance qu'il fait remonter l'origine ou tout au moins le début de sa tumeur. Mais, en rappelant ses souvenirs sur la manière dont les choses se sont passées à cette époque, on arrive à considérer comme très-probable qu'il existait déjà à cette époque une tumeur d'un volume beaucoup moindre et à laquelle le malade n'avait prêté jusque-là aucune attention et qui aurait commencé à augmenter graduellement de volume à dater de l'accident. Le coup reçu sur le scrotum n'aurait été que l'occasion de l'accroissement de la tumeur déjà existante, comme cela se voit si souvent pour les tumeurs du sein, par exemple. Ce qui porte à penser que les choses ont dû se passer ainsi, c'est que l'on n'a constaté à cette époque aucune ecchymose, ce qui fait supposer que le coup a été peu violent et que c'est dès le lendemain même que le malade s'est aperçu que son testicule était le siège d'une tuméfaction qu'il évalue dans ses souvenirs au volume d'une noix environ. Quoi qu'il en soit, aujourd'hui son testicule a le volume d'une grosse orange. Il y a un an, le malade, commençant à s'inquiéter, a vu un chirurgien qui l'a mis à l'usage de l'iodure de potassium sans effet appréciable. Un autre chirurgien a pratiqué une ponction exploratrice ; il n'est sorti que du sang. C'est après ces deux tentatives infructueuses que le malade a été adressé à M. Richet, dans la pensée qu'il n'y avait d'autre ressource que l'opération.

Voici dans quel état le malade s'est présenté à la première visite. La tumeur a le volume d'une orange. La peau n'y est pour rien, le scrotum est sain. C'est le testicule qui constitue à lui seul la totalité de la tumeur. Par suite du développement exagéré de ce testicule, l'autre, celui du côté droit, a presque disparu, remonté qu'il est jusque sous l'anneau inguinal ; la verge elle-même est refoulée à droite ; elle est, en outre, affectée de phimosis.

Au palper, on sent que la tumeur est enveloppée d'une couche très-mince de liquide. En traversant cette couche liquide on tombe sur une tumeur arrondie, bosselée, en partie élastique, en partie dure, d'une dureté ligneuse.

Ce malade a beaucoup souffert de son testicule, mais il n'en souffre plus maintenant que de loin en loin ; une partie des nerfs testiculaires ont dû être en partie détruits. Le cordon n'est pas sensiblement plus gros qu'à l'état normal, il n'est point moniliforme, comme cela se voit dans les sarcocèles, ce qui est ici un signe assez favorable. On ne constate rien d'anomal dans le pli de l'aine ni dans la région lombaire. La prostate n'est pas malade. L'examen le plus attentif du côté des reins et des voies urinaires reste complètement négatif. Le testicule seul est malade. Il faut ajouter qu'on ne trouve sur cet homme aucune trace de syphilis tertiaire. Il affirme d'ailleurs n'avoir jamais eu la syphilis. Enfin, aucune apparence de tubercules dans la poitrine.

A laquelle des nombreuses variétés de tumeurs testiculaires avait-on affaire ici ? Éliminant tout d'abord toutes les tumeurs liquides, il restait à choisir exclusivement entre les tumeurs solides. Parmi ces dernières, il y avait à rechercher si c'était une tumeur cancéreuse, une tumeur syphilitique, une tumeur par inclusion, contenant des débris fœtaux, une de ces tumeurs kystiques décrites par Ch. Robin, ou bien enfin une de ces tumeurs composites dans lesquelles le chondrome se trouve associé au fibrome et quelquefois aussi au squirrhe.

Il y avait lieu de douter que l'on se trouvât ici en présence d'un cancer. La tumeur ne présente en aucune de ses parties de point ramolli ; or on sait qu'elle date déjà de trois ans au moins, et elle n'a aucune irradiation ni aucun retentissement dans aucune des parties voisines.

L'idée d'une tumeur syphilitique devait être rejetée ici, comme nous l'avons dit plus haut, autant par l'absence de tout antécédent que par l'absence de tout signe propre à ce genre de tumeur. On sait d'ailleurs que ce malade a été déjà soumis au traitement par l'iodure de potassium sans en avoir éprouvé la moindre modification.

Avait-on affaire à l'une de ces tumeurs kystiques multiples du corps d'Higmore, avec refoulement et oblitération des vaisseaux séminifères, qu'a décrites M. Ch. Robin ? C'eût été le cas le plus désirable, parce que ces sortes de tumeurs ne récidivent jamais, tandis que la plupart des autres récidivent presque toujours. Mais il était très-difficile d'acquérir

à cet égard une certitude. Le chondrome pur du testicule est trop rare pour qu'il y eût en sa faveur quelque probabilité, tandis qu'il est beaucoup plus commun de rencontrer l'association du chondrome et du fibrome, ainsi que cela a été constaté dans une discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie à l'occasion d'un mémoire sur ce sujet. Aussi M. Richet a-t-il fini par incliner pour une tumeur composite, un chondro-fibrome probablement, peut-être mêlée à du tissu squirrheux.

Dans tous les cas ce testicule, devenu inutile physiologiquement, nuisible en empêchant cet homme de se livrer aux travaux de sa profession et de gagner sa vie, ayant résisté à toutes les tentatives de traitement et menaçant incessamment d'augmenter encore de volume, il n'y avait pas à hésiter à en faire le sacrifice. C'est à quoi M. Richet s'est déterminé séance tenante.

L'opération a été faite en trois temps : 1° incision, non pas sur la face antérieure du scrotum, ce qui expose dans la suite à la stagnation du pus dans le fond de la plaie, mais sur sa face externe ; mise à nu du cordon et ligature ; 2° isolement de la tumeur et dissection du scrotum ; 3° excision. M. Richet, partageant à cet égard l'opinion de M. Verneuil, lie préalablement le cordon avant de procéder à la dissection de la tumeur. Il trouve à cette pratique le double avantage de prévenir l'hémorrhagie et d'insensibiliser le testicule. Les artères scrotales ont été liées aussitôt que divisées. On sait qu'elles donnent souvent lieu à des hémorrhagies très-dangereuses.

L'examen de la pièce enlevée a montré que le stroma pathologique se trouvait entre la substance même du testicule et l'épididyme, dans le corps d'Higmore. Les conduits séminifères, comme dans les cas d'orchite blennorrhagique, étaient comme tassés les uns contre les autres et en grande partie oblitérés. Les éléments de ce stroma sont de nature douteuse, paraissant tenir de l'ordre fibro-plastique. Ce malade demandera à être surveillé.

Dr Brochin.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

**Présentation de pièce de luxation de l'épaule,** par M. Vedrenne. — Sur cette pièce, on remarque : 1° la déchirure de la capsule à son insertion sur le bord interne de la cavité glénoïde et le décollement du périoste, dans une étendue de 2 centimètres environ. Il existe toutefois, encore adhérent, un très-petit faisceau de fibres un peu au-dessous de la partie moyenne de ce bord ; 2° une fracture du sommet du trochéter, mais sans déplacement ; 3° l'intégrité de la longue portion du biceps dans sa gaîne.

**Nouveau procédé d'opération du phimosis,** par M. Jules Hue, de Rouen. (Séance du 16 octobre.) — M. Horteloup, rapporteur. — L'auteur propose de faire une incision médiane dorsale ; mais, au lieu de faire cette incision instantanément avec le bistouri ou les ciseaux, il obtient cette incision au moyen d'un fil de caoutchouc. L'opération comprend les cinq mouvements suivants : 1° marquer à l'encre, sur la paroi supérieure et médiane du prépuce, le point où doit émerger l'aiguille enfilée d'un fil de caoutchouc ; 2° introduire, jusqu'au point correspondant, l'aiguille sous le prépuce et transfixer celui-ci ; 3° saisir l'extrémité du fil de caoutchouc venu à la suite de l'aiguille sur la face cutanée du prépuce et retirer l'aiguille ; 4° réunir en avant les deux extrémités du fil de caoutchouc en exerçant sur elle une légère et convenable traction ; 5° fixer la tension de l'anse élastique ainsi pressée à l'aide d'une pince à pression continue, qu'on remplace de suite par une ligature avec le fil ciré.

En dix à quatorze jours, l'anse élastique tombe, et, dix à vingt jours après, la cicatrisation est complète, sans que le sujet ait eu d'autres précautions à prendre que quelques soins de propreté et de protéger la ligature par un tour de bande.

Le résultat définitif est élégant, bien supérieur à celui de la circoncision, qui est d'une dénudation disgracieuse, à celui de l'incision, supérieure ou inférieure, qui laisse de chaque côté du gland deux pendants de peau qu'on a comparés à des oreilles.

M. le rapporteur a invité M. Hue à pratiquer cette opération dans son service de l'hôpital du Midi ; les résultats n'ont pas d'abord paru satisfaisants. En attendant un certain temps, les résultats ont été plus favorables qu'ils ne le paraissaient au début.

Ce procédé permet de bien découvrir le gland, mais il semble qu'il doit être surtout employé chez les enfants dont le prépuce est rarement très-long ; quant aux adultes, il ne faut pas l'employer pour des phimosis inflammatoires, ni pour remédier à des prépuces très-longs, que l'ouverture soit large ou étroite.

M. Verneuil ne croit pas la dilatation du prépuce aussi abandonnée que semble le dire M. Horteloup ; il n'emploie presque que ce procédé pour remédier au phimosis des enfants au-dessous de dix ans. En prenant certaines petites précautions, on obtient d'excellents résultats.

Il est indispensable de distinguer les phimosis avec un petit prépuce et les phimosis avec hypertrophie du prépuce. Pour cette dernière catégorie, il est certain que tous les procédés consistant dans l'incision médiane sont mauvais, et l'un des individus opérés par M. Hue, d'après les dessins produits, paraît ne pouvoir éviter un mauvais résultat.

MM. Marjolin et Anger emploient aussi la dilatation du prépuce avec succès pour les petits prépuces à orifices étroits, fins et élastiques.

M. Duplay fait observer que souvent le phimosis s'accompagne d'adhérence du prépuce avec le gland, et dans ce cas tous les procédés qui ne permettent pas de mettre le gland entièrement à nu donneront de mauvais résultats. Il ne faut pas chercher à inciser en même temps la peau et la muqueuse.

**Calcul dans la prostate ; rétrécissement de l'urèthre ; taille prérectale sans cathéter ; guérison.** (Séance du 16 octobre.) — M. Després appelle l'attention de la Société sur ce fait intéressant à un double point de vue : le développement du calcul dans l'urèthre seulement, sans calculs dans la vessie, et les difficultés de l'opération. Il s'agit d'un homme âgé de cinquante ans, atteint de rétrécissement de l'urèthre compliqué de fistules urinaires scrotales. L'uréthrotomie interne avait été pratiquée cinq ans auparavant par Isnard (de Metz) ; quatre ans après, nouvelle rechute, traitée par le porte-caustique de Lallemand. Des fistules se déclarèrent. L'exploration fit constater un rétrécissement au lieu d'élection, un peu en avant du collet du bulbe ; un autre rétrécissement en arrière du bulbe, et enfin la présence d'un calcul prostatique fut confirmée par le toucher rectal. L'inflammation du scrotum calmée par des incisions et des cataplasmes, M. Després procéda à l'extraction de la pierre. N'ayant pu mobiliser la prostate avec le calcul, à cause des indurations produites par les inflammations antérieures, il fit la taille prérectale au lieu de faire purement et simplement la taille de Celse. Le malade n'étant pas chloroformisé, on lui fixa les mains aux pieds à l'aide de bandes. Il fut impossible de sentir la sonde dans l'urèthre (bougie n° 7). L'incision profonde des tissus fut faite pendant que l'indicateur de la main gauche, placé dans le rectum, suivait les progrès du bistouri. Le conduit était dur, blanc, donnant la sensation d'un tendon, mais ne laissant pas percevoir la bougie. Le chirurgien fit alors une incision oblique sur le col droit du ruban fibreux qu'il tenait toujours sous la pulpe de l'indicateur gauche : l'incision avait à peu près 5 à 6 millimètres d'étendue, et le bistouri, ayant traversé l'urèthre, toucha la bougie qui y était placée. Une sonde cannelée fut introduite dans cette ouverture ; un débridement en haut et en bas fut pratiqué, de façon que l'ouverture fût juste capable de laisser passer le mors d'une pince à polype de 8 millimètres de

largeur et d'épaisseur. Après la dilatation avec la pince, il put saisir du premier coup le calcul en entier et sans avoir besoin de le briser, et par conséquent sans contusionner la prostate ni irriter la loge du calcul. Les suites de l'opération furent régulières. La dilatation permanente de l'urèthre pour maintenir le canal libre depuis l'opération jusqu'à la période de réparation de la plaie a été d'une grande utilité. Si la cicatrisation complète de la plaie n'a pas été obtenue rapidement, cela tient au siège du calcul. Celui-ci, en effet, occupait une dilatation de l'urèthre dans la prostate qui ne pouvait se combler rapidement; l'urine séjournait après chaque miction et en empêchait le retrait. La guérison définitive ne peut être obtenue que lorsque cette partie se sera suffisamment rétrécie. Le calcul, déposé au musée Dupuytren, a le volume d'une petite châtaigne; il pèse 8g,20 et est composé par du phosphate ammoniaco-magnésien, deux noyaux étant réunis par un magma. Ces noyaux, qui ont d'abord séjourné dans la vessie, sont venus se placer dans l'urèthre où ils ont été le point de départ de ce volumineux calcul.

M. GUYON n'est pas de l'avis de M. Desprès, qui a avancé qu'il est impossible de dilater les rétrécissements qui ont été uréthrotomisés. Il y a des rétrécissements qui ne peuvent pas se laisser dilater, mais, quant aux rétrécissements qui ont été uréthrotomisés, M. Guyon soutient, pour l'avoir vu dans son service, qu'ils peuvent subir facilement la dilatation.

**Du manuel opératoire de certaines résections.** (Séance du 23 octobre.) — M. VERNEUIL fait une communication orale sur ce sujet. En règle générale, il est très-important, dans toutes les résections, de conserver intacts les muscles et les tendons, car, grâce à cette précaution, on parvient, dans certains cas, à rétablir les mouvements d'une façon notable, et, dans d'autres, on évite la production des attitudes vicieuses. Cette règle présente surtout une importance considérable pour les résections du cou-de-pied et du poignet, segments pouvant être facilement entraînés dans un sens ou dans l'autre. En effet, si, dans une résection du poignet, les extenseurs étaient coupés, on laisserait aux fléchisseurs tout pouvoir pour entraîner la main dans la flexion.

M. Ollier a beaucoup insisté, et avec raison, sur la nécessité de conserver le périoste et les muscles environnants. C'est facile, et c'est de règle dans les cas où les tendons sont intacts, lorsque le chirurgien est obligé d'intervenir. Mais il peut se présenter une seconde catégorie de faits dans lesquels il ne dépend plus du chirurgien de conserver tous les tendons : ce sont les cas dans lesquels les tendons ont été déchirés, broyés par le traumatisme. Dans plusieurs cas de ce genre, on a vu lentement survenir une déviation qui tenait à l'action des muscles conservés. Dans la résection tibio-tarsienne, lorsque les muscles qui environnent l'articulation sont intacts, leur action se balance; mais, si l'un des groupes musculaires est déchiré par le traumatisme, les muscles conservés, ne trouvant pas d'antagonisme, suffisent pour produire une déviation du pied; aussi, pour la même raison que, dans une résection tibio-tarsienne, on ne conserverait aucune malléole, M. Verneuil est tout disposé, lorsqu'un des groupes musculaires aura été déchiré, à sectionner les muscles que la violence extérieure aura ménagés.

Pour la résection du poignet, même en se basant sur deux observations, il conseille de sectionner toujours le muscle cubital antérieur, dont l'action suffit pour produire une déformation.

En résumé, il considère toujours comme principe général dans les résections, de conserver intacts les muscles et tendons environnants, mais il propose d'admettre deux petites exceptions à cette règle.

La première, pour l'articulation tibio-tarsienne; lorsqu'un des groupes musculaires aura été détruit par le traumatisme, il faudra sectionner les muscles antagonistes.

La seconde, pour le poignet; sectionner le tendon du muscle cubital antérieur, pour éviter l'adduction de la main observée deux fois à la suite de cette résection.

M. DESPRÈS fait remarquer que l'on voit souvent, dans les fractures graves de la jambe, survenir de l'équinisme; cette déformation se produit sous nos yeux; pendant la convalescence, le pied s'incline, et, lorsque la guérison est définitive, au bout de trois mois, l'équinisme est produit. La déformation du pied doit être due à une attitude vicieuse. Le pied, d'abord placé à angle droit, s'incline par défaut d'équilibre, et finit par prendre la position d'un pied équin avec ankylose fibreuse.

Pour expliquer l'adduction que prend la main dans les résections du poignet, on peut penser que le poids de la main est cause de ce déplacement.

M. LE DENTU a fait deux résections tibio-tarsiennes; il a observé la déformation du pied, et cependant il n'avait ni coupé les tendons ni fait la suture des os; il ne pense pas que cette déformation soit le résultat de l'inflammation traumatique du voisinage; elle dépend plutôt de l'attitude vicieuse que prend le pied, qui, même dans la gouttière métallique, touche mal le fond et finit par tomber.

M. GUYON attribue, comme MM. Farabeuf et Le Dentu, l'équinisme à l'attitude vicieuse que prend le pied lorsqu'on ne lutte pas d'avance contre cette disposition. Il y arrive très-bien avec les appareils plâtrés et surtout avec l'attelle postérieure.

M. ANGER (séance du 30 octobre) présente un malade auquel il a, dans une résection tibio-tarsienne, enlevé 9 centimètres de tibia. Le pied avait une tendance manifeste à l'équinisme; il l'a relevé en appliquant une bande en caoutchouc et a empêché cette déformation en continuant avec persévérance l'emploi de ce procédé. Il pense que la bande en caoutchouc suffirait et permettrait d'éviter la section des tendons qu'il redoute dans la crainte de voir survenir des phlegmons d'une part et de l'atrophie musculaire d'autre part.

**Présentation de pièce.** — M. MOTTE, de Dinant (Belgique), présente une pièce de hernie ombilicale congénitale avec fistule stercorale produite par la ligature du cordon.

**Sarcome fasciculé de la paume de la main gauche. — Extirpation. — Guérison.** (Séance du 30 octobre.) — M. PAQUET, de Lille, adresse cette observation dans laquelle le point de départ de la tumeur a été exclusivement l'aponévrose palmaire moyenne, origine qui n'a pas encore été signalée.

Il attribue la guérison rapide, après l'extirpation, à l'immobilisation parfaite de la main dans une gouttière moulée et fenêtrée pour faciliter le pansement, et au pansement antiseptique. La malade était âgée de vingt-huit ans et faisait remonter le début de la tumeur à l'âge de douze ans. La tumeur pesait 22 grammes à l'état frais.

**Extraction d'une balle de revolver située profondément dans le rocher. — Guérison**, par M. TERRILLON, candidat à une place de membre titulaire. — M. LE DENTU, rapporteur. Il s'agit d'un homme de trente-deux ans qui portait une fistule à l'entrée du conduit auditif, depuis quatre mois et demi. Il avait reçu une balle de revolver de poche de 6 millimètres environ, presque à bout portant. Peu d'accidents s'étaient manifestés, mais la fistule persistait. La présence de la balle fut alors constatée au moyen du stylet explorateur électrique de Trouvé; elle était très-voisine de la surface osseuse limitant en dedans le temporal, dans le voisinage du limaçon, très-près de la lame osseuse interne et très-près aussi du sinus latéral vertical.

L'extraction fut faite avec succès, malgré les difficultés rencontrées à cause de l'incrustation de la balle dans les aspérités osseuses.

M. DESPRÈS profite de l'occasion pour poser une question à ses collègues : on trouve dans tous les traités de chirurgie l'opinion qu'une balle peut ressortir par l'orifice d'entrée. Pour une balle entrée directement et assez profondément, est-ce possible? On l'a dit pour la blessure de Garibaldi, parce qu'on ne sentait d'abord pas la balle; on pensait qu'elle avait dû ressortir par le seul orifice que l'on constatait.

M. LE DENTU ne croit pas ce fait impossible chez un blessé qui

avait reçu un coup de feu dans l'épaule droite; il n'y avait qu'un trou, et, malgré de larges incisions et des recherches minutieuses, il n'a pu découvrir le projectile.

M. TILLAUX a aussi observé deux faits qui ne permettent pas de douter qu'une balle, même entrée profondément, ne puisse ressortir par l'orifice d'entrée. Le premier fait est absolument hors de doute; il s'agit d'un blessé qui avait reçu une balle dans la cuisse; en explorant avec soin le trajet, M. Tillaux ne put rien découvrir; il fit apporter le pantalon et put constater qu'il n'y avait pas de trou au pantalon: il n'est donc pas douteux qu'on avait fait sortir la balle en retirant le pantalon qui s'était laissé déprimer en doigt de gant.

**Procédé pour favoriser la dissection et l'ablation totale de certains kystes à contenu liquide ou demi-liquide,** par M. Pozzi. (Séance du 6 novembre 1878.) — M. DELENS, rapporteur. — Déjà M. Ch. Sarrazin, pour faciliter la dissection de certains trajets fistuleux, a employé une bougie emplastique dont la résistance peut servir de guide. L'auteur propose le procédé suivant pour l'ablation complète de certains kystes : 1° *Ponction de la poche.* Évacuation du contenu liquide ou demi-liquide. 2° *Injection de blanc de baleine fondu au bain-marie.* Cette substance, qu'on est obligé de porter à environ 50° pour la fondre complètement, reste ensuite liquide jusqu'à 44°, température à laquelle on peut en supporter le contact et l'injection sans la moindre douleur. 3° *Application* sur la région pendant cinq à dix minutes d'abord de glace pilée, puis de glace pilée mélangée (parties égales) à du sel marin. 4° Cette petite opération préliminaire effectuée, on procède à la dissection du kyste, dont la poche exactement distendue fait corps avec le blanc de baleine. On est alors assuré de faire l'ablation *rapide* et *totale*, même des points où il existe des adhérences fibrillaires.

Ce procédé s'adresse à peu près exclusivement aux kystes de petit volume et superficiels, tels que les kystes dermoïdes, certains hygromas chroniques, les kystes récidivants des grandes lèvres, de la mamelle, etc.

*Commissions des prix.* — Sont nommés :

Pour le *prix Laborie* : MM. Verneuil, Giraud-Teulon, Tillaux, Farabeuf et Terrier.

Pour le *prix Duval* : MM. Marjolin, Delens, M. Sée, Lucas-Championnière et Gillette.

**Corps étrangers du genou. — Taille articulaire. — Pansement antiseptique ouaté. — Guérison avec conservation des mouvements.** (Séance du 6 novembre.) — M. VERNEUIL. — On se contentait autrefois, et encore il y a dix ans à peine, du traitement palliatif, révulsifs aidés de la compression et de l'immobilisation, dans les cas de corps étrangers du genou. La méthode antiseptique a tout changé et a permis de revenir à peu près impunément à l'extraction directe, acceptée déjà par les partisans du pansement de Lister. Chez un garçon de bureau, âgé de trente et un ans, M. Verneuil a pratiqué l'extraction directe, par ouverture de l'articulation, de deux corps étrangers du genou droit (cartilage pur). Au lieu d'employer le pansement type de Lister, il eut recours aux précautions antiseptiques pendant l'acte opératoire lui-même, et au simple pansement ouaté dans la suite. La guérison fut prompte.

Deux faits importants à remarquer par les praticiens qui feront cette opération, c'est l'induration de la synoviale au niveau du corps étranger : elle est extrêmement trompeuse, et peut très-bien être prise pour le corps étranger : ce n'est qu'après l'incision de cette masse blanche, nacrée, lisse, que le corps étranger s'échappe comme un noyau de cerise chassé entre les doigts. Enfin, il ne faut pas non plus se faire illusion sur les moyens de fixité du corps étranger, et, en transfixant le corps étranger avec une aiguille à acupuncture, on n'embroche pas le corps étranger, mais seulement la synoviale épaissie.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE constate que, grâce à l'arthrotomie antiseptique, nous sommes loin de l'opinion soutenue par Bell que l'extraction des corps étrangers articulaires était plus dangereuse que l'amputation de la cuisse au tiers supérieur. Il a obtenu lui-même deux succès par ce procédé. On connaît cependant, malgré le pansement antiseptique, deux cas de mort (Saxtorph, de Copenhague, et Boeckel).

Si l'on exécute avec toutes les précautions voulues l'arthrotomie antiseptique, on obtiendra d'excellents résultats : M. Lister, à Londres, en a obtenu un grand nombre.

Les avantages les plus sérieux seront assurés, d'une part, par la non-immobilisation, et, d'autre part, par la suture de la plaie, du moins en partie, afin d'éviter les guérisons trop longues et par conséquent les raideurs articulaires.

M. GILLETTE a opéré un soldat avec succès, par l'extraction directe et le pansement ouaté, en évitant avec grand soin l'introduction de l'air.

M. DESPRÈS a vu opérer avec succès deux malades par le procédé du docteur Goyrand (d'Aix) procédé qu'il préfère à l'arthrotomie antiseptique à ciel ouvert, dont on fait des éloges un peu exagérés.

M. TRÉLAT. — Pour juger la valeur des procédés, il faudra attendre qu'on ait opéré cent ou cent cinquante fois par telle ou telle méthode : alors on fera une bonne statistique et l'on pourra tirer des conclusions. Un fait intéressant, dans le cas particulier, c'est la structure histologique de ce corps étranger qui était tout de vrai tissu cartilagineux. Ces corps étrangers sont, au contraire, ordinairement rugueux, analogues à des grains riziformes ou composés de tissus fibreux. Aujourd'hui on rattache leur origine au rhumatisme chronique, mais il est difficile d'expliquer la production de ce vrai cartilage : voilà une question d'étiologie qui est loin d'être tranchée.

M. PAQUET, de Lille (séance du 13 novembre), écrit qu'il a eu l'occasion d'extraire des corps étrangers du genou : dans les deux cas, il n'y avait aucun signe d'arthrite sèche : dans l'un d'eux, on pouvait constater l'existence d'une petite quantité de liquide articulaire. Dans les deux cas, l'opération a été pratiquée au côté externe de l'articulation, par le procédé de l'incision directe, occlusion de la plaie, application de compresses antiseptiques, compression ouatée et immobilisation de l'articulation. Le succès aurait été complet, si le premier des opérés n'avait été atteint d'un phlegmon diffus, dont le point de départ n'était certainement pas la plaie de l'opération.

M. CHIPAULT, d'Orléans, adresse aussi à la Société une observation de corps mobile du genou droit, survenu à la suite d'une chute sur le côté interne de l'articulation. L'opération, tentée par la méthode sous-cutanée, échoua. Un mois après, nouvelle opération par l'incision directe : on extrait le corps étranger qui était constitué par une portion du condyle du fémur : le pansement ouaté est appliqué, et une guérison rapide est obtenue sans le moindre accident.

M. TILLAUX croit, avant toute chose, qu'il est nécessaire de se demander dans quelles conditions on doit opérer. On doit être sobre de ce genre d'opération, et, lorsqu'on se décide à y recourir, il ne faut le faire qu'à la demande expresse du malade, qui doit savoir que c'est une opération sérieuse.

M. Tillaux a fait deux opérations qui ont été couronnées de succès toutes les deux : la première, le délogement, ayant échoué, a été reprise par l'incision à ciel ouvert, avec pansement ouaté; dans la seconde, le délogement a réussi, et l'extraction a été faite douze jours après.

M. Tillaux conclut qu'il ne pratiquera jamais l'ouverture sans avoir essayé la méthode sous-cutanée.

M. DESPRÈS insiste sur cette distinction : a-t-on eu affaire à un corps étranger unique ou à des corps étrangers tenant à des arthrites sèches? On a un pronostic tout à fait différent, suivant que l'on opère sur une articulation saine ou sur une articulation déjà malade : dans ce dernier cas, le danger est moindre.

M. GUYON montre à ses collègues un volumineux corps étranger articulaire enlevé par la méthode de Goyrand, avec un succès complet, mais seulement à une troisième tentative, et grâce à une petite modification consistant à creuser, dans le tissu cellu-

laire, une loge, puis à ouvrir la synoviale et à faire passer le corps étranger dans cette petite cavité, et, enfin, il l'a conduit jusqu'au milieu de la face interne du tibia, dont il fut extrait quinze jours après.

L'opération de Goyrand est peu offensive, mais d'une exécution très-difficile. La méthode antiseptique a donné jusqu'à présent d'excellents résultats. Quant à la distinction des plaies d'articulations saines ou malades, elle n'a plus sa raison d'être; grâce aux méthodes antiseptiques, le pronostic des plaies des articulations saines est devenu beaucoup plus favorable.

M. VERNEUIL. — Nous sommes en présence de deux méthodes : la méthode à ciel ouvert et la méthode sous-cutanée. Or l'innocuité à ciel ouvert est démontrée par la statistique de vingt-sept cas qui comptent vingt-cinq succès et deux morts. Dans l'opération sous-cutanée, on a la perspective de nombreux insuccès.

Quant au choix de la méthode antiseptique, le pansement ouaté est préférable à cause de son emploi facile, plus à la portée de tous.

En résumé, en présence d'un corps étranger articulaire mobile, situé en haut et en dehors, M. Verneuil serait disposé à essayer le procédé de Goyrand; mais, en cas d'échec, il n'hésiterait pas à pratiquer l'extraction à ciel ouvert et antiseptique.

**Appareils plâtrés.** — (Séance du 13 novembre.) — M. HERGOTT, de Nancy, adresse une note en réponse à la discussion qui a suivi le rapport de M. Tillaux sur les appareils plâtrés de M. Zsigmondy, de Vienne. L'auteur proteste de l'innocuité des gouttières plâtrées, qui se moulent sur le membre sans bande, et laissent libre le tiers de la circonférence du membre; jamais il n'a eu d'accidents, ni à Strasbourg ni à Nancy, où les gouttières plâtrées sont employées journellement. Quant au mode de fabrication, il est de la plus grande simplicité : avec un peu de plâtre et un lambeau de vieux linge, qu'on peut tailler en une minute, on confectionne un excellent appareil qu'on applique sans déranger le membre, appareil qui contient très-bien et ne cause pas les accidents qu'on lui a reprochés.

M. DESPRÈS répond à la note de M. Hergott qu'il a critiqué sa gouttière parce qu'il a toujours trouvé que cette attelle postérieure était bien inférieure aux attelles latérales. Le lendemain de l'application de la gouttière, le gonflement diminuant, il se forme entre la gouttière et le membre un petit espace vide qu'il faut combler avec du coton; inconvénient que ne présentent pas les attelles de Maisonneuve.

M. PANAS proclame la supériorité des gouttières plâtrées sur les attelles de Maisonneuve, qui, pourtant, étaient déjà un excellent procédé. Mais, avec la gouttière, on obtient une excellente position du pied à angle droit, qui empêche la production de raideur articulaire, même lorsqu'il y a fracture pénétrant dans l'articulation. La gouttière est plus solide que les attelles, et elle empêche le chevauchement et le raccourcissement.

**Présentation de pièce.** — M. TILLAUX présente au nom de M. Henriet, prosecteur des hôpitaux, une pièce de luxation du fémur, trouvée à l'amphithéâtre de dissection, sur un sujet d'environ cinquante ans, porteur d'une luxation iliaque de date ancienne. Le ligament de Bertin est intact, ce qui confirme l'opinion que le genre de luxation ne dépend pas, comme le pensait Malgaigne, des muscles, mais bien de la déchirure de la capsule. Dans les luxations iliaques, le faisceau antérieur de la capsule doit être conservé; dans les luxations ischiatiques, le faisceau supérieur est intact.

## BIBLIOGRAPHIE

**Manuel de pathologie interne** avec figures intercalées dans le texte, précédé de la manière d'examiner les malades et de faire les autopsies, par le docteur FORT, professeur libre d'anatomie, avec la collaboration du docteur Guichet (1).

Le docteur Fort est un vulgarisateur de premier ordre, et tous les médecins apprécient au plus haut degré la manière dont il enseigne l'anatomie et la pathologie aux élèves. A côté du haut enseignement, qui pour les jeunes gens qui commencent ne sert à rien, car il n'a point de programme et emploie de longues heures pour dire ce qu'on pourrait exposer en quelques instants, il est bon d'encourager un enseignement plus élémentaire. La science médicale peut se passer de spéculations théoriques, mais elle ne peut se soustraire à l'obligation d'enseigner les choses usuelles et de pratique courante. C'est dans ce but que M. Fort a écrit un *Manuel de pathologie interne* qui sera fort utile aux commençants, pour apprendre la manière d'examiner les malades, les éléments de l'auscultation et les procédés à employer pour faire les autopsies.

Dans ce petit livre, très-clairement écrit, les élèves trouveront un résumé des maladies générales et des intoxications, des maladies locales du cerveau, de la moelle et des méninges, des maladies du cœur et des poumons, des maladies de l'appareil digestif, du foie, des reins, et enfin de l'appareil locomoteur.

Les symptômes et le diagnostic sont indiqués avec précision et avec soin. Comme introduction à l'étude de la médecine, comme initiation élémentaire, ce livre sera très-utile aux élèves, et ils y trouveront ce qui est nécessaire pour commencer l'étude de la pathologie.

Dr E. BOUCHUT.

(1) Un volume in-12. — Prix : 6 francs. — Paris, Ve Ad. Delahaye.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Mathieu (L.-J.), ancien fabricant d'instruments de chirurgie, décédé dans sa soixante-deuxième année. Ses obsèques se feront aujourd'hui samedi 18 janvier, à midi précis, en l'église Saint-Sulpice. On se réunira à la maison mortuaire, 49, rue de Madame.

— Par décret en date du 15 janvier 1879 ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade de commandeur :* M. Berthelot (de l'Institut).

*Au grade d'officier :* M. Raymond, médecin aide-major.

*Au grade de chevalier :* MM. Peter, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Le Roy des Barres, chirurgien de la Maison d'éducation de Saint-Denis.

— La Société de chirurgie tiendra sa séance annuelle le mercredi 22 janvier 1879, à trois heures et demie. — Ordre du jour : Allocution de M. le président Guyon; compte-rendu des travaux par M. Horteloup, secrétaire annuel; éloge de Bouvier, par M. de Saint-Germain, secrétaire général; proclamation des prix par M. le secrétaire annuel.

— *École de médecine de Limoges.* — Sont proclamés lauréats pour l'année scolaire 1877-1878 :

*Élèves en médecine.* — Première année. — Prix : M. Thouvenet.

Deuxième année. — Prix : M. Genty.

Troisième année. — Premier prix : M. Longevial; deuxième prix, M. Boussenot.

*Élèves en pharmacie* (École pratique). — Première année. — Prix : M. Vernet.

Deuxième année. — Prix : M. Nava. — Mentions honorables : MM. Gautier et Pastoureau.

*Élèves en médecine et en pharmacie réunis* (concours de chimie, pharmacie physique et histoire naturelle). — Prix : M, Vernet.

Deuxième année. — Prix : M. Nava.

— *Hôpital de Limoges.* — Sont nommés : *Internes* : MM. Thomas, Margery, Robert, de la Coquille, Renard et de Compas; — *Interne suppléant* : M. Roi.

— L'Association française contre l'*abus du tabac et des boissons alcooliques* a constitué son bureau ainsi qu'il suit pour l'année 1879 :

*Président,* M. Frédéric Passy, membre de l'Institut; *vice-présidents,* MM. Chaix, Crivelli, docteur A. Riant, docteur Richard (du Cantal); *secrétaire général,* M. Germond de Lavigne; *secrétaires,* MM. L. Fontaine et Collaux; *trésorier,* M. Petibon. L'assemblée générale annuelle de l'Association aura lieu le samedi 25 janvier,

à huit heures, en la salle de la Société d'Encouragement, rue de Rennes, 44.

— M. le docteur Rambaud, médecin suppléant au lycée de Lyon, est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. Gromier, décédé.

M. le docteur Meynet est nommé médecin suppléant au lycée de Lyon, en remplacement de M. le docteur Rambaud, appelé à d'autres fonctions.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Thérapeutique oculaire**, par le docteur L. de Wecker. Leçons recueillies et publiées par le docteur Masselon, revues par le professeur. Un fort volume in-8° de 830 pages, avec figures dans le texte. — Ouvrage complet, prix : 13 francs. — Paris, Octave Doin.

**Les Dents** (8e édition), par A. Préterre, chir. dentiste, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, médaille d'or unique aux diverses expositions universelles. — Cet ouvrage, orné de 109 gravures, indique les moyens de conserver ses dents, de les guérir quand elles sont malades, de remplacer celles qu'on a perdues. L'auteur y parle également des pièces artificielles et des appareils inventés par lui pour remédier aux divisions palatines, congénitales ou acquises, et à la perte des maxillaires. Nos lecteurs connaissent depuis longtemps ces travaux, que nous avons publiés. — 1 vol. in-18. Prix : 3 fr. 50. Chez l'auteur, 29, boulevard des Italiens.

**Du Traitement de la métrite chronique par la cautérisation au fer rouge**, par le docteur P. Rollet. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

**La Bauche,** MÉDAILLE D'OR PARIS 1874.
**Eau minérale digestive, reconstituante, la plus riche en protoxyde de fer. Entrepôt, 33 r. St-Jacques**

---

## Maladies de poitrine.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE PAR LES
**Sirops du Docteur CHURCHILL**
à *l'hypophosphite de soude* ou *de chaux.*

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Exiger le flacon *carré* (*modèle déposé*), la signature du Dr CHURCHILL et l'étiquette *marque de fabrique* de la pharmacie SWANN, rue Castiglione, 12, Paris. — 4 fr. le flacon. (*Notice franco.*)

---

## Papier Lardy,

A L'EXTRAIT DE PIMENT.

Action IMMÉDIATE et CONTINUE, n'occasionnant ni DOULEURS ni DÉMANGEAISONS, mais seulement de la chaleur, une cuisson légère et une vive rougeur.

*Indiqué dans tous les cas où une dérivation énergique est nécessaire. — Inflammations de la poitrine, de la gorge, congestions, douleurs diverses, etc.*

1 fr. 50 la boîte dans toutes les pharmacies.

---

## Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

---

## Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Le SIROP DE LABÉLONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

---

## Pilules de Blancard, **approuvées par l'Académie de médecine de Paris**

*N. B.* L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte.* — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

*Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

---

## Maltine Gerbay,

***Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées***
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

**Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 francs.**

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

*Dépôt dans toutes les pharmacies.*

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

---

## Solution Bourguignon

**au chlorhydro-phosphate de chaux.**

**Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie; deux cuillerées à chaque repas.—Dans toutes les pharmacie.**

---

## Papier Rigollot

Les succès immenses de cette excellente invention ont eu pour effet immédiat d'exciter les *appétits de lucre* d'une foule de *contrefacteurs* ou *imitateurs*, dont l'indignation publique en différents pays a fait invariablement justice.

Mais, malheureusement, il se trouve dans le commerce des détaillants *assez nécessiteux* et *assez peu scrupuleux* pour vouloir réaliser *quand même de plus grands bénéfices*, et qui, à une demande clairement formulée de PAPIER RIGOLLOT, répondent en donnant à l'acheteur un des produits dont nous venons de parler plus haut.

Nous engageons vivement Messieurs les médecins à se tenir en garde et à n'accepter que les produits véritables, après examen scrupuleux et attentif.

Sur chaque feuille de PAPIER RIGOLLOT, exiger la signature ci-contre.

P. Rigollot

---

ÉLIXIR CHAUMELLE AU

## Phéno-phosphate de chaux

Il remplace les préparations à base de phosphate de chaux soluble et en même temps celles à base d'acide phénique, principalement dans les affections des voies respiratoires chez les adultes et de dépérissement chez les enfants. — Il se vend aussi sous forme de sel granulé (*saccharolé*). 4 fr. le fl. à la phie, 25, rue Réaumur, Paris.

---

VIANDE ET QUINA.

## Vin Aroud au quina

***et aux principes solubles de la* VIANDE.**

**MÉDICAMENT-ALIMENT**, d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 grammes, 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

---

## Coton iodé préparé par J. THOMAS

***pharmacien de 1re classe,***

**Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.**

**48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.**

---

PHTHISIE PULMONAIRE, BRONCHITES, CATARRHES, etc.

## Vin et Huile de foie de Morue

**CRÉOSOTÉS** du Dr G. FOURNIER, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, contenant chacun 0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe. (*Exiger sa signature.*)

**Capsules d'Huile créosotée à 0,05.**

Préparations créosotées SEULES récompensées à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, et 10, rue de l'Arcade (Paris).

---

## Élixir CHLORHYDRO-PEPSIQUE Grez

Nouvelle préparation TONI-DIGESTIVE, d'un goût agréable, basée sur les dernières découvertes de la physiologie, contenant les principes actifs des amers (QUINAS-COCA) associés aux ferments digestifs, PEPSINE CHLORHYDRIQUE et PANCRÉATINE. Employée avec succès contre *dyspepsies*, *anémies*, et dans les *convalescences*, à la dose de 1 à 2 cuillerées à bouche aux repas. — Gros : LAYAT, r. Rambuteau, 26. Détail : phar.

---

## Arséniate Diastasé

du Dr V. BAUD.

Sous forme de granules soigneusement dosés, l'arséniate de soude combiné à la diastase par la germination des graines de cresson, est recommandé contre les *névroses*, *rachitisme*, *atonie*, etc. — Paris, 22 et 19, rue Drouot.

Dr V. Baud

---

## Épilepsie. Hystérie. Névroses

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

---

## Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

***Rapport favorable de l'Académie de médecine) de Paris, le 29 mars 1864.)***

**Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.**

**Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.**

**Paris, 6, avenue Victoria.**

---

## Fondants au Lactophosphate

**DE CHAUX, de Louis BOULÉ, pharmacien, à Bourges (Cher). — Ces Bonbons, de saveur exquise et variée, contiennent chacun 0,50 centigr. de médicament. Ils suppléent les solutions, sirops, etc., qui répugnent souvent aux malades et aux enfants. Boîte de 30 fondants 3 fr., : dans toutes les pharm.**

---

## Sirop et Pâte Lebeault

AUX FRUITS BÉCHIQUES

Les seuls pectoraux exempts de narcotiques.

COCA FIÉVET. Vin tonique, réparateur, fébrifuge et digestif.

Pharmacie LEBEAULT, FIÉVET successeur, 53, rue Réaumur, Paris, et pharmacies.

---

Phie GUIBOURT, MAYET sr, 9, rue St-Marc.

## Vin, Huile et Sirop créosotés

CAPSULES d'huile de f. de morue créosotée à 0,04

CAPSULES d'huile de faînes créosotée à 0,10.

M. MAYET s'étant occupé le premier, avec MM. les Drs Bouchard et Gimbert, de l'emploi en thérapeutique de la créosote de goudron de bois, ces médicaments sont exactement préparés suivant les indications de ces savants praticiens.

---

## Solution-Aubin

AU PHOSPHATE FERRIQUE ARSÉNIÉ.

Médication névrosthénique et reconstituante par l'emploi simultané du phosphore, du fer et de l'arsenic combinés à doses thérapeutiques équivalentes, contre : *anémies*, *chloroses*, *névroses*, *chorée*, *dyspepsie*, *scrofule*, *rachitisme*, *tuberculose*, *cachexies paludéennes*, *maladies de la peau*, *cachexies des maladies chroniques*, *atonie* sous toutes ses formes. Vente dans les principales pharmacies de France. — Dépôt à Paris : Pharmacie centrale, rue de Jouy, 7, et chez E. Fournier et Cie, rue de Londres, 15 ; Détail : rue d'Anjou Saint-Honoré, 56. — En gros : chez J. Aubin, traverse du Chapitre, 13, à Marseille.

---

RÉCOMPENSE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE 1878.

## Pilules et poudre de fer Coquet

Ce ferrugineux nouveau, combinaison du fer pur et du sucre pur, est bien toléré; il ne constipe pas, n'altère pas les dents. Maladies *adynamiques*, rebelles et chroniques. (Rapport du Dr CABROL, *Union médicale*, 26 fév. 1878.) — GROS : Pharmacie centrale, 7, rue de Jouy. Paris.

N° 8. — MARDI 21 JANVIER 1879. 52e ANNÉE MARDI 21 JANVIER 1879. N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

### Traitement de l'albuminurie chronique avec anasarque par la fuchsine ou chlorhydrate de rosaniline.

I

Les observations d'albuminurie chronique guéries par la *fuchsine*, qu'on appelle aussi *chlorhydrate de rosaniline*, sont aujourd'hui assez nombreuses pour qu'on puisse attribuer quelque importance à cette médication. Les premières ont été publiées par la *Gazette hebdomadaire* en 1876 et sont dues à MM. Bergeron, agrégé de la Faculté de médecine, Clouet et J. Feltz. D'autres, recueillies par moi, ont été imprimées dans la *Gazette des hôpitaux* en 1877 et en 1878. Ce sont là des faits d'attente dont la signification doit ressortir de la publication de nouveaux faits analogues ; car, en thérapeutique, si l'on veut éviter les désillusions qui résultent de coïncidences heureuses, il faut le nombre des faits, la qualité et l'authenticité des observations.

Depuis qu'on a parlé du traitement et de la guérison de l'albuminurie par la fuchsine, il y a eu cinq faits imprimés dans les journaux et j'en publie cinq autres aujourd'hui, ce qui porte le nombre des guérisons au chiffre de dix.

Dans les nouvelles observations qu'on va lire, il y en a deux qui ont été recueillies à l'hôpital et deux autres dans la ville chez des malades de la clientèle de M. Malhéné et de M. Ordenstein.

Observation. — *Albuminurie chronique avec anasarque. — Fuchsine. — Guérison.* — C... (Sophie), huit ans, entrée le 6 mai 1878 au n° 22 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut. Cette enfant, qui est depuis sa naissance à la campagne, grossit considérablement depuis deux ans sans que cette augmentation ait causé des inquiétudes à la famille. L'appétit était parfaitement conservé.

Il y a deux mois, ayant été montrée à un médecin pour un impétigo du cuir chevelu, celui-ci reconnut une hydropisie, et on se décida, sur sa recommandation, à amener l'enfant à l'hôpital.

On constate une ascite considérable avec œdème général de tout le corps, bouffissure de la face et gonflement des paupières. Il n'y a pas de trouble visuel. L'enfant mange assez bien, mais a de la diarrhée. Elle ne tousse pas. Elle n'a rien au cœur et le foie est normal.

Les urines analysées contiennent une très-forte proportion d'albumine (25 grammes pour 1000); chauffées, elles se prennent en masse, et le dépôt est égal aux 9/10 de la masse totale.

*Traitement.* — L'enfant est tout le temps couverte de vêtements de laine, et chaque jour on l'enveloppe dans une couverture chauffée sur laquelle on a fait des fumigations de benjoin. On lui donne de plus 15 *centigrammes de fuchsine* dans une potion aromatisée d'essence de menthe.

*10 mai.* — La dose de fuchsine est augmentée graduellement jusqu'à 25 centigrammes. L'albumine est encore très-abondante dans les urines, mais cependant a diminué.

*15 mai.* — La petite malade ayant eu des vomissements, on diminue la fuchsine (5 centigrammes). L'enfant n'a plus de diarrhée. Dès le début, on l'a mise au régime lacté ; on lui donne seulement du lait et du pain.

*1er juin.* — L'œdème a presque complètement disparu. Les urines analysées recèlent encore de l'albumine, mais en bien moins forte proportion. *Fuchsine*, 10 centigrammes. Les fumigations de benjoin et l'enveloppement dans les couvertures sont interrompus pour éviter les gerçures de la peau, mais on laisse constamment l'enfant dans un tricot de laine.

*6 juin.* — Les urines chauffées laissent percevoir un léger trouble dû à l'albumine. Le gonflement a complètement disparu ainsi que l'ascite. L'enfant est dans un état des plus satisfaisants. Depuis quelques jours, la dose de fuchsine a de nouveau été portée à 20 centigrammes. Les urines sont fortement colorées en rouge par cette substance.

*15 juin.* — Il y a maintenant dans les urines des alternatives d'état normal et pathologique : un jour on constate la présence de l'albumine, le lendemain elle a disparu. Toujours est-il qu'il n'y en a que d'infimes quantités.

*6 juillet.* — Les urines ne contiennent plus d'albumine.

*16 juillet.* — L'albuminurie n'est pas revenue et les urines ont été essayées tous les jours. L'enfant a continué à *prendre 15 centigrammes de fuchsine par jour* sans avoir de gastralgie, de vomissements, de diarrhée, et ayant un appétit considérable. Elle sort guérie.

Dans cette observation d'albuminurie chronique, datant de quelques mois, avec œdème général et ascite énorme, l'altération des urines a presque cessé au bout d'un mois. Entrée le 6 mai, il n'y avait presque plus d'albumine le 6 juin suivant.

Du 6 juin au 6 juillet, la quantité d'albumine a été insignifiante. Il n'y en avait que des traces, et cela d'une façon intermittente.

Au 6 juillet et jusqu'au 16, on ne retrouve plus d'albumine, et l'enfant guérie sort de l'hôpital.

Pendant son séjour et comme traitement, elle a pris environ 12 grammes de fuchsine, par doses de 10, 15 et 25 centigrammes par jour. Sur soixante-dix jours d'emploi du remède, il y a eu un seul jour des vomissements qui ne sont qu'une coïncidence, car les autres jours il n'y a eu aucun désordre produit. La fuchsine est, comme on le voit, même à haute dose, très-inoffensive pour l'organisme, et ici elle a produit la guérison d'un des cas les plus graves d'albuminurie chronique qu'on puisse observer.

Obs. — *Albuminurie aiguë scarlatineuse. — Fuchsine. — Guérison.* — X..., âgée de sept ans, nièce du docteur Fournier (d'Auteuil), venait d'avoir avec deux de ses sœurs une scarlatine bien caractérisée.

Peu après, sans qu'on ait commis aucune imprudence, son corps devient le siège d'un anasarque général accompagné d'une albuminurie abondante. Telles sont les paroles écrites par M. Fournier dans une lettre qu'il a bien voulu m'adresser.

D'après son conseil, le docteur Malhéné, qui soignait l'enfant, consentit à donner 10 centigrammes de fuchsine par jour en pilules. Le traitement fut suivi pendant quinze jours. Au bout de ce temps la petite fille était guérie.

Cette observation n'est pas aussi concluante que les autres, puisqu'il s'agit d'une albuminurie aiguë scarlatineuse qui disparaît quelquefois seule sans traitement, mais le fait n'en est pas moins utile à consigner. En effet, si ces albuminuries peuvent guérir seules, elles peuvent passer à l'état chronique et on ne peut pas dire que le traitement ait été défavorable.

En tout cas, la fuchsine a été bien supportée et l'enfant a pu en prendre 2 grammes sans inconvénient.

Obs. — *Néphrite albumineuse chronique avec anasarque. — Régime lacté. — Fuchsine. — Guérison.* — La nommée H... (Marie), née à Bruxelles (Belgique), âgée de quatorze ans, journalière, tempérament lymphatique, constitution faible, entrée le 20 juin 1878, salle Sainte-Catherine, lit n° 4. Cette enfant a été élevée au biberon. A trois ans, elle a eu la fièvre typhoïde avec prédominance de délire (dite compliquée de fièvre cérébrale par le médecin). A habité Bruxelles jusqu'à sept ans, puis est venue à Paris en 1872; elle n'a pas souffert du changement de climat. A l'école jusqu'à treize ans. Alors a été obligée de s'aliter pour une céphalalgie frontale qui se reproduit très-souvent. Elle est sortie de l'école il y a un an pour travailler avec sa mère dans une fabrique de coton où on lui donnait du fil à mettre en écheveau.

*Début de la maladie.* — Environ un mois avant son entrée à l'hôpital, elle s'est aperçue qu'elle grossissait, parce qu'elle avait de la peine à boutonner ses vêtements, et puis on a reconnu que sa figure et ses jambes étaient aussi enflées. Elle avait de la difficulté à courir et s'essoufflait rapidement. Elle avait des envies de vomir, et souvent de l'eau lui venait à la bouche.

Depuis le 1er juin elle a eu deux ou trois fois des vomissements après son repas. Huit jours avant son entrée, elle a cessé de travailler à cause de l'aggravation de ses souffrances. Elle est alitée depuis trois jours.

*État actuel.* — Le faciès est pâle; les lèvres et paupières décolorées, un peu œdématiées; l'œdème s'étend au tronc, n'atteint pas les membres supérieurs, mais se perçoit très-bien au pourtour des malléoles et sur la face interne des jambes où le doigt laisse une impression non persistante.

L'urine, de couleur jaune pâle, présente un précipité abondant d'albumine, tant par l'acide nitrique que par la chaleur.

Le fond de l'œil, examiné à l'ophthalmoscope, ne présente aucune lésion caractéristique. Le cœur bat en place et normalement. Il n'y a rien au foie. L'appétit est irrégulier, et hier la malade a vomi deux fois après son repas.

*Traitement.* — Régime lacté. Enveloppement dans le maillot de laine. Limonade nitrique. Fuchsine, 15 centigrammes.

22 *juin.* — Même état de l'œdème et de l'albuminurie. Aucune trace de douleur dans la région lombaire.

*Traitement.* — Régime lacté. Limonade nitrique. Potion avec: fuchsine, 15 centigrammes; essence de menthe, une goutte.

25 *juin.* — La malade est complètement désenflée, mais l'albuminurie persiste, quoique en moindre quantité. L'urine est colorée en rose par la fuchsine qui lui donne le même aspect que dans l'hématurie; elle offre du reste une réaction acide.

1er *juillet.* — Même état. Limonade sulfurique (1 gramme d'acide). Fuchsine, 20 centigrammes.

10 *juillet.* — Même état. Urines roses faiblement albumineuses.

*Traitement.* — Fuchsine, 25 centigrammes.

22 *juillet.* — Très-peu d'albumine. L'enfant se lève tout le jour et mange bien son lait avec du pain. Fuchsine, 30 centigrammes.

30 *juillet.* — On cesse le régime lacté. Nourriture ordinaire. Fuchsine, 25 centigrammes.

1er *août.* — Même état. L'analyse des urines donne 1g,50 par litre.

3 *août.* — L'analyse des urines donne 1g,75. Potion: fuchsine, 25 centigrammes.

6 *août.* — Limonade acétique (3 grammes d'acide). Potion: fuchsine, 25 centigrammes; essence d'anis, une goutte. Les urines renferment 80 centigrammes d'albumine.

10 *août.* — Même état. Albumine 1g,10. Potion: fuchsine, 25 centigrammes.

15 *août.* — L'analyse des urines donne 5 centigrammes d'albumine. Potion: fuchsine, 25 centigrammes.

16 *août.* — L'urine traitée par la chaleur ne présente qu'un léger trouble albumineux.

18 *août.* — Il n'y a plus d'albumine dans les urines.

*Exeat* le 6 septembre 1878. Guérison.

Voici une observation très-intéressante et très-concluante. L'enfant avait une néphrite parenchymateuse chronique, anasarque général. Cela durait depuis un mois.

Aussitôt son arrivée, elle fut mise en traitement avec du lait, des sudations quotidiennes dans le maillot de laine chauffé, imprégné de vapeurs de benjoin, et de la *fuchsine*, 15 à 30 centigrammes par jour.

Ce traitement a duré deux mois pendant lesquels il a été administré 15 à 16 grammes de fuchsine sans qu'il se produisît aucun accident.

Les urines, fortement colorées en rouge par le médicament, ont de suite perdu la plus grande partie de leur albumine pathologique, mais au bout de six semaines il y en avait encore de 80 centigrammes à 1g,10 par litre. Ce n'est qu'au bout de deux mois que l'albuminurie a entièrement disparu.

## HOTEL-DIEU D'AMIENS. — M. Padieu.

### Un cas d'hystérie à manifestations multiples (akinésie, anesthésie, amaurose, aphonie, catalepsie), disparaissant subitement par les injections hypodermiques. — Hémorrhagie supplémentaire.

(Observation recueillie par M. Debierre, interne du service.)

La nommée A. M., entre à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, le 20 juin 1873, dans le service du médecin en chef, le professeur Padieu, salle Sainte-Louise, lit 25.

Cette jeune fille, âgée de dix-huit ans, blonde, grande, forte, très-intelligente, née dans la Somme, habite Amiens depuis 1872.

Elle s'est toujours bien portée jusqu'alors; elle est régulièrement réglée depuis l'âge de douze ans. — Pas de maladies antérieures. — Ses parents jouissent d'une très-bonne santé; sa mère, pourtant, est très-nerveuse.

Au mois de mai, notre malade s'est enrhumée et a, dès ce moment, maigri un peu. Depuis cette époque, elle est agitée, tantôt joyeuse, tantôt pleurant sans motif, ayant des idées bizarres, la plupart du temps triste, suffoquée par des bouffées de chaleur qui lui montent à la gorge.

Le 12 juin suivant, époque de ses règles, elle se sent mal à l'aise, elle éprouve de la difficulté à respirer. Chaleur brûlante à la poitrine. Toux sèche et quinteuse. Les règles n'apparaissent point. Nuit agitée, oppression, douleurs de tête vives. Vers minuit, toux et oppression augmentent, frissons. Tout à coup, au milieu d'une quinte de toux, *vomissement d'un sang rouge* et rutilant. Un médecin appelé ordonne repos, glace et potion au seigle ergoté.

Le lendemain, l'hémoptysie a cessé. Les règles ne viennent pas.

Deux jours se passent sans nouveaux accidents, mais la malade est très-agitée, inquiète, morose.

*Seconde hémoptysie* suivie d'un hoquet très-fatigant, avec sensation de constriction à la gorge. Sommeil comateux. La malade estime à trois ou quatre verres à Bordeaux le sang rendu.

Le surlendemain, les menstrues apparaissent. Accidents nerveux (spasmes, bouffées de chaleur, météorisme, agitation, hoquet, etc.) persistent. On l'amène à l'Hôtel-Dieu où nous la voyons le 20 juin.

*État actuel.* — Rien dans la poitrine, rien au cœur. — Pas de fièvre.

Dans la nuit de son entrée, bâillements, pandiculations, douleurs lancinantes dans les jambes et les mamelons, palpitations, hoquet continu avec projections du bassin, étouffement, suffocation, sommeil comateux. Respiration de chloroforme pendant l'accès. Le lendemain, la malade est pâle, courbaturée. — Pilules de Méglin. Quinquina.

Le 25, répétition des accidents ci-dessus.

Le 26, à la suite d'un accès de ce genre, paralysie de la jambe droite. Celle-ci traversée avec une longue épingle, la malade ne s'en aperçoit pas.

Entre les accès qui vont devenir quotidiens, elle est dans un état d'impressionnabilité craintive, incommodée par la lumière (vive photophobie), tressaillant au moindre bruit. De volonté, elle n'en a plus; humeur changeante, mélancolie. Névralgies diverses : clou hystérique à la tête, au côté, points ovariens. Palpitations, toux sèche et quinteuse par accès.

Le 27, mêmes accidents suivis de *catalepsie :* la malade conserve les positions qu'on lui donne; elle est insensible aux plus fortes piqûres. Respiration calme, pouls lent. Cet état dure quatre heures. A la suite, hémianesthésie à droite. Mouvements conservés. Dysphagie. Insensibilité de la moitié droite du voile du palais et de la conjonctive droite.

Le 28, hoquet et suffocation durant deux heures, suivis de *catalepsie* prolongée pendant six heures. A la suite, *paraplégie,* disparition de l'hémianesthésie. Ces accès se répètent pendant une huitaine de jours, sans grand changement, tantôt avec hémianesthésie, tantôt avec paraplégie ou paralysie bornée à une jambe ou à un bras. Hyperesthésie prononcée le long du rachis.

Dans les premiers jours de juillet, *catalepsie* qui dure huit heures. A la suite, paraplégie et *aphonie complète.*

Le traitement par opium, bromure de potassium, pilules de Méglin, toniques, frictions, ne fait rien. Nouvel accès deux jours plus tard. La parole revient, la paraplégie reste.

Quelques jours plus tard, nouvelle *aphonie* et *paralysie totale* du sentiment et du mouvement, sauf la face. Bruit de souffle anémique à la base du cœur. Anorexie complète.

Le docteur Padieu, en présence de l'insuccès du traitement, me prie de vouloir bien essayer les injections hypodermiques de morphine.

A la contre-visite, je fais une injection dans la fosse sus-épineuse gauche, et quelle n'est pas ma surprise de voir, à peine l'aiguille introduite dans la peau, tout le membre gauche paralysé recouvrer ses fonctions comme par enchantement!

Enhardi par ce succès, j'obtiens, quelques heures plus tard, le même résultat pour le membre droit. Chaque jour, un nouvel accès reprenant la conquête de la veille, nous obtenons un nouveau succès : paraplégie, hémianesthésie, anesthésie pharyngienne, cessent tour à tour. Notons que l'effet commence aussitôt que l'aiguille a perforé la peau ; mais il ne se complète que quand quelques gouttes de liquide ont pénétré dans le tissu cellulaire. L'eau simple agit, d'ailleurs, comme la solution morphinée. Pourtant, l'effet en semble moins durable.

Quelques jours plus tard, nouvel accès de hoquet incoercible et de catalepsie. A la suite, hémianesthésie à droite et *amaurose* de l'œil droit. Un nouvel accès lui enlève l'usage et la sensibilité des quatre membres et des *deux yeux.*

C'est l'époque de ses règles. Celles-ci ne viennent point. Pas d'hémoptysie.

Au bout de quatre ou cinq jours, l'*amaurose* persistant, nous pressons (par hasard) sur le globe oculaire dont la pupille, grandement dilatée, se resserre sous l'impression de la *pression ovarienne* du même côté, et, chose curieuse, la malade nous déclare voir clair. Nous nous en assurons, d'ailleurs, par différents objets que nous lui montrons. La pression cesse-t-elle, la malade retombe dans l'obscurité. Le résultat obtenu dure peu sur l'œil droit.

Petit à petit, les accès s'éloignent, les effets obtenus à l'aide des injections hypodermiques se maintiennent plus longtemps, si bien que la malade, sauf une grande mobilité de caractère, l'anémie et la mélancolie, sort de l'Hôtel-Dieu à peu près guérie.

Nous la revoyons deux mois après; elle se porte bien, et n'a absolument rien dans la poitrine.

*Nota.* — Nous avons revu dernièrement cette jeune personne, que nous avions perdue de vue depuis 1874.

Elle nous dit que, jusqu'au mois de juin 1877, elle s'est bien portée. Mais, à cette époque, sous l'influence de la peur, nous dit-elle, ses règles qu'elle avait depuis la veille cessent brusquement. Le lendemain, toux quinteuse, incoercible, empêchant tout repos et tout sommeil. La nuit suivante, *hémoptysie abondante.* La malade nous dit avoir vomi au moins un quart de litre de sang. Le jour suivant, encore quelques crachats sanguins (potion au perchlorure de fer). Les règles ne reparaissent pas, la toux opiniâtre continue.

Le mois suivant (juillet 1877), les règles ne viennent pas, *nouvelle hémoptysie.*

Au mois d'août, les règles reparaissent, plus d'hémoptysie, les phénomènes nerveux s'atténuent. Santé florissante. Rien dans la poitrine.

Cette observation nous paraît curieuse sur plusieurs points :

1° Multiplicité et grande mobilité des phénomènes (akinésie, anesthésie, aphonie, catalepsie, etc.).

2° Absence d'attaque de nerfs proprement dite. L'accès commence toujours par un hoquet incoercible, et se termine, soit par de la catalepsie, soit par du coma, laissant à leur suite les différentes paralysies mentionnées.

3° Disparition subite de celles-ci par les injections hypodermiques, paraissant agir, mais plus vivement, à l'égal des *applications métalliques.*

4° Règles remplacées par l'hémoptysie, une première fois en 1873 (début de la maladie), deux fois en 1877.

5° Absence de règles paraissant être, et la cause de l'hémoptysie (incontestable), et la cause de l'arrivée des manifestations hystériques.

## PHYSIOLOGIE.

### Note sur l'intégrité de la fonction de reproduction chez les femelles privées de mamelles.

Par le docteur Louis Fiaux, lauréat de la Faculté de Paris.

Au mois de septembre 1873, notre attention étant fixée sur la question des sympathies en pathologie et en physiologie, nous fûmes amené à faire une série de recherches expérimentales sur plusieurs séries de cochons d'Inde femelles auxquels nous enle-

vâmes les mamelles dans le but d'observer quelles seraient les conséquences physiologiques de cette mutilation au point de vue de la fécondation.

Nous étions inspiré dans nos recherches par les vues suivantes : dans tous les traités de pathologie et de physiologie, les auteurs ont signalé l'étroite union qui lie deux organes importants dans l'organisme de la femelle, la mamelle et l'ovaire ; le fonctionnement physiologique de l'ovaire à l'époque de la menstruation et de la fécondation provoque dans la mamelle un travail concomitant qui a pour résultat immédiat l'hyperesthésie, l'hypertrophie du tissu glandulaire et les autres changements relatifs à la suractivité de la circulation, et enfin au phénomène capital de la lactation par la fonte de l'épithélium des culs-de-sac glandulaires.

L'ovariotomie double, rarement faite d'ailleurs, mais dont on a cependant noté les conséquences lointaines, et la ménopause amènent l'atrophie de la mamelle ; chez les veilles femmes, le tissu glandulaire disparaissant est remplacé par du tissu graisseux, et l'on ne trouve plus que les conduits galactophores plus ou moins bien conservés, dont l'épithélium a subi du reste aussi la transformation graisseuse.

Adelon rapporte, d'après Paul Zachias et Athénée (de Cilicie), sans du reste appuyer de son autorité les assertions de ces auteurs, que la castration des femmes fut pratiquée en Allemagne et à la cour de petits despotes africains ; il cite entre autres cas celui de ce châtreur de porcs qni mutila sa fille pour la punir de ses débordements en la privant des attributs de son sexe. Les changements consécutifs à cette opération dans la constitution de la femme étaient, avec l'aspect viril pris par le sujet, la suppression des règles, l'abolition des fonctions sexuelles propres et l'atrophie des mamelles.

La tératologie signale de même chez les sujets dont les ovaires font défaut, en même temps que l'habitus masculin, l'atrophie des seins ; c'est là ce qu'enregistre Scanzoni dans son ouvrage (p. 330), et Busch et Tripps (1), dans un cas, ont noté un arrêt de développement de ces glandes.

Si le gonflement du sein chez les filles et chez les jeunes garçons à l'époque de la puberté, chez la femme à chaque époque menstruelle, est du domaine de la physiologie pure, la pathologie a d'autre part noté la sympathie qui unit les organes de procréation, testicules ou ovaires, et les mamelles chez les sujets des deux sexes : c'est ainsi qu'à la suite de la suppression brusque du flux menstruel chez des jeunes femmes, les seins deviennent rapidement le siège de vives douleurs et d'un gonflement excessif (2) ; c'est ainsi que nombre de chirurgiens, et entre autres Gaillard (3), observèrent que chez l'homme le gonflement anomal de la mamelle accompagnait souvent un état pathologique des organes de la génération : chez deux malades atteints de cancer de l'épididyme, et dont les mamelles avaient pris un développement féminin, l'autopsie fit reconnaître que ce gonflement n'avait point d'autre cause que le développement hypertrophique des acini. M. le professeur Robin a, du reste, démontré cette relation qui existe chez l'homme comme chez la femme entre les mamelles et les organes génitaux, les affections de l'utérus et de l'ovaire étant particulièrement accompagnées du développement des culs-de-sac glandulaires du sein.

Dans un récent travail (4), M. Édouard Labarraque a indiqué comme causes fréquentes dans l'étiologie de l'hypertrophie générale de la glande mammaire chez la femme, l'aménorrhée et surtout la suppression brusque des règles : il a cité de nombreuses observations à l'appui de cette opinion, empruntée soit aux services des hôpitaux de Paris, soit aux livres de Hey, aux mémoires de Grähs et de Bouyer (de Saintes).

Le point de départ de l'action sympathique pour ces divers cas est donc l'ovaire, dont l'absence congénitale, l'ablation, l'état physiologique ou pathologique retentissent en le modifiant sur l'organisme entier de la femelle et particulièrement sur l'organe de la lactation. Le silence physiologique de la mamelle et son atrophie consécutive comme son hypertrophie et l'accomplissement de sa fonction étant la conséquence d'un état connu de l'ovaire, était-il possible, en renversant les deux termes du problème, d'obtenir le silence physiologique de l'ovaire en enlevant la mamelle ? Le retentissement qu'aurait sur le système entier cette mutilation serait-il assez grand pour amener la stérilité ? Telle était la question que nous nous sommes posée (1).

Le cochon d'Inde était naturellement désigné pour servir à ce genre de mutilation : ce petit mammifère n'a, en effet, que deux mamelles inguinales, ce qui diminue singulièrement le traumatisme ; il se reproduit de bonne heure ; le nombre annuel de ses portées est de six environ et la durée de la parturition n'est que de trois semaines, tous faits qui favorisent la rapidité et la multiplicité des observations.

Nous avons donc entrepris une série d'expériences sur ce petit animal.

Les premières remontent au mois de septembre 1873, les secondes au mois d'avril 1874, les troisièmes au mois de septembre de la même année ; les dernières enfin ont été faites récemment, au mois de septembre 1878.

De ces cobayes femelles, les unes n'avaient point encore porté et étaient âgées de deux mois au plus ; les autres étaient adultes et avaient déjà fait plusieurs portées. L'ablation de la mamelle chez les femelles vierges et les adultes avait pour but d'entraver le travail de l'ovulation en plein fonctionnement chez celles-ci à la suite d'une activité génitale déjà ancienne, et de l'empêcher de débuter chez les premières. Cette ablation, aussi complète que possible, a toujours compris l'orifice de sortie du lait, le mamelon.

Les premières femelles opérées ne furent soumises au coït qu'après un temps assez long, du sixième au onzième mois consécutivement à l'opération.

Les dernières que nous avons présentées au mâle en septembre 1878 avaient été opérées en septembre 1874 : pour celles-ci il y a donc eu un intervalle de quatre ans entre l'opération et le premier coït consécutif.

Les mâles dont nous sommes servis étaient tous adultes et vigoureux.

Voici les conclusions de ces expériences :

Dans les quatre séries, chez les femelles vierges comme chez les autres, le résultat du coït a été positif : toutes les femelles soumises au mâle sont devenues pleines et ont mis bas, au bout du temps normal de la gestation, des petits parfaitement conformés dont le nombre a varié de deux à cinq, c'est-à-dire a atteint le chiffre habituel de la plupart des portées.

A l'examen anatomique et microscopique, l'ovaire de ces femelles ne différait en rien de celui d'une femelle non privée de la glande mammaire : le travail physiologique de l'ovulation n'avait été ni arrêté chez celles-ci, ni empêché chez celles-là. Nous n'avons point observé non plus que le tissu glandulaire lui-même se reproduisît, pas plus chez les femelles de trois mois, comme l'avait noté M. de Sinéty, que chez celles qui avaient une année ou deux ; le mamelon ne se reforma pas davantage. L'animal reste entièrement privé de l'organe de lactation. L'allaitement fait donc totale-

(1) Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus; anomalies des ovaires*, p. 76.

(2) Nélaton. *Traité de path. ext.*, t. IV, p. 2. — *Éphém. des curieux de la nature*, c. 1 et 2, p. 136, obs. XVIII.

(3) Société de Biologie (*Gazette méd.*, 1850, p. 351). — Voir aussi Nélaton, t. IV, p. 101 et suiv. ; Paul d'Égine, l. XLVI, ch. 5 ; Giraldès, *Mém. Soc. chir.*, t. II, p. 98.

(4) *Étude sur l'hypertrophie générale de la mamelle chez la femme.* (J.-B. Baillière, 1875.)

(1) Au mois de février 1874, M. de Sinéty communiqua à l'Académie des sciences (séance du 23) un travail sur le même sujet. Bien que nos recherches fussent commencées depuis six mois environ, nous avons négligé de publier alors les conclusions qui en ressortaient déjà clairement, ne voulant point attirer l'attention sur des expériences que nous ne jugions pas encore répétées un assez grand nombre de fois, et refusant d'ailleurs d'attacher à une question de priorité l'importance qu'on y met d'ordinaire.

ment défaut, et les petits mis bas par les femelles périssent d'inanition.

Dans deux cas cependant les petits ne sont point morts : dans l'un, une femelle d'un an et demi, qui avait déjà fait plusieurs portées, et que nous opérâmes dans l'état de gestation, éleva l'unique petit qu'elle mit bas, sans toutefois l'allaiter; dans l'autre, une femelle de six mois éleva sans les allaiter davantage trois petits qui constituèrent sa première portée.

L'ablation de leurs mamelles avait d'ailleurs été tout à fait complète, et l'examen minutieux des régions inguinales chez les deux mères montra que non plus chez elles que chez les autres la glande et le mamelon ne s'étaient reformés. Ce fait curieux trouve son explication fort simple, en ce que ces petits étaient beaucoup plus vigoureux que les autres à leur naissance et qu'ils ont commencé de suite à prendre une nourriture solide : racines, herbes, etc. On sait d'ailleurs que la durée de l'allaitement est très-courte. Cuvier et Daubenton avaient exactement noté qu'elle est d'une dizaine de jours environ.

Chez plusieurs autres femelles pleines que nous avons opérées, la parturition ne fut pas plus que dans le cas précédent hâtée par ce traumatisme, rendu cependant plus grave par l'état de gestation et le volume plus considérable des mamelles ; leurs petits succombèrent tous.

Le résultat des recherches était donc tout à fait négatif : l'ablation des mamelles n'avait aucun retentissement sur les voies nerveuses qui auraient pu, par action réflexe, modifier le système génital, ces voies nerveuses, les mêmes sans doute par lesquelles l'ovaire tient la mamelle sous sa dépendance et qui font de la sécrétion lactée un phénomène réflexe, n'ayant d'ailleurs pu être spécifiées par la physiologie expérimentale (1).

Les conclusions de cette note, identiques à celles de M. de Sinéty, peuvent offrir un certain intérêt pour le chirurgien qui aurait à pratiquer l'ablation des glandes mammaires dans le cas où elles présenteraient une hypertrophie considérable, ainsi que M. le professeur Richet l'a fait le 9 mars 1875 sur une jeune fille de quinze ans, dans son service de l'Hôtel-Dieu. La fécondation ne sera nullement entravée, et la question de l'allaitement ici n'est que secondaire, puisque la mère peut avoir recours à une nourrice ou à l'allaitement artificiel.

Il convient cependant de dire à ce propos qu'Aubert a rappelé et activé la sécrétion lactée chez une jeune femme convalescente en appliquant directement l'électricité sur les glandes mammaires. (Emploi de l'électricité localisée pour rappeler la sécrétion lactée, *Gaz. des hôp.*, 1856, p. 415.)

(1) Küss (p. 408, 410); Wundl., 2e éd., trad. Bouchard (p. 324).

---

## BIOLOGIE

### De la différenciation suivant les constitutions.

Par M. Delaunay.

*Espèce.* — Chez les espèces inférieures, les individus appartenant aux mêmes race, sexe et âge présentent entre eux de faibles différences au point de vue anatomique et physiologique ; exemple : le lapin, le cheval, etc. Au contraire, chez les espèces supérieures ou arrivées au terme de leur évolution, on observe toujours une prééminence de certains individus sur les autres. Cette prééminence atteint son maximum chez l'espèce humaine qui, au point de vue de la constitution, est divisible en forts, moyens et faibles. Le fort a le sang plus riche en globules rouges, en hémoglobine et en fer. Il absorbe plus d'oxygène et d'aliments et excrète plus d'acide carbonique et d'urée. Sa température est plus élevée, sa taille, son poids, sa capacité thoracique sont plus grands, son cerveau est plus lourd. En un mot, il est plus nourri, plus vigoureux et plus intelligent que le faible.

*Race.* — Chez les races inférieures, il y a égalité et ressemblance entre les individus. Tous les sauvages d'une tribu ont à peu près la même taille, le même poids, la même force musculaire et la même intelligence, généralement peu développée. Au point de vue de l'aspect extérieur, la race peut être représentée par un type unique très-caractéristique.

Au contraire, dans les sociétés supérieures, l'apparition successive des grandes fonctions sociales (agriculture, industrie, commerce, etc.) et des milliers de professions qui en dépendent substitue au type primitif des types multiples et divers qui différencient les individus à l'infini. Ces différences sont telles que la médecine légale est souvent en mesure de dire quelle profession exerçait un individu à la seule inspection de son cadavre. Au point de vue de l'aspect extérieur, il est impossible de trouver deux individus se ressemblant absolument.

A Paris, d'après M. Broca, la capacité crânienne s'accroît en moyenne de 5 centimètres cubes par siècle. Mais, comme les capacités intermédiaires comprises entre le minimum fixe de capacité et le maximum toujours croissant, sont de plus en plus nombreuses, il en résulte entre les Parisiens une différenciation crânienne et intellectuelle de plus en plus grande. Plus une société est avancée, plus les opinions et les idées des individns qui la composent sont diverses et souvent opposées. Cette division intellectuelle, dont on a voulu faire un caractère d'infériorité en particulier pour la France, paraît être, au contraire, un caractère de supériorité. On pourrait même soutenir que ce conflit permanent entre les diverses opinions est la principale cause du progrès qui, à l'instar de tous les mouvements, se compose d'actions et de réactions.

Cette différenciation extrême décourage les anthropologistes, qui constatent que les hommes d'une même race supérieure diffèrent plus anatomiquement les uns des autres que les hommes de diverses races inférieures.

*Sexe.* — On trouve plus de différences biologiques entre les mâles qu'entre les femelles d'une même race. M. Bourrel, vétérinaire à Paris, a vérifié le fait chez nos animaux domestiques. Si l'on prend au hasard dix coqs de Crèvecœur, par exemple, on verra qu'au point de vue de la taille et du développement de l'appareil locomoteur ils diffèrent beaucoup plus les uns des autres que dix poules de la même variété. De même, dans l'espèce humaine, que l'on considère la taille, la couleur des cheveux, la force musculaire, la voix, les goûts, les idées et même l'écriture, on trouve chez les femmes une grande ressemblance et chez les hommes une immense diversité.

*Age.* — Les enfants sont tous petits, blonds, faibles, et ont à peu près les mêmes facultés morales et intellectuelles. D'après les pathologistes, les différences de tempérament sont peu prononcées dans l'enfance. Au contraire, on observe chez les adultes une extrême variété à tous les points de vue. Entre le nain et le géant, entre le très-faible et le très-fort, entre l'idiot et l'homme d'une intelligence supérieure, il existe une foule de degrés intermédiaires qui marquent une très-grande différenciation. Le pouls, qui est fréquent chez tous les enfants, varie de 40 à 90 chez les adultes. Les cheveux, qui sont blonds chez presque tous les enfants, varient chez l'adulte du blond le plus clair au brun le plus foncé. La voix, qui est aiguë chez tous les enfants, varie chez l'adulte du ténor à la basse, etc.

Ces différences s'atténuent avec l'âge et finissent par disparaître chez les vieillards qui ont tous, à un moment donné, la même constitution faible, les mêmes sentiments, les mêmes goûts et les mêmes idées enfantines.

*Constitution.* — Les forts et les intelligents présentent beaucoup plus de variations que les faibles et les inintelligents. Tous les professeurs savent que dans un concours, par exemple, il est toujours facile de classer les premières copies et au contraire souvent très-difficile de classer les dernières. La différenciation entre les individus est plus grande dans les classes riches que dans les pauvres et à la ville qu'à la campagne.

*Parties du corps.* — Les adultes diffèrent plus entre eux au point de vue animal qu'au point de vue végétatif. Certains organes et systèmes sont plus développés chez les faibles, exemple : les leu-

cocytes, le système adipeux. Au contraire, les muscles et le cerveau sont plus développés chez les forts.

*Fonctionnement.* — On pourrait croire que l'instruction donnée également aux individus intelligents et aux faibles d'esprit a pour effet de rétablir entre eux l'égalité intellectuelle rêvée par certains philosophes. Il n'en est rien. Au contraire, l'éducation accroît encore la prééminence des premiers sur les seconds. L'égalité intellectuelle, qui existait chez les races primitives et qui existe encore chez les sauvages, tend à disparaître avec les progrès de la civilisation qui assure définitivement la suprématie des gens intelligents.

*Conclusion.* — La différenciation étudiée selon les constitutions étant plus grande chez les espèces et les races supérieures que chez les inférieures, chez l'adulte que chez l'enfant et le vieillard, chez les forts et les intelligents que chez les faibles et les inintelligents, dans les appareils de la vie animale que dans les appareils de la vie végétative, en un mot chez les organismes et les parties d'organismes les plus avancés en évolution, *est en raison directe de l'évolution.* De plus, cette différenciation, étant accrue par le fonctionnement organique, *est en raison directe de la nutrition.*

Au point de vue pathologique, certaines maladies frappent les forts plus fréquemment et plus gravement que les faibles. Ce sont les maladies qu'on observe précisément chez les races les plus fortes (blanches), le sexe le plus fort (masculin), à l'âge où l'homme est le plus fort (adulte), dans le côté le plus fort (côté droit), en un mot chez les individus et les parties les plus nourris et les plus avancés en évolution. Aussi peut-on considérer ces maladies comme agissant en raison directe de la nutrition et de l'évolution. Telles sont la goutte, les maladies aiguës, les phlegmasies, etc.

Au contraire, certaines maladies frappent les faibles plus fréquemment et plus gravement que les forts. Ce sont précisément les maladies auxquelles sont sujets les races faibles, le sexe faible, les âges faibles (enfance, vieillesse), le côté faible (côté gauche), en un mot les individus et les parties les moins avancés en évolution. Aussi peut-on considérer ces maladies comme agissant en raison inverse de la nutrition et de l'évolution. Parmi ces maladies se trouvent la scrofule, la tuberculose, la phthisie, la chorée, les maladies chroniques.

Les considérations qui précèdent nous expliquent les antagonismes signalés par les auteurs. Les forts étant sujets aux maladies en raison de la nutrition, en raison de la force, ne sont pas sujets aux maladies en raison de la faiblesse. Au contraire, les faibles, étant sujets aux maladies en raison de la faiblesse, échappent aux maladies en raison de la force. Ainsi s'expliquent les antagonismes observés entre la fièvre intermittente et la phthisie (Boudin), entre la goutte et le cancer, entre la tuberculose et le saturnisme, entre la chlorose et la pneumonie.

Quant aux moyens, on comprend qu'ils échappent à la fois aux maladies en raison de la force et aux maladies en raison de la faiblesse. M. Delaunay donne des exemples démontrant que l'état moyen est le plus favorable à la santé. Les épidémies emportent les forts et les faibles et épargnent les moyens. La pneumonie tue les adultes et les enfants, c'est-à-dire les forts et les faibles et n'est jamais mortelle chez les adolescents, c'est-à-dire chez les moyens. La même maladie, qui est très-grave quand elle siège au sommet (la partie la moins nourrie) ou à la base (la partie la plus nourrie) du poumon, n'est jamais mortelle quand elle siège au lobe moyen. La thérapeutique, qui, en somme, agit en affaiblissant les forts ou en fortifiant les faibles, ne fait pas autre chose que ramener la nutrition générale ou locale à l'état moyen. Dans tous les cas, il résulte de ce qui précède que la thérapeutique, qui est à peu près la même chez les enfants ou chez les vieillards, doit varier ses moyens chez les adultes et différer comme eux.

En résumé, que l'on compare entre eux les côtés, les sexes ou les constitutions, on arrive à cette même conclusion, que la différenciation est en raison directe de la nutrition et de l'évolution. M. Delaunay se propose de poursuivre cette étude chez les espèces, chez les races, aux différents âges et dans les divers appareils organiques.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 janvier 1879. — Présidence de M. Hervieux.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Labric, en quittant le fauteuil de la présidence, et M. Hervieux en y prenant place, font chacun une allocution qui est accueillie par des marques unanimes d'approbation.

**Du chloroforme dans les affections cardiaques.** — M. Dieulafoy fait un rapport sur un travail de M. Vergely (de Bordeaux), candidat au titre de membre correspondant.

Dans ce travail M. Vergely s'applique à démontrer que le chloroforme, loin d'être contre-indiqué chez les cardiaques, comme on l'a cru jusqu'ici, peut, employé avec prudence, seul ou associé au chlorhydrate de morphine, rendre de grands services dans certaines affections du cœur, en particulier dans celles qui s'accompagnent d'angine de poitrine. M. Vergely rapporte plusieurs observations à l'appui de cette thèse. M. Dieulafoy propose : 1° de renvoyer au comité de publication le travail de M. Vergely; 2° d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Ces conclusions sont adoptées.

**Embolie de l'artère poplitée.** — M. Duguet présente les pièces d'un malade mort récemment dans son service. Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, exerçant la profession de boulanger, qui est entré dans son service le 2 août 1878, dans l'état suivant : la jambe gauche, dont il ne pouvait plus se servir, était à moitié fléchie sur la cuisse; la pression des muscles du mollet déterminait une douleur vive; la température de cette jambe était inférieure de 1°,7 à celle de l'autre jambe; on constatait une obtusion de la sensibilité dans toute la jambe, jusqu'aux orteils; les artères tibiales ne présentaient presque plus de battements. Il était donc évident qu'on avait affaire à une oblitération artérielle.

Le 29 juillet, trois jours avant son entrée à l'hôpital, cet homme, en faisant des courses, fut pris dans la jambe gauche d'une douleur subite qui le mit dans l'impossibilité de continuer sa route; il dut se reposer près d'une heure, il eut assez de peine ensuite à rentrer chez lui, et se vit forcé le surlendemain d'entrer à l'hôpital. Outre les troubles que M. Duguet vient de faire connaître, il constata que cet homme, alcoolique, était atteint d'une hypertrophie du cœur, présentait un double souffle à la base, indiquant une lésion double de l'orifice aortique, avait le pouls de Corrigan et offrait un bruit de souffle dans l'artère crurale. Il n'était donc pas douteux qu'on eût affaire à une oblitération, par embolie, de l'artère poplitée. Après avoir été mieux pendant quelque temps, ce malade présenta des signes d'asystolie, de l'albuminurie, de l'œdème des membres inférieurs, de la congestion du foie, des hémoptysies indiquant nettement la formation d'infarctus pulmonaires, et ne tarda pas à succomber.

L'autopsie confirma entièrement le diagnostic porté pendant la vie. L'orifice aortique offrait, en effet, les lésions prévues; l'une de ses valvules était presque complètement détruite et l'artère poplitée était oblitérée par un embolus très-probablement formé par un morceau détaché de cette valvule. On trouve des infarctus, non-seulement dans les poumons, mais aussi dans les reins et la rate.

M. Laboulbène demande si le caillot oblitérant l'artère poplitée a été examiné au microscope. Cet examen doit être fait pour confirmer l'opinion émise par M. Duguet.

M. Duguet répond que cet examen sera fait ultérieurement.

**La liqueur de pepsine.** — M. Ball emploie fréquemment la liqueur de pepsine qui lui a donné toujours de bons résultats, en particulier dans les dyspepsies des tuberculeux. En ayant prescrit à plusieurs malades de son nouveau service à l'hôpital Temporaire, ces malades, le lendemain, présentèrent tous les signes de l'empoisonnement par la belladone. L'interne du service, qui en avait pris également, fut très-sérieusement indisposé et eut même des trou-

bles intellectuels assez prononcés pour qu'il lui fût impossible d'appliquer son esprit à aucun travail. On supposa d'abord qu'il y avait eu quelque substitution de flacons, mais l'interne en pharmacie s'assura qu'il n'en était rien. On fit donc des recherches, et on trouva dans plusieurs flacons de pepsine des traces non équivoques de la présence d'un alcaloïde qui, selon toute vraisemblance, n'est autre que l'atropine. L'un des internes en pharmacie, s'en étant, en effet, injecté quelques gouttes dans l'œil, fut atteint de mydriase. M. Ball a cru utile d'appeler l'attention de ses collègues sur ce fait de pratique. La pepsine employée par M. Ball est la pepsine Boudot.

M. CONSTANTIN PAUL fait observer qu'il serait urgent de prévenir de ce fait M. Boudot lui-même. Il est probable qu'il s'agit là de quelque erreur de préparation. Cependant on sait que l'on ajoute souvent d'autres médicaments à la pepsine dans les diverses préparations de ce médicament. On fait, entre autres, une pepsine opiacée.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Magnan reprendra les leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 26 janvier, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie.

— La commune de Jouy-sur-Morin (Seine-et-Marne) demande un docteur en médecine. — Clientèle : Jouy-sur-Morin, 1,940 habitants; Saint-Remy-de-la-Vanne, 900 habitants. — Société de secours mutuels en voie de formation.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, leur influence sur l'audition, la respiration et la phonation, leur traitement**, par le docteur Lœwenberg (tirage à part des articles parus dans la *Gazette des hôpitaux* en 1878). In-8° avec 2 figures dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**Considérations sur l'amputation du col de l'utérus** et description d'un mode particulier de pratiquer cette opération, par le docteur A. Reichardt. In-8° de 70 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Octave Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

| | |
|---|---|
| Trois mois. . | 8 fr. 50 c. |
| Six mois. . . | 16 — |
| Un an. . . . | 30 — |

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M Maurice Perrin est un orateur ; en cette qualité, il a fait ses preuves à la tribune de l'Académie. Hier, dans un discours improvisé sans notes, et dont nous nous sommes attachés à reproduire, autant que possible, la physionomie générale, il est venu répondre à M. Colin sur la question de la septicémie. Pour lui cette question est double : selon qu'il s'agit de septicémie chirurgicale à proprement parler, c'est-à-dire avec plaie ouverte, en d'autres termes de ce que M. Perrin propose de nommer *septicémie externe*, ou selon qu'il s'agit au contraire d'accidents septiques survenus en l'absence de toute plaie, de *septicémie interne*, pour nous servir encore des noms de M. Maurice Perrin, la théorie pourrait être tout autre sans que le chirurgien en fût troublé. Dans le premier cas, il faut s'en tenir aux idées de M. Pasteur et procéder en conséquence. Dans le second cas, il faut avouer son ignorance actuelle, attendre les lumières que l'avenir pourra nous donner, et, en attendant, s'abstenir de tout rapprochement qui pourrait jeter le trouble dans les esprits et faire perdre de vue les connaissances acquises. Voilà, si je l'ai bien comprise (et, sinon, ce serait ma faute, car il s'exprimait à merveille), la pensée de M. Perrin.

Mais est-il donc toujours facile d'élever de telles barrières entre ce qu'on croit savoir et ce qu'on croit ignorer? de chasser les doutes, quand ils se présentent, par un classement même très-habile? La division de la pratique en médicale et chirurgicale a eu pour effet d'entraîner la division de la pathologie en *interne* et *externe*. Mais, pour une question qui se présente isolément, telle que la question de la septicité, de la putridité sous ses diverses formes, de la présence des bactéries dans un abcès ouvert ou fermé, cette même division en *interne* et *externe* me paraît satisfaire médiocrement l'esprit. Une question présentée ainsi comme la tête du vieux Janus déconcerte, à ce qu'il me semble.

M. Colin n'aurait qu'à faire la part du feu, abandonner provisoirement la septicémie dite externe et s'en tenir à l'autre sur laquelle on lui laisse le terrain libre en déclarant pour le moment n'y rien comprendre. Il pourrait ainsi se servir avec avantage de toute une moitié du discours de M. Perrin.

Dr Victor REVILLOUT.

## HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

### Traitement de l'albuminurie chronique avec anasarque par la fuchsine ou chlorhydrate de rosaniline (1).

II

OBS. — *Néphrite parenchymateuse chronique. — Albuminurie. — Fuchsine. — Guérison.* — Mlle S..., âgée de trois ans, malade depuis quelques semaines, et rendant des urines sanguinolentes, fut présentée à son médecin, M. Ordenstein, le 18 mai 1878.

L'enfant fut mise au lit et au régime lacté.

Dix jours après, à la suite d'une consultation avec d'autres confrères, on maintint la prescription du lit, du régime lacté, et on ajouta du perchlorure de fer et des ventouses sèches. Le traitement fut suivi pendant trois semaines sans produire d'amélioration, et au contraire l'état s'aggravait, puisqu'il survint de la bouffissure du visage et de l'œdème des membres inférieurs.

A ce moment, M. le docteur Ordenstein me fit appeler, et, après avoir constaté l'état de l'enfant, nous convînmes d'employer la fuchsine d'abord à 5 centigrammes par jour.

Le traitement, n'ayant rien produit au bout de six jours, fut abandonné pour le tannin ; mais, d'après le conseil qui me fut une seconde fois demandé, on reprit la fuchsine à la dose de 10 centigrammes.

Les urines furent plus limpides, plus claires et moins albumineuses. Mais la fuchsine fut encore abandonnée et l'on revint de nouveau à l'emploi du tannin.

Pendant quelques jours les urines furent encore troubles, sanguinolentes et fortement albumineuses, et l'état général restait le même.

C'est alors que la mère amena son enfant chez moi, me demandant un nouvel avis. L'analyse des urines donnait 3 grammes d'albumine par litre et de nombreux globules de sang. Je prescrivis 15 centigrammes de fuchsine en potion avec une goutte d'essence de menthe, le régime lacté et une sudation quotidienne dans le maillot chauffé, imprégné de vapeurs de benjoin.

Quatre jours après, le 3 juillet, il y avait albumine. . . 2g, 60
Le 19 juillet, il y avait albumine . . . . . . . . . . . 2 10

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 janvier 1879.

| | | |
|---|---|---|
| Le 5 août, il y avait albumine | 1 | 25 |
| Le 16 août, il y avait albumine | 1 | » |
| Le 21 septembre, il y avait albumine | 0 | 65 |
| Le 10 octobre, il y avait albumine | 0 | 20 |
| Le 20 novembre, il y avait albumine | 0 | 0 |

Toutes ces analyses ont été faites à la pharmacie Petit et sont parfaitement exactes.

En outre de l'albuminurie, il y avait toujours quelques globules de sang, quelques globules de ferment, et la dernière analyse faite en novembre offrit quelques traces de sucre.

Je repris ces analyses en les faisant au laboratoire de ma salle de l'hôpital des enfants, et je m'assurai enfin au 1er décembre qu'il n'y avait plus dans les urines de cette enfant ni albumine ni sucre.

Le traitement a duré six mois et la dose quotidienne de fuchsine, pour une enfant de trois ans, a été de 15 à 20 et 25 centigrammes par jour : ce qui fait une absorption considérable de substance n'ayant jamais entraîné d'accidents d'aucune espèce.

La fuchsine a été ici très-inoffensive, et elle a été utile. Sous son influence l'albuminurie a diminué de quinzaine en quinzaine, et elle a fini par disparaître.

Le lait a été continué pendant deux mois et remplacé par du poisson, du poulet, des pommes de terre et quelques plats doux.

Voilà donc une observation de néphrite parenchymateuse chronique avec albuminurie considérable, œdème et anasarque durant depuis plusieurs mois, guérie après l'emploi de la fuchsine.

Obs. — *Néphrite albumineuse avec diathèse scrofuleuse. — Fuchsine. — Régime lacté. — Guérison.* — M..., treize ans, entrée le 8 janvier 1879, n° 10 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut ; formée depuis un an. Elle a une otorrhée depuis sept ans. A la suite de la variole, elle a eu la rougeole, la fièvre typhoïde et, depuis trois semaines, une adénite suppurée, coïncidant avec un peu d'œdème aux pieds et au visage. Pas de fièvre. Les poumons et le cœur sont en bon état.

A son entrée, avec la chaleur, l'acide nitrique et picrique, on constate de l'albumine dans les urines en petite quantité, et, le 10 janvier, je commence la *fuchsine* à la dose de 15 centigrammes avec régime lacté.

Le médicament est très-bien supporté, et le 16 l'albumine a complètement disparu. Pendant ce temps, les urines ont été colorées en rose par la fuchsine.

Dans ce cas, le régime lacté et cinq jours de fuchsine ont suffi pour amener la disparition de l'albuminurie.

Les premières observations ont pu et pouvaient être considérées comme d'heureuses coïncidences, car ceux qui ont l'habitude de la clinique savent que, pour l'albuminurie en particulier, il y a des guérisons inespérées obtenues en apparence par des moyens qui, étant employés de nouveau, ne donnent aucun résultat et tombent aussitôt dans l'oubli. Il faut donc être très-réservé dans les conclusions à tirer des remèdes nouveaux que l'on emploie, et ce n'est qu'après de nombreuses observations identiques, recueillies avec le plus grand soin, que la lumière peut se faire sur les qualités réelles d'un remède.

En communiquant mes premiers faits de guérison après l'usage de la fuchsine, j'ai dû n'en parler qu'avec les réserves nécessaires pour éviter toute erreur. Mais, poursuivant mes études, et multipliant les faits qui sont aujourd'hui au nombre de dix, il m'a semblé que l'action de la fuchsine dans l'albuminurie était chose avantageuse. De plus, dans l'emploi de cette substance, il y a autre chose encore qu'il est facile d'établir : c'est sa parfaite innocuité, même à des doses considérables, continuées pendant longtemps. Je reviendrai sur ce sujet dans un instant.

Les observations d'albuminurie guéries par la fuchsine se décomposent comme il suit :

Une qui a été publiée par MM. Bergeron et Clouet dans la *Gazette hebdomadaire ;*

Une autre par M. J. Feltz dans le même journal ;

Une autre dans la *Gazette des hôpitaux* de 1878, due à M. Feltz ;

Enfin, sept autres publiées par moi, ce qui fait en tout dix observations.

Dans tous ces cas, l'albuminurie a très-rapidement diminué de quantité et de qualité, puis elle a disparu au bout d'un temps plus ou moins long.

La durée du traitement a été de un à six mois, et la dose du remède a varié de 10 à 20 et 25 centigrammes par jour.

En même temps que je donnais de la fuchsine, je prescrivais le régime lacté, et, selon le goût des malades, quelques viandes blanches.

Plusieurs ont également eu pendant un temps plus ou moins long des sudations quotidiennes produites par un enveloppement de deux heures dans une couverture de laine chaude imprégnée de vapeurs de benjoin.

Tel a été le traitement employé avec suite et persévérance.

Dans tout ce traitement, les urines ont pris une couleur rose plus ou moins prononcée due au passage de la substance dans le sang et à travers les reins.

La langue et les lèvres ont été très-colorées en rouge.

L'appétit n'a pas été troublé. Il n'y a eu ni gastralgie, ni coliques, ni diarrhée. Une fois il y a eu des vomissements qui n'ont duré que vingt-quatre heures, et, dès le lendemain, la fuchsine ayant été administrée de nouveau, les vomissements n'ont pas reparu.

On peut donc dire que la fuchsine est un médicament très-inoffensif.

Je sais bien qu'on a dit que la fuchsine administrée à des lapins leur donnait de l'albuminurie, mais qu'est-ce que cela prouve relativement à l'homme? Absolument rien. On sait aujourd'hui ce qu'on retire d'erreurs par l'expérimentation de certaines substances sur les lapins lorsqu'il s'agit de conclure de ces animaux à l'homme. Tout ce qui se fait dans cette voie est frappé de nullité. En voici une nouvelle preuve dans l'emploi de la fuchsine. On croyait pouvoir déduire son action vénéneuse chez l'homme de ses effets nuisibles sur les lapins, et voilà que l'homme peut absorber sans danger d'énormes quantités de fuchsine.

Par ce fait tombent toutes les accusations qui ont été portées contre les vins fuchsinés dont le danger est tout à fait nul. En effet, dans une pièce de vin, il n'y aura jamais autant de fuchsine que j'en ai donné à un seul de mes malades, puisque des enfants en ont absorbé jusqu'à 12 et 15 grammes en quelques semaines. On fera bien de proscrire l'emploi de la fuchsine dans la coloration des vins, parce que c'est une fraude, mais il n'y a plus à invoquer comme motif de défense le danger de la substance. Que la fuchsine soit arsenicale ou pure, mes conclusions sont les mêmes. Je n'ai pas eu plus d'accidents avec l'une qu'avec l'autre. D'ailleurs, si on réfléchit un peu, on verra que la quantité d'arsenic renfermée dans la fuchsine est en si minime proportion qu'elle ne peut faire aucun mal.

En résumé, la fuchsine, ou chlorhydrate de rosaniline, à

la dose longtemps prolongée de 10 à 25 centigrammes par jour, n'a aucun danger.

Employée contre l'albuminurie, elle en diminue rapidement la quantité et paraît amener la guérison.

Dans les cas même où la maladie est compliquée d'hydropisie sous forme d'œdème ou d'anasarque, elle a produit des effets dont on peut lui attribuer l'honneur et qui méritent d'appeler l'attention des médecins sur son emploi.

---

**HOPITAL DE BEYLERBEY** (Constantinople). — M. Girerd.

## Des plaies du scrotum avec issue du testicule.

I

La *Gazette des hôpitaux* (numéro du 21 septembre 1878) a publié une intéressante observation dans laquelle le malade offrait, entre autres lésions, une plaie du scrotum avec arrachement presque complet des bourses.

A côté de ce fait, nous reproduirons trois observations personnelles de testicules pendants et sans protection, par suite de l'organisation vicieuse de la cicatrice des bourses sur le cordon.

Toutes les fois qu'à la suite d'une plaie du scrotum, avec ou sans perte de substance, le testicule fait hernie à travers la solution de continuité, trois cas peuvent être observés dans le résultat définitif.

1° Le testicule a été réduit, et les bords de la plaie des bourses ont été réunis purement et simplement.

2° Le testicule réduit, la cicatrisation se fait, partie aux dépens des bourses attirées au centre de la plaie par la rétraction du tissu inodulaire, partie aux dépens des bourgeons charnus qui s'organisent sur la glande elle-même.

3° Les testicules ne peuvent être réduits, parce qu'il ne reste plus suffisamment de peau pour les recouvrir, et la cicatrisation se fait par l'exsiccation des bourgeons qui les recouvrent en totalité

Dans le premier cas, le résultat est aussi satisfaisant que possible, et il n'y a rien à en dire.

Dans le second, le résultat n'est que médiocre, car les testicules peuvent ne pas être suffisamment protégés par la cicatrice des bourgeons charnus, mais cependant, dans la plupart des cas, il faut s'en contenter.

Mais, quand les téguments arrachés ou enlevés par la gangrène sont trop courts pour recouvrir la glande, et que leurs bords se cicatrisent derrière elle, de façon à la laisser à nu, alors une intervention chirurgicale devient indispensable; car elle doit leur créer, aux dépens des téguments voisins, une enveloppe destinée à les protéger contre les violences extérieures.

Ce sont les trois cas suivants qui nous ont successivement fourni l'occasion d'appliquer cette espèce d'autoplastie.

Obs. I. Le nommé Mehemet Saïd, âgé de vingt-neuf ans, originaire de Napolis, reçut à Djouma un coup de feu qui lui enleva la portion inférieure du scrotum, et lui fit une plaie en séton à la partie postérieure et interne de la cuisse droite.

Il entre dans notre service, à l'hôpital de Beylerbey (Constantinople), le 12 août 1877, quinze jours après le combat. — La lésion de la cuisse est réparée. — Le malade nous append qu'aussitôt après le coup reçu, le testicule droit a fait hernie, et qu'on s'est contenté de le maintenir avec un bandage, en appliquant dessus un pansement phéniqué, et qu'aucune tentative de réduction et de réunion des bords de la plaie n'a été faite.

Actuellement, on peut observer que le scrotum a subi une perte de substance considérable, que les bords de la plaie se sont cicatrisés immédiatement derrière le testicule, qui est à nu, et attiré vers la racine de la verge. — Le volume du testicule est normal; sa moitié supérieure est recouverte d'une membrane cicatricielle très-mince; alors que sa moitié inférieure l'est par des bourgeons charnus, à peine humides, dont l'exsiccation va bientôt former une cicatrice semblable à celle qui recouvre la moitié supérieure.

Le malade se plaint de ressentir, presque constamment, une douleur d'un caractère spécial, et qu'il prétend être, avec raison, croyons-nous, le résultat de la constriction que la cicatrice circulaire du scrotum exerce sur l'épididyme, et que le tissu inodulaire exerce sur le testicule lui-même.

Enfin, le testicule est d'une telle sensibilité, que le moindre frottement est insupportable au malade, qui nous supplie de lui enlever cette glande.

Aussi, quelle n'est pas la satisfaction du blessé, quand nous lui proposons de lui remettre la glande en place, en faisant une autoplastie des bourses! — Le 14 août, l'opération est donc pratiquée en présence de MM. les docteurs Photiadès et Santorinéos (1). — Le malade chloroformisé, nous détachons en premier lieu les bords de la solution de continuité, pour mobiliser ensuite les portions du scrotum qui n'avaient pas encore été détruites, mais avaient contracté entre elles des adhérences par suite de l'inflammation traumatique.

Ces adhérences étaient tellement intimes qu'il fallut nous livrer à une dissection minutieuse pour détacher les brides cicatricielles, et créer deux lambeaux susceptibles de recouvrir complètement la glande séminale. — Le premier lambeau est donc pris à la partie supérieure et latérale, vers le pli de l'aine, aux dépens de la peau, et le troisième à la portion du scrotum qui enveloppait encore le testicule gauche. — Le tissu inodulaire qui s'était organisé sur le parenchyme est enlevé à son tour avec les ciseaux courbes, de façon que la glande ne présente qu'une surface cruentée.

Nous avivons de même les bords des lambeaux, et la plaie est bien nettoyée et lavée avec une solution phéniquée; puis, le testicule réduit, nous le recouvrons par les lambeaux, lesquels sont réunis à l'aide de six points de suture au catgut.

Une légère compression est exercée par dessus, au moyen de bandelettes agglutinatives, afin que toutes les surfaces sanglantes soient bien en contact et se réunissent plus facilement.

Les suites de l'opération furent des plus simples et des plus heureuses : le malade n'eut pas, ou que fort peu, de fièvre traumatique. — La réaction locale fut insignifiante, et tout juste suffisante pour aider à la réunion, qui s'est opérée par première intention, excepté cependant à la partie inférieure, où un petit point que nous avions laissé libre suppura trois ou quatre jours.

La cicatrisation était complète et solide huit jours après, et il ne restait plus de traces de ces désordres, si ce n'est la légère cicatrice linéaire résultant de la réunion des lambeaux auxquels le testicule est adhérent dans toute son étendue.

Le malade peut marcher longtemps sans ressentir la moindre gêne ni la moindre douleur, et, le 3 septembre, il retournait à son bataillon, tout fier de posséder, dans son intégrité, un organe aussi essentiel que celui-là.

---

**CLINIQUE LARYNGOSCOPIQUE.** — M. Ch. Fauvel.

## Quelques points de l'embryogénie du larynx. — Vascularisation terminale de la muqueuse laryngienne. — Causes de l'absence de tuberculose ganglionnaire secondaire dans la phthisie laryngée.

I

Parmi les nombreux cas qui se sont présentés à notre observation, à notre clinique laryngoscopique, il est une certaine série de faits sur lesquels je désire attirer l'attention.

(1) M. Santorinéos, jeune médecin grec, de rare distinction, fut enlevé deux mois après par le typhus dans l'ambulance envoyée à Chipka par la Société du Croissant-Rouge. Il est l'auteur d'une traduction grecque, devenue classique, d'un manuel d'histologie pathologique et d'une physiologie.

Quelques-uns d'entre eux m'ayant paru inexplicables avec les données actuelles de la physiologie normale ou pathologique, je me suis résigné à reprendre l'étude complète du larynx.

Cette étude a dû se diviser nécessairement, et les différents articles que je publie à ce sujet, quand ils seront terminés, formeront un faisceau dont l'homogénéité ne saurait être bien saisie dès à présent.

Pour mener à terme ce travail, j'ai demandé son concours à un histologiste; aussi publierai-je sous peu avec M. J. André l'*embryogénie du larynx* actuellement terminée. L'embryogénie nous donnera la clé d'un certain nombre de faits qui se perdent encore dans le domaine trop large des hypothèses cliniques.

Frappé par l'*extrême rareté* (pour ne pas dire l'absence) *des adénopathies tuberculeuses dans les cas de phthisie laryngée*, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans profit de rechercher à quelles causes on devait rattacher cette absence de tuberculisation secondaire sur laquelle pas un auteur, que je sache, n'a sérieusement appelé l'attention des observateurs.

Mais les causes m'ont semblé cliniquement impossibles à trouver, et j'ai dû me demander si de nouvelles recherches d'anatomie normale ne pourraient pas m'être utiles dans cette voie difficile à suivre.

De là, la première partie de ce travail faite en collaboration avec M. J. André, qui a bien voulu mettre à ma disposition ses préparations parfaitement injectées.

Ces préparations se divisent en deux groupes; les premières ont été faites sur des larynx de sujets morts à l'hôpital Saint-Louis, soit d'affection du larynx, soit d'affections étrangères à cet organe; les autres sont le résultat de coupes pratiquées sur des larynx d'animaux domestiques, de chats en particulier. Mon attention s'est portée principalement sur la muqueuse laryngée et surtout sur son système circulatoire terminal.

L'anatomie de cette muqueuse, résumée et complétée par M. Coyne, devait simplifier mon travail; aussi, après avoir vérifié en effet les assertions de cet auteur, ai-je cru qu'il était inutile de reproduire des études très-bien faites par un autre et me suis-je borné à compléter cette étude par l'examen du système circulatoire terminal du larynx dans ses différentes régions; quant au système anatomique macroscopique, tous les auteurs qui ont écrit sur ce point se sont à peu près textuellement copiés, et je pense qu'il est absolument inutile d'ajouter un mot sur ce sujet dont l'étude primitive, bonne, mais courte, se trouve dans le traité d'anatomie de M. le professeur Sappey.

La muqueuse qui revêt le larynx, ainsi que nous le verrons dans un prochain travail sur le développement de cet organe, se forme par une involution épithéliale. Cette involution se fait aux dépens de la muqueuse œsophagienne; *les autres pièces du larynx se formant sur place aux dépens du feuillet vasculaire ou moyen.*

Telles sont les conclusions auxquelles nous sommes arrivés, M. J. André et moi. A ce propos nous détachons de notre mémoire une observation qui ne laissera aucun doute sur le sujet.

*Embryon de mouton normalement conformé et mesurant un peu moins de 1 centimètre.* — A un grossissement faible (Nachet, OC. 2, obj. 1) on voit que l'épithélium qui tapisse les deux bourgeons aux dépens desquels se forment les maxillaires inférieurs et supérieurs se colore fortement par l'hématoxyline, surtout dans ses parties profondes. Cet épithélium se continue sans changements appréciables dans le sillon qui se trouve situé entre la langue et la gencive. Au niveau du point où cet épithélium se recourbe pour tapisser la face inférieure de la langue, il s'amincit; à la pointe de la langue il s'élargit tout à coup et l'on peut lui décrire deux couches distinctes (Nachet, OC. 2, obj. 3); la première, profonde, constituée par des cellules cylindriques reposant sur une membrane amorphe; la seconde, superficielle, formée de cellules plates dont les noyaux se colorent moins bien que les noyaux de la couche précédente et dont le corps cellulaire est moins grenu, plus vitreux, corné.

L'épithélium ainsi disposé passe sur toute la face dorsale de la langue sans subir de modifications et en restant parallèle, sur une coupe passant bien par le milieu de la tête, avec un gros vaisseau qui se bifurque vers le tiers postérieur de la langue pour se perdre dans les parties latérales de cet organe.

Au niveau de la base de la langue on voit un épaississement épithélial se produire.

Peu à peu le bourgeon s'allonge et nous paraît creux.

Les cellules profondes qui le forment, avides de carmin, se développent avec rapidité, le cylindre s'incurve en présentant sa convexité vers la face ventrale de l'embryon.

Plus tard naîtront autour de lui les pièces multiples qui constituent l'organe et ses annexes.

Les cellules qui le composent primitivement n'offrent, au reste, rien de particulier comme structure. Les modifications que subira plus tard la muqueuse laryngée ne sont pas toutes accomplies à la naissance; quelques-unes d'entre elles ne se présentent que vers l'âge de la puberté.

A cette époque, la muqueuse laryngienne se continue sans interruption, en haut avec la muqueuse de la bouche et du pharynx, en bas avec celle de la trachée, etc.

A la base de l'épiglotte, au niveau des replis ary-épiglottiques, elle cesse d'être tapissée par un épithélium pavimenteux et revêt un épithélium cylindrique à cils vibratiles. Sur les surfaces libres des cordes vocales supérieures (Coyne) et inférieures (Naumann, Kölliker), l'épithélium pavimenteux reparaît, mais sans tapisser cependant les cordes sur tout leur bord libre.

Le derme composant la charpente de la muqueuse est plus ou moins épais selon le point que l'on examine et varie avec la partie de la muqueuse soumise à l'examen microscopique. On peut lui décrire cependant deux couches: la première située sous l'épithélium et représentant une limitante chargée de supporter cet épithélium.

Cette limitante se présente avec des caractères particuliers, caractères en rapport avec les différentes régions. La face supérieure est lisse; de la face inférieure se détachent de fines fibrilles qui vont se perdre dans la couche sous-jacente.

Celle-ci se divise elle-même en deux portions: la première est formée par un tissu conjonctif lâche, réticulé, contenant des éléments ronds *à 2 ou 4 noyaux.*

Ces éléments se rapportent à ceux que Coyne a décrits comme follicules clos; ils sont quelquefois difficiles à trouver chez l'homme et mal délimités. Il en est autrement chez le chat (J. André). Chez cet animal, en effet, les follicules sont parfaitement limités et leur structure est des plus nettes.

Sur une coupe passant par le centre des cordes vocales, nous avons constaté que ces follicules sont peu nombreux; nous en avons compté quatre. Le plus volumineux, placé au niveau de l'angle rentrant formé par le ventricule, mesurait plus d'un centième de millimètre. Le tissu périphérique qui l'entourait était très-dense, et de la partie interne de cette face partaient des prolongements fibrillaires très-fins, limitant des loges remplies d'éléments lymphoïdes.

La seconde partie de la couche dermique est plus dense, plus résistante, et contient des glandes plus ou moins volumineuses suivant la région.

Les glandes les plus volumineuses se rencontrent à la base de l'épiglotte et au-devant des cartilages aryténoïdes.

## THÉRAPEUTIQUE

### Étude sur le maté,

Par M. le docteur Couty.

M. Jobert avait avancé que les matés préparés au Brésil, étant tous falsifiés, ne pouvaient servir à une bonne étude expérimentale; M. Couty fait remarquer qu'il a utilisé des produits présentant toutes les garanties désirables.

Les expériences sur les chiens ont été faites avec du maté qui lui a été fourni, en grande quantité, par M. le chargé d'affaires du Brésil; ce maté avait été envoyé à l'ambassade par le gou-

vernement du Brésil, dans le but précis de servir à des études plus complètes et plus générales que celles faites jusqu'à ce jour; l'échantillon que présente M. Courty lui a été donné comme représentant exactement la substance employée depuis des siècles par les populations des provinces méridionales du Brésil.

Outre ce maté grossièrement préparé, M. Couty a présenté à la Société de Biologie d'autres échantillons, préparés au Paraguay, avec beaucoup plus de soin, et destinés aux consommateurs plus riches et plus raffinés. Ce sont d'abord des feuilles entières d'ilex paraguayannensis, ce sont ensuite ces mêmes feuilles, concornées et telles qu'elles sont livrées au commerce; ce sont même des rameaux, des fragments, du bois qui ont été séparés des feuilles, dans le but d'étudier à part leur valeur et leur action. Tous ces produits proviennent donc des ilex du Paraguay, et ils ont été fournis à M. Courty par M. le général Morin, qui les avait reçus de M. Barbier, ingénieur civil, de retour d'une mission dans l'Amérique méridionale. Or, ces produits, M. Couty les a utilisés dans une série d'expériences faites sur lui-même; et ces expériences sur l'homme, faites avec le maté du Paraguay, ont fourni au moins, quant à l'action la plus importante et la plus immédiate sur la vessie et les intestins, les mêmes résultats que ceux obtenus sur des chiens avec le maté du Brésil.

Il faut, du reste, remarquer que cette action si spéciale du maté sur les organes intra-abdominaux a été, depuis longtemps, notée par les cliniciens et les hygiénistes, et M. Couty n'a fait qu'étudier, dans leur ensemble, des phénomènes qui, depuis longtemps, avaient été observés isolément : c'est là encore une nouvelle preuve, et la meilleure, de la bonne qualité des substances qui ont été employées dans les expériences faites chez M. Vulpian, substances dont l'origine présentait, du reste, toutes les garanties désirables d'authenticité. En présence de ces faits, M. Couty n'a pas jugé utile de recourir à un examen botanique pour lequel il n'aurait peut-être pas été suffisamment compétent, surtout étant donné qu'il ne pouvait apprécier suffisamment l'importance des objections qui lui étaient opposées.

M. Couty ajoute qu'il n'admet pas que le maté agisse seulement par son alcaloïde, nommée matéine par M. Gubler; avec M. Gubler, il n'admet pas que la matéïne soit l'analogue de la caféine, et il se réserve d'établir ces divers faits dans des communications subséquentes.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 janvier 1879. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

### CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend : 1° un travail manuscrit intitulé : *Quelques observations au sujet du vaccin et des revaccinations*; 2° un travail manuscrit de MM. les docteurs Planat et Hugues (de Nice), intitulé : *Recherches sur les températures au moyen de l'appareil thermo-électrique.*

M. le docteur Delmas (de Bordeaux) demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui dans la séance du 8 décembre 1877. M. le secrétaire perpétuel ouvre ce pli cacheté, qui contient notamment cinq propositions originales, relatives à l'action du froid de la chaleur sur l'organisme.

M. Henri Guéneau de Mussy, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie aux obsèques de M. Ambroise Tardieu.

### PRÉSENTATION DE MALADE

M. Bucquoy, médecin de l'hôpital Cochin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, présente une malade atteinte d'un anévrysme de l'aorte ascendante, traité avec succès par la méthode électrolytique. Cette malade, âgée de trente-neuf ans, blanchisseuse, entra pour la première fois dans le service de M. Bucquoy le 29 mai 1876, présentant les signes non douteux d'un anévrysme de l'aorte à son début : douleur vive à la pression au niveau du deuxième espace intercostal, matité dans une étendue de 5 à 6 centimètres transversalement et double battement aortique; pas de souffle proprement dit; elle se plaignait surtout de crises très-douloureuses avec sentiment de déchirure. Sortie après quelques jours de repos, elle reprit son travail, mais, vers le milieu de l'année dernière, la malade étant reprise de crises douloureuses et éprouvant une dyspnée habituelle, il apparut tout à coup à la surface du thorax une tumeur qui, en moins de trois semaines, arriva au volume d'une grosse noix.

Rentrée à l'hôpital Cochin le 3 juin 1878, très-amaigrie, elle portait alors une tumeur dont les diamètres mesuraient 11 à 12 centimètres de longueur sur 8 de hauteur et qui était le siége de douleurs très-vives. Cette tumeur occupait les deuxième, troisième et quatrième espaces intercostaux et présentait un double bruit de souffle à l'auscultation.

Aucune complication importante, d'ailleurs, du côté du cou et de l'aorte.

L'électrolyse fut pratiquée pour la première fois le 12 juin. Deux aiguilles furent enfoncées à une profondeur de 2 centimètres et demi et mises en contact exclusivement avec le pôle positif de la pile. La douleur, durant l'opération, fut extrêmement vive, mais elle s'apaisa vers le commencement de la nuit et le sommeil fut calme et paisible.

L'amélioration s'accentua de plus en plus les jours suivants, la douleur disparut, la tumeur diminua de volume, et quatre autres applications, faites à une quinzaine de jours d'intervalle pendant les mois de juin, juillet et août, eurent pour résultat de réduire de plus de moitié le volume de la tumeur. La malade, très-soulagée, sortit de l'hôpital le 23 août. Elle y rentra deux mois plus tard, n'ayant pas encore perdu le bénéfice du premier traitemenl, car dans la moitié inférieure la tumeur restait complètement affaissée. On recommença l'électrolyse les 31 octobre, 16 novembre, 11 décembre et 4 janvier.

Aujourd'hui l'état général de la malade est aussi satisfaisant que possible; la tumeur, extrêmement réduite, ne présente plus qu'une portion saillante du volume d'une grosse noisette qui conserve les caractères de la poche anévrysmale, c'est-à-dire de l'impulsion, des battements et un léger souffle au premier temps. Il faut remarquer que, depuis la dernière séance d'électrolyse, cette partie de la tumeur semble plus résistante, ce qui permet d'espérer des résultats encore plus complets, peut-être même une guérison complète.

M. Bucquoy rappelle que ce serait alors le premier cas de guérison complète obtenue par l'électrolyse, mais que, dans les faits déjà assez nombreux rapportés dans les statistiques étrangères, presque toujours, même lorsque l'opération a été pratiquée dans des conditions défavorables, un amendement très-marqué dans les symptômes en est résulté presque immédiatement.

### DISCUSSION SUR LA SEPTICÉMIE.

M. Maurice Perrin rappelle que depuis quelque temps déjà toutes les lectures qui ont été faites sur un sujet spécial de chirurgie ont, alors qu'elles soulevaient une discussion, abouti toujours à une même question : celle de la cause et de la nature des accidents septicémiques. Cela tient à ce qu'en effet la septicémie occupe en ce moment une place prédominante dans les préoccupations des chirurgiens et même peut-être des médecins. Les faits nouveaux que M. Pasteur a mis en lumière ont eu le plus grand retentissement; beaucoup de chirurgiens ont cru y trouver l'explication des accidents graves qui venaient souvent compromettre le succès de leurs opérations. D'autres savants, parmi lesquels M. Colin est en première ligne, se montrent rebelles aux interprétations adoptées par le plus grand nombre et s'efforcent de jeter le doute dans les esprits par la critique des doctrines de M. Pasteur.

Ce doute peut être dangereux, à ce que croit M. Perrin, et c'est pourquoi il se propose d'examiner quelles sont les bases des critiques de M. Colin.

S'il l'a bien compris, cet éminent physiologiste oppose d'abord à la théorie de la septicémie causée par les germes atmosphériques la grande innocuité des plaies qu'il produit artificiellement chez les animaux et qu'il laisse pleinement exposées au contact de l'air.

Les germes de la septicémie étant partout répandus dans l'air, suivant M. Pasteur, devraient agir sur les plaies produites chez les animaux comme sur les plaies des hommes qu'on opère dans les services de chirurgie. C'est là en effet l'argument capital de M. Colin : « Les germes existant partout, d'où proviennent les différences entre les suites de telle ou telle opération que l'on pratique chez tel ou tel individu, dans telle ou telle circonstance? tous devraient être également exposés à la putridité, à la septicémie. » A cet argument, M. Perrin répond qu'il lui semble facile de comprendre les différences tout en admettant pleinement les idées de M. Pasteur. En effet le germe n'est pas tout; il faut encore considérer le terrain qui le reçoit. Il ne germera pas si ce terrain ne lui convient pas. Or, dans une opération simple, où serait le terrain convenable pour le germe septicémique? Quel serait le liquide putrescible? La lymphe plastique? Mais elle est vivante; elle est prête à s'organiser, et dans sa force d'organisation elle trouve un élément puissant de résistance contre toute cause de putridité. Le sang épanché? Mais, quand un chirurgien a terminé une opération simple, il ne reste plus de sang à la surface des plaies. Le pus sécrété? Mais ce pus s'écoule et se renouvelle sans cesse. Le liquide stagnant et putrescible fait donc défaut; c'est pourquoi les plaies simples, les opérations ordinaires sont si rarement suivies d'accidents septiques. Au contraire, lorsque la plaie est anfractueuse, lorsqu'elle présente des clapiers où peut séjourner le pus au contact de l'air, alors déjà le danger commence. Ce danger est encore plus grand lorsqu'il s'agit de plaies du système vasculaire ou du système osseux, en contact avec l'atmosphère. Alors le sang, la lymphe, etc., recevant directement les germes putrides, leur sont un milieu très-favorable, et c'est pourquoi la septicémie est si fréquente en cas pareil.

Il n'y a pas de meilleure preuve pour l'influence des germes aériens que la comparaison de ce que l'on observe selon qu'une telle plaie est ouverte ou reste fermée.

Dans une fracture compliquée, dans une luxation qui a meurtri et déchiré les tissus profonds, alors que la peau reste intacte, tout se passe simplement; mais quel danger immense, quand la peau déchirée livre passage aux germes! De même, pour l'enlèvement d'un simple bouton hémorrhoïdal, les chirurgiens n'ont pas oublié combien souvent cette opération était suivie d'infection purulente alors qu'elle était pratiquée avec le bistouri qui ouvrait les vaisseaux, tandis qu'il n'en est point ainsi avec l'écraseur qui les ferme.

M. Colin a rappelé les nombreuses voies d'introduction des germes aériens en dehors de toute plaie. Ce qu'il a dit, au sujet des muqueuses digestives et pulmonaires, est parfaitement exact; il est certain que des corpuscules solides, tels que ces germes, plus gros même que ces germes, peuvent s'introduire par la muqueuse des poumons dans les lymphatiques, et de là jusqu'aux ganglions qui les reçoivent et où on les retrouve. Mais en quoi ces notions très-justes de physiologie peuvent-elles éclairer la question des septicémies chirurgicales? Ce ne sont pas des raisonnements qu'il faudrait, mais des expériences. M. Colin aurait dû montrer qu'en broyant des tissus profonds, os et chairs, sans entamer la peau, il peut ainsi produire de véritables septicémies, dont les germes seraient venus extérieurement, d'ailleurs que de la plaie.

M. Perrin sait bien que, dans des expériences rappelées par M. Panas et qui ont été faites en Allemagne, on a prétendu avoir produit des ostéomyélites putrides, en introduisant des matières putrides par les voies digestives, et que, de son côté, M. Chauveau aurait déduit des conclusions semblables de ses expériences personnelles sur les résultats du bistournage. Il y aurait donc certains cas de septicémie chirurgicale qui pourraient naître sous l'influence de l'infection du sang. Cela paraît assez spécieux, mais M. Perrin préfère n'y pas croire.

Contre ce genre de septicémie, le chirurgien ne serait poin armé comme contre celle qui prend son origine à la surface des plaies ouvertes. Celle-là est bien, dans ces cas, la plus fréquente la plus à craindre. C'est elle qui rend si grave un abcès qu'on ouvre, tandis que ce même abcès froid, ce même abcès par congestion, tant que son foyer ne pouvait pas recevoir de germes atmosphériques, n'avait aucun retentissement, ou à peu près, sur l'état général.

Depuis qu'on panse autrement les plaies, depuis qu'on se prémunit surtout contre les germes extérieurs, les accidents de putridité et de septicémie ne sont-ils pas devenus plus rares? Tous les chirurgiens en conviendront. La théorie de M. Pasteur est donc encore la plus satisfaisante, la plus féconde en résultats pratiques.

Ces réflexions s'appliquent à la septicémie chirurgicale proprement dite, à celle que M. Perrin propose de nommer *septicémie externe*. Cette espèce de septicémie n'est pas la seule. Il est incontestable qu'en l'absence de toute plaie, il peut se produire dans l'économie des accidents putrides et septiques. On a trouvé des bactéries dans le pus d'abcès profonds. M. Gosselin d'abord, puis la plupart des chirurgiens ont constaté ce fait, qui est commun surtout après les fièvres graves, fièvres typhoïdes, varioles, etc. Surtout aux environs du tube intestinal, on rencontre souvent des liquides infects et putréfiés; c'est ce qui est arrivé l'année dernière à M. Maurice Perrin ouvrant un kyste hydatique du foie. Dans d'autres régions également il peut se produire des abcès gangréneux ou putrides. De même on a vu survenir des infections purulentes réelles en l'absence de toutes plaies, des phlébites purulentes spontanées, et bien d'autres accidents de même nature.

Par conséquent, il est incontestable que nous avons en nous de quoi faire de la putridité et de la purulence sans qu'aucune lésion de la peau soit venue donner accès aux germes extérieurs.

C'est indubitable. Mais ce sont là des faits très-complexes et bien mal connus.

M. Maurice Perrin propose de les réunir sous le nom de *septicémie interne*, les isolant ainsi du groupe précédent. Peut-être sont-ils, en effet, de nature différente. Dans tous les cas, il ne faut pas compromettre les notions très-nettes que nous possédons sur la septicémie externe par nos ignorances sur ce qui a trait à la septicémie interne. Nous nous sommes fait une idée claire de celle-là; ce fut pour nous l'œuvre de la veille. Nous ne connaissons pas celle-ci : ce sera peut-être l'œuvre de demain.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Laboulbène sur les mérites des candidats au titre de membre correspondant.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 14 janvier 1879, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade d'officier:* MM. Michel Möring, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique; Piogey, médecin à Paris.

*Au grade de chevalier:* MM. Fieuzal, médecin en chef de l'hôpital des Quinze-Vingts; Arthuis, médecin à Paris; Rigal, chirurgien en chef de l'hospice de Castres; Gailleton, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Bergier, médecin en chef de la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest, à Paris; Lorne, médecin de la Société de secours mutuels du 2e arrondissement de Paris; Baldy, médecin du bureau de bienfaisance du 17e arrondissement de Paris.

— Le concours sur titres pour les places de médecin à la maison nationale de Charenton est commencé et se poursuit avec activité. Les candidats inscrits sont MM. les docteurs Bergeron (Georges), Bigot, Brunet, Christian, Doutrebente, Dufour, Fouilloux, Lagardelle, Laurent, Lemesnant des Chenois, Maret, Paulier, Petrucci, Pinel, Ritti, Sémerie et Sisteray.

Le jury a décidé qu'il conserverait trois noms pour chaque place et que les six candidats réputés admissibles seraient convoqués à l'une des dernières séances et admis à exposer oralement leurs

titres et à présenter leurs travaux. Chaque candidat ne pourra pas parler pendant plus d'un quart d'heure.

Par suite de la non-acceptation d'un juge, l'élément médical du jury est définitivement représenté par MM. les docteurs Charles Robin, *président;* Lasègue, Legrand du Saulle et Constans.

— Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Ollier, médecin aux Vans (Ardèche). Notre très-honorable confrère est décédé le 9 janvier dans sa quatre-vingtième année; il avait eu la consolation de voir ses deux fils continuer sa carrière d'honneur et de dévouement, l'un comme professeur à la Faculté de médecine de Lyon, l'autre comme médecin consultant à Vals.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Par arrêté ministériel en date du 15 janvier 1879, les exercices pratiques sont organisés de la manière suivante :

1° *Physique et chimie.* — Les exercices pratiques de physique et de chimie sont obligatoires pour tous les élèves de première année. — Le semestre d'hiver est consacré aux manipulations de physique; le semestre d'été à celles de chimie. Les exercices pratiques sont placés sous la direction des professeurs de physique et de chimie; ils sont, en outre, surveillés par le maître de conférences et par le chef des travaux de physique et de chimie. — Le nombre des séances est de trois par semaine : deux seront consacrées aux manipulations; leur durée est de trois heures; la troisième consistera en une leçon orale d'une heure au moins, faite par le maître des conférences sur les sujets qui feront l'objet des exercices pratiques. — Une épreuve pratique de chimie et de physique est ajoutée aux épreuves du concours pour le prix de deuxième année.

2° *Anatomie et médecine opératoire.* — Les exercices pratiques d'anatomie sont obligatoires pour tous les élèves de deuxième et de troisième année. Les exercices de médecine opératoire sont obligatoires pour tous les élèves qui se présentent au troisième examen. — Le semestre d'hiver est consacré aux dissections et le semestre d'été à la médecine opératoire. Les exercices d'anatomie et de médecine opératoire sont placés sous la haute surveillance des professeurs d'anatomie et de médecine opératoire. Ils sont dirigés par le chef des travaux anatomiques, assisté du professeur et des aides d'anatomie. Le chef des travaux anatomiques et le prosecteur font, l'un et l'autre, des démonstrations d'anatomie et de médecine opératoire après s'être concertés sur le sujet de leurs leçons avec les professeurs.— Les exercices d'anatomie et de médecine opératoire ont lieu tous les jours de midi à cinq heures. Des exercices d'histologie pratique pourront avoir lieu de sept heures à neuf heures du soir. — Une épreuve de dissection ou de médecine opératoire est ajoutée au concours de deuxième et de troisième année.— Tout élève qui, sans excuse légitime, aura manqué à quatre séances pendant un mois, ne pourra prendre l'inscription du trimestre suivant. — Le règlement du 28 décembre 1865 est et demeure rapporté.

— L'association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques tiendra son assemblée générale annuelle le samedi 25 janvier, à huit heures du soir, en l'hôtel de la Société d'encouragement, 44, rue de Rennes. Ordre du jour : 1° Discours de M. Frédéric Passy, président de l'Association; 2° Conférence de M. le docteur Riant : Le tabac et l'alcool devant l'hygiène; 3° Compte rendu annuel et rapport des récompenses, présentés par M. Germond de Lavigne, secrétaire général.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Manuel d'histoire médicale naturelle,** par le docteur J.-L. de Lanessan, professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris. Première partie : *botanique*, 1 vol. in-18 jésus de 720 pages avec 450 figures dans le texte. — Prix de l'ouvrage complet : 14 francs. La 2e partie sera remise aux souscripteurs dans le courant du mois de mars 1879. L'ouvrage complet formera 1,500 pages avec 1,100 figures dans le texte. — Paris, Octave Doin.

**Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes,** par le docteur L. de Sinéty, membre de la Société de Biologie et des Sociétés anatomique et d'anthropologie de Paris. Un vol. in-8° de 850 pages avec 250 figures dans le texte. — 1re partie (la 2e partie a l'avance), prix : 12 francs. — Paris, Octave Doin.

**De la langue noire** (glossophytie), par le docteur A. Denois. In-8° de 40 pages avec une planche lithographique. — Prix : 2 fr. — Octave Doin.

**Des causes et du traitement du rachitisme,** par le docteur Dauvergne père. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

**Ce journal paraît trois fois par semaine**
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

**Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57**
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

## CIVILS ET MILITAIRES

**On s'abonne hors de Paris**
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 novembre 1878. — Présidence de M. F. Guyon.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

### CORRESPONDANCE

**Réduction des luxations du pouce en arrière.** — M. FAUCON, de Lille, membre correspondant, adresse une note sur un *nouveau procédé de réduction des luxations du pouce en arrière*. L'auteur rappelle les cas nombreux où cette luxation est irréductible, et les accidents qui suivent des tentatives mal combinées : il a vu, en 1862, à Strasbourg, un exemple de sphacèle du pouce, terminé par infection purulente. Quant à la difficulté de réduction, causée par l'interposition du ligament glénoïdien, Michel (de Nancy) l'attribue à l'influence de la pression atmosphérique; M. Farabeuf l'attribue à des tractions mal dirigées et à la contractilité musculaire. Or l'interposition ne se produit pas lorsque l'on essaie de réduire la phalange renversée en arrière. Tout procédé qui luttera avec avantage contre ces deux causes d'irréductibilité est assuré du succès ; on a ainsi employé, avec succès, *l'impulsion avec flexion en arrière;* M. Farabeuf a remplacé l'impulsion, qui ne réussissait pas toujours, par la *traction* qu'il exerce, la phalange renversée, soit avec la main, soit avec la pince dont il est l'inventeur. L'auteur propose un autre procédé, reposant sur le même principe, substituant la traction à l'impulsion sur la phalange redressée, les muscles étant relâchés : il en est une simplification, en ce sens qu'il ne nécessite pas d'instrument spécial. Le doigt recourbé en crochet, un lac, une compresse pliée en plusieurs doubles, voilà ce qui s'offre au choix du chirurgien. Ce procédé de *réduction par traction perpendiculaire sur le pouce renversé en arrière* lui a réussi chez un homme de vingt-huit ans, qui avait reçu un coup de pied sur la main, dans une rixe de cabaret. Deux médecins avaient déjà fait des tentatives de réduction : M. Faucon, après avoir essayé en vain de réduire par la méthode d'impulsion, avec redressement de la phalange, tenta ce procédé et réussit. Ce procédé est-il nouveau ? Il est tellement simple qu'il a, sans doute, été utilisé par d'autres chirurgiens.

M. FARABEUF. Tous les procédés de réduction des luxations du pouce ont été inventés et employés depuis longtemps. Le procédé avec le doigt en crochet a été décrit par Huguier; celui avec un lac date de 1820. La luxation observée par M. Faucon paraît avoir été une luxation simple en arrière, la variété la plus commune, celle que j'ai cru longtemps être la seule, car, dans mes expériences sur le cadavre, je l'avais reproduite 95 fois %. Mais, depuis le mois d'avril dernier, j'ai retrouvé deux luxations anciennes du pouce, correspondant aux cinq cas que j'avais considérés comme des variétés accidentelles, résultant du mode opératoire employé dans mes expériences. Permettez-moi d'insister sur cette nouvelle variété, afin que l'on puisse, à l'occasion, me les signaler à l'état de luxations récentes, ce qui me faciliterait la continuation de mes recherches.

Il y avait donc deux sortes de luxations du pouce en arrière :

1° Les plus communes, 95 % sur le cadavre, celles où le tendon du long fléchisseur reste en dedans, la tête du métacarpien passant sous l'osselet sésamoïde externe et perforant le muscle court fléchisseur du pouce, de sorte que le tendon du fléchisseur, qui passe entre les deux os sésamoïdes, entre les muscles adducteur et fléchisseur, se dégage en dedans.

2° Dans la variété plus rare, celle que je n'ai reproduite que cinq fois sur cent, dans mes expériences sur le cadavre, et que je n'ai vue, depuis, que deux fois, mais à l'état de luxation ancienne, le tendon fléchisseur est porté en dehors du métacarpien et enroulé en spire autour du métacarpien dont la tête sort entre l'adducteur (os sésamoïde interne) et le tendon du fléchisseur. Cette disposition rend la réduction singulièrement difficile à obtenir. Il importera donc désormais de préciser, dans les luxations du pouce, le sens dans lequel le tendon du fléchisseur est luxé, en dedans ou en dehors.

### RAPPORT

**Laryngotomie intercrico-thyroïdienne.** — M. NICAISE lit un rapport sur le travail de M. Krishaber sur cette opération, faite avec le thermo-cautère, chez une femme âgée de quarante-huit ans, atteinte de carcinome des cordes vocales, et chez laquelle l'existence d'un goître rendait toute autre opération impossible.

La laryngotomie crico-thyroïdienne n'a été pratiquée que seize fois seulement depuis un siècle. Si cette opération n'a pas été acceptée par les chirurgiens, cela tient au défaut de notions précises d'anatomie : on a cru sans doute que l'espace crico-thyroïdien était trop étroit pour permettre de placer une canule. Et cependant des mensurations répétées m'ont démontré que ces dimensions varient chez la femme de 7 à 13 millimètres, et, chez l'homme, de 9 à 11 millimètres. Il est donc possible de placer une canule dans cet espace, non toutefois sans exercer une compression des bords de la plaie. Chez la malade de M. Krishaber, la canule à bec qui fut employée était cylindro-conique, et mesurait 5 millimètres à son diamètre inférieur. Si l'on employait une canule trop volumineuse, on risquerait de fracturer le cartilage cricoïde, dont le diamètre antéro-postérieur est le même dans tous les points, mais dont le diamètre transversal est plus étroit à l'arc postérieur qu'à l'arc antérieur.

La laryngotomie crico-thyroïdienne est une opération facile à exécuter : on ne rencontre que le plexus veineux des veines crico-thyroïdiennes, et les rameaux de l'artère du même nom. Dans cette opération, une petite artériole fut blessée, mais l'hémor-

rhagie fut immédiatement arrêtée avec une pince à artères.

M. Krishaber propose de se servir d'une canule double; elle pénètre assez facilement. Chez les femmes, elle devrait avoir 8 à 9 millimètres de diamètre, et 9 à 11 chez l'homme.

L'emploi du thermo-cautère augmente la durée de l'opération, et ne met pas à l'abri des hémorrhagies : le couteau de platine, en effet, ne sectionne pas un vaisseau de la même façon que l'anse galvanique : celle-ci est préférable, parce qu'elle n'ouvre la lumière du vaisseau qu'à un moment où il est déjà comprimé, et ses parois agglutinées l'une contre l'autre.

L'opération de M. Krishaber, en résumé, a un mérite chirurgical, et doit être méditée.

Si l'on veut la comparer à la trachéotomie, on pourrait craindre que le voisinage des cordes vocales facilite leur altération par le contact de la canule, mais M. Krishaber m'a montré une pièce, trente-quatre jours après l'opération; il n'y avait aucune blessure de la muqueuse ni des cordes vocales. La laryngotomie crico-thyroïdienne sera une précieuse ressource lorsque la trachéotomie sera rendue difficile ou impossible par le développement des vaisseaux, quand on aura affaire à des individus ayant le cou très-court, ou encore quand l'obstacle à la respiration siégera au niveau des cordes vocales.

M. DESPRÈS regrette qu'il ne soit pas fait mention, dans ce mémoire, de l'observation due à Nélaton, publiée en 1861. Nélaton condamnait cette laryngotomie parce qu'entre le cartilage thyroïde et le cricoïde, il n'y a pas de place suffisante pour une canule. Il fit alors la laryngotomie cricoïdienne, avec résection de l'anneau cricoïdien, de façon à obtenir une ouverture de près d'un centimètre de largeur. Cette opération, faite avec le bistouri, réussit complètement et sans la moindre complication. La résection fut pratiquée avec des ciseaux courbes, et enleva un demi-centimètre de cartilage. Il s'agissait d'une femme enceinte atteinte d'une angine laryngée œdémateuse.

Tous les grands cliniciens ont rejeté l'opération de Vicq d'Azyr, parce qu'il n'y a pas assez de place pour la canule, parce que la canule n'a pas assez de jeu, car elle ne doit pas être immobile dans la plaie laryngienne, sinon elle provoquera certainement l'ulcération de la muqueuse à la partie postérieure du larynx. Une seule observation ne suffit pas pour faire adopter ce procédé et réhabiliter une méthode tant de fois condamnée.

M. FARABEUF a vu les expériences de M. Krishaber à l'École pratique : il a été obligé de reconnaître que toujours, sur dix cadavres, l'espace intercrico-thyroïdien était suffisant pour placer une canule ordinaire, sans qu'il soit besoin, comme le croit nécessaire M. Desprès, de renverser la tête en arrière; M. Krishaber abaissait simplement le cartilage cricoïde avec l'ongle.

M. NICAISE. L'observation de Nélaton a été signalée par M. Krishaber : mais elle s'éloigne du cas présent, car il y a eu résection du cartilage, tandis que M. Krishaber parle de laryngotomie *inter*-crico-thyroïdienne. Les mouvements du cartilage thyroïde sur le cartilage cricoïde sont peu considérables : j'ai fait des expériences en laissant les organes dans leur situation normale, sans chercher à les écarter; j'ai disséqué le larynx, la canule étant en place, et j'ai vu que, si elle n'est pas trop grosse, il ne se produit aucun déplacement des cartilages, aucune déviation des cordes vocales.

Lorsqu'on fait la cricotomie simple, l'élasticité de l'anneau cricoïdien fait toujours projeter la canule au dehors : elle ne peut rester en place.

Dans le cas de M. Krishaber, j'ai vu les pièces, la canule étant restée trente-quatre jours en place : il n'y avait aucune altération des cordes vocales, dont l'extrémité antérieure était cependant bien rapprochée du bord supérieur de la canule. J'ai introduit des canules ordinaires, et j'ai constaté qu'elles n'appuient pas sur la face postérieure du larynx ni de la trachée. C'est évidemment une affaire de courbure des canules.

Suivant les conclusions de la commission, des remercîments seront adressés à M. Krishaber pour son intéressante communication.

### LECTURE

**Cancer généralisé.** — M. MONOD lit, au nom de M. Malassez et au sien, une observation, dont les pièces lui ont été communiquées par M. Guyon. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-sept ans qui est entré le 25 février dernier dans le service de M. Guyon, en se plaignant d'une tuméfaction de la moitié gauche du scrotum, qui durait depuis sept mois, et qui était devenue, depuis deux mois surtout, très-douloureuse. Les douleurs étaient atroces, irradiant dans les régions voisines et se renouvelant deux ou trois fois par jour. Le malade n'avait pas du tout l'aspect cachectique; il se plaignait aussi de douleurs dans les aines. On songea à l'existence d'un varicocèle douloureux.

On constata aussi, du côté de la rate, l'existence d'une tumeur volumineuse. Le 1er mars suivant, le malade succomba, et l'autopsie démontra l'existence d'une tumeur du testicule qui avait infecté secondairement les ganglions abdominaux, le foie, la rate, les reins, etc. C'était bien un cancer généralisé, de la variété des cancers encéphaloïdes hémateux.

Cette observation est intéressante : 1° au point de vue clinique : elle démontre que le varicocèle douloureux, qui paraissait dominer la scène, n'était qu'accessoire; il n'était que symptomatique, et tenait à la compression des plexus nerveux par les tumeurs cancéreuses. M. Guyon a déjà vu quatre exemples de cette particularité : il importera donc, lorsqu'on se trouvera en présence d'un varicocèle douloureux, de se demander s'il ne tient pas à une autre lésion primitive, et d'examiner avec soin la cavité abdominale et les fosses iliaques, surtout du côté malade; 2° au point vue anatomique : l'examen microscopique a fait voir, en grand nombre, de grandes masses protoplasmiques, des cellules géantes, pourvues de prolongements nombreux et délicats constituant un vaste réseau avec des cavités vides ou remplies de globules sanguins : une de ces cavités se continuait manifestement avec un capillaire sanguin.

Cette constitution était donc celle d'une tumeur en voie de néoformation vasculaire : plus tard, ces nouveaux vaisseaux formés dans les vacuoles remplies de masses protoplasmiques se mettent en communication avec les vaisseaux capillaires : on a un sarcome angioplastique.

Au point de vue pratique, la coloration rougeâtre de la tumeur fait prévoir la présence d'une grande quantité d'éléments sanguins; si les vaisseaux prédominent, on pourra observer les signes des véritables angiomes, les pulsations, etc., comme dans les tumeurs pulsatiles des extrémités des os longs.

Le pronostic, qui est mauvais lorsque c'est le tissu embryonnaire qui se développe en plus grande quantité, est d'une bénignité relative lorsque c'est le tissu fibreux qui domine.

### PRÉSENTATION DE PIÈCE

**Kyste synovial de la paume de la main.** — M. TILLAUX présente un kyste synovial de la paume de la main, recueilli par M. Schwartz, prosecteur des hôpitaux.

Cette pièce est intéressante en ce sens que, suivant la remarque de M. Tillaux, la plupart des kystes improprement appelés ganglions siègent sur la face dorsale de la main, et paraissent avoir leur point de départ dans l'articulation du grand os avec le scaphoïde et le semi-lunaire. Celui-ci, au contraire, s'est développé dans la face palmaire de la main, et non plus dans la synoviale médio-carpienne, mais dans l'articulation carpo-métacarpienne. Toutefois il est encore en rapport avec le grand os; il est placé entre le grand os et le trapézoïde : il est allongé, fusiforme, et situé dans l'épaisseur du muscle adducteur du pouce. Son diagnostic sur le vivant aurait assurément présenté une certaine difficulté.

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 27 novembre 1878. — Présidence de M. F. Guyon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

M. VERNEUIL présente, au nom de M. Ehrmann (de Mulhouse), l'observation d'un corps étranger, une balle de revolver qui était restée flottante dans l'articulation du genou, et qui fut extraite avec succès par la méthode antiseptique.

COMMUNICATION

**Tuberculose de l'œil.** — M. TH. ANGER. Le 10 novembre 1877, entra à l'hôpital de Lourcine une jeune fille de dix-huit ans, née de parents bien portants, et n'ayant pas eu de maladies antérieures autres que la variole un an auparavant.

A son entrée, on constate : 1° un écoulement vaginal jaunâtre; 2° une cicatrice récente, indurée, de la grande lèvre droite, avec des ulcérations du vagin qui était obturé par des brides cicatricielles au point de ne permettre que l'introduction d'un stylet; 3° l'induration des ganglions de l'aine. Cette jeune fille était donc atteinte de vaginite et de syphilis. On traita la vaginite par des applications d'ouate imprégnée d'iodoforme et la syphilis par le proto-iodure de mercure. Les plaques muqueuses de la vulve furent cautérisées avec une solution de nitrate d'argent au 1/30e.

Le 21 décembre suivant, apparaissait une roséole très-caractéristique et une irido-choroïdite du côté gauche, parfaitement manifeste, accompagnée d'une diminution rapide de la vision; des opacités grisâtres du corps vitré empêchent de voir le fond de l'œil. Le 11 janvier 1878, l'éruption de la peau passa à sa dernière phase de dessiccation; les plaques muqueuses, qui étaient devenues végétantes, furent de nouveau cautérisées. A cette date, la vue était complètement perdue à l'œil gauche.

L'état resta stationnaire pendant les mois de février et mars. Mais l'œil gauche devint le siège de poussées glaucomateuses; la malade, cependant, paraissait, encore à la fin de mars, jouir d'une santé très-satisfaisante. Au mois d'avril, son état général déclina, et elle *commença* à tousser et à être prise de vomissements, de sueurs nocturnes; l'auscultation du poumon fit percevoir quelques craquements humides des sommets.

Jusqu'à ce jour, nous avions pensé que les lésions observées à l'œil gauche étaient celles d'une irido-choroïdite de nature syphilitique, en raison de la coexistence des phénomènes classiques de l'évolution syphilitique. Mais, ayant reconnu des signes de tuberculose pulmonaire, nous avons alors songé au diagnostic de tuberculose oculaire. L'ophthalmoscope donnait les preuves de l'existence d'un décollement de la rétine, que nous avons alors expliqué par l'hypothèse d'une tumeur tuberculeuse de la choroïde. C'était à la fin du mois d'avril; la malade continuait à tousser, à expectorer, à maigrir d'autant plus que les vomissements répétés étaient encore un obstacle sérieux à une alimentation réparatrice. A la fin du mois de mai, la diarrhée survint, sans douleurs abdominales, sans ballonnement du ventre. Les règles n'avaient plus paru depuis quelque temps; les plaques muqueuses végétantes avaient disparu. L'examen ophthalmoscopique démontra alors que, du côté droit, l'œil était absolument intact et normal et que, du côté gauche, la vision était abolie complètement, la conjonctive fortement injectée, ainsi que l'anneau péri-kératique; l'œil était douloureux à la pression; la pupille inégale encore, largement dilatée; le cristallin était intact, mais, en arrière, on découvrait un décollement de la rétine, plus marqué surtout en dehors et en haut; on ne voyait rien du fond de l'œil. Le diagnostic de syphilis ne pouvait rendre compte de la perte absolue de la vision et du décollement rétinien, qui s'expliquaient mieux par l'existence de tubercules de la choroïde. Ces lésions restèrent dans le même état pendant le mois de juin; mais l'amaigrissement fit des progrès rapides, et le 2 juillet la malade succombait sans avoir présenté de troubles cérébraux.

L'autopsie démontra l'existence de nodus tuberculeux variant de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une cerise, dans le péritoine pariétal, avec un exsudat poisseux dans la cavité péritonéale; l'estomac était accolé aux parties voisines par des masses tuberculeuses. Le foie était très-volumineux, jaunâtre, friable, mais ne renfermait pas de tubercules. L'utérus était indemne, mais les trompes épaissies et les ovaires étaient farcis de granulations tuberculeuses. Le thorax était relativement moins envahi par la tuberculose que la cavité abdominale. Le cerveau et les méninges étaient sains. L'œil droit ne présentait aucune lésion.

A l'œil gauche, le globe oculaire n'est pas déformé, mais la sclérotique est amincie à sa région externe; on trouve un décollement de la rétine qui est complètement détachée de la choroïde, sauf au point où elle est réunie par un tubercule du volume d'un gros noyau de cerise à la choroïde aux dépens de laquelle s'est développé le tubercule. Dans l'épaisseur de la rétine on rencontre aussi cinq ou six granulations du volume d'un grain de millet. Les cônes et les bâtonnets avaient disparu; les cellules pigmentaires n'existaient plus au voisinage du tubercule; des granulations graisseuses infiltraient tous les tissus; dans l'épaisseur de la choroïde on trouvait de petits noyaux tuberculeux.

Les coupes et les préparations histologiques de tous ces tubercules ont été faites dans le laboratoire de M. Robin; elles ont été comparées à d'autres coupes de granulations tuberculeuses; elles peuvent encore être vérifiées actuellement; mais il n'existe pas le moindre doute sur l'identité des tubercules de l'œil avec ceux trouvés dans les cavités abdominales et thoraciques et avec ceux d'autres préparations histologiques d'organes frappés de tuberculose avérée.

Cette observation mérite de fixer l'attention un instant. Voilà, en effet, une jeune fille, atteinte de syphilis manifeste, qui présente des troubles du côté de l'œil gauche, qui perd la vision rapidement sans que l'ophthalmoscope explique cette cécité si prompte. Pouvait-on diagnostiquer la tuberculose oculaire ou attribuer les troubles à la syphilis? Si l'on tient compte de l'époque du début de l'affection, on sait que l'iritis syphilitique apparaît ordinairement entre la période secondaire et la période tertiaire. Chez notre malade elle s'est montrée en pleine période secondaire pendant une roséole bien manifeste. Il est des cas où elle apparaît plus prématurément dans la syphilis, mais ils sont rares. Quant à sa marche, l'iritis syphilitique est peu douloureuse. Ici, nous avions observé de la douleur, de la dureté du globe oculaire plus marquées qu'elles ne sont ordinairement dans les iritis spécifiques; la cécité aussi était survenue beaucoup plus rapidement; elle n'est d'ailleurs qu'exceptionnelle dans l'iritis syphilitique; l'ophthalmoscope ne nous révélait rien pendant trois ou quatre mois; ce que nous prenions pour des dépôts syphilitiques du corps vitré était l'effet du décollement de la rétine.

Nous ne pouvions cependant guère songer qu'à des lésions causées par la syphilis, puisque nous étions en présence d'un sujet atteint de syphilis évidente, et du reste présentant les apparences d'une santé florissante.

Nous avons dû modifier ce diagnostic porté d'abord et reconnaître que nous avions affaire à une tuberculose primitive du globe oculaire, lorsque les symptômes de tuberculisation consécutive des autres organes sont devenus évidents. Mackensie a rapporté trois observations analogues de tuberculose de l'œil; mais il ne paraît pas en avoir fait le diagnostic certain avant la mort des sujets. De même Jacobs.

Il est remarquable que cette tuberculose oculaire a présenté des symptômes analogues à ceux qu'on observe dans le sarcome, le gliome, le mélanosarcome de l'œil; ces tumeurs, toutefois, se généralisent rapidement dans le foie, tandis que la tuberculose avait respecté cet organe. En tous cas, étant admis que la tuberculose peut se généraliser après être restée longtemps localisée à un seul organe, ne pourrait-on pas suivre pour la tumeur tuberculeuse la même ligne de conduite que pour les tumeurs malignes? c'est-à-dire que, pendant que la tuberculisation était restée localisée durant quatre mois dans le globe oculaire, n'aurait-on pas pu extirper le globe oculaire atteint pour empêcher la généralisation de la tuberculose? L'ablation de l'œil aurait-elle prévenu la généralisation de la tuberculose? Je pense qu'on pourrait l'admet-

tre, et qu'en présence d'une tuberculose de l'œil, analogue à celle dont je viens de retracer l'histoire, on aurait le droit de faire l'énucléation de l'œil, si, ce qui est rare et difficile, l'on avait porté le diagnostic de tuberculose avant la manifestation de la généralisation du tubercule dans les poumons et l'abdomen. Il semble que c'est là une conclusion logique de l'observation dont je viens de retracer l'histoire.

**DISCUSSION**

**M. TERRIER** n'admet pas cette conclusion relative à la thérapeutique de la tuberculose oculaire; il n'est pas absolument certain que cette fille n'avait des tubercules que dans la choroïde. En enlevant un œil tuberculeux, on n'empêche pas une malade de devenir tuberculeuse. Toute espèce de tumeur du fond de l'œil amène un décollement de la rétine; dans les cas où l'on suppose une tumeur de mauvaise nature, on doit intervenir, quoique souvent on ne soit pas à l'abri des récidives; mais, si l'on diagnostique une tumeur de nature tuberculeuse, on devra s'abstenir de toute intervention.

**M. ANGER** répond que sa malade n'était fort probablement pas atteinte de tuberculose viscérale au commencement de sa maladie de l'œil; elle avait des apparences très-florissantes, malgré sa syphilis. On ne lui a trouvé pendant les quatre premiers mois aucun symptôme de tuberculose pulmonaire. La tuberculose de l'œil devait donc être réellement primitive; elle a devancé la tuberculisation du péritoine, de l'estomac, etc., et c'est pour cette raison que l'énucléation paraît rationnelle.

**M. GIRAUD-TEULON** fait observer que, le plus souvent, les tubercules de la choroïde ne sont précisément reconnus que lorsque la tuberculose existe aussi dans d'autres organes.

**M. ANGER** sait bien que la tuberculose oculaire est le plus souvent reconnue *in extremis*, témoin les faits de Mackensie qui a observé des tumeurs de la sclérotique chez des filles qui sont mortes plus tard de tuberculose, et l'assertion de Jacobs qui dit que le diagnostic entre l'iritis syphilitique et l'iritis tuberculeuse est très-difficile. Mais, dans l'observation présente, il arrive ce que l'on observe, par exemple, dans les cas de testicule tuberculeux, alors que les poumons sont indemnes de tubercules.

**M. PANAS** partage l'opinion de M. Giraud-Teulon. Pendant longtemps on n'a reconnu la tuberculose de l'œil qu'en faisant l'autopsie de l'œil d'individus morts de tuberculose, mais qui ne s'étaient jamais plaints du moindre trouble fonctionnel de la vision. Cependant on doit se demander si le tubercule peut apparaître dans l'œil d'abord avant d'envahir d'autres régions? Oui, il existe des cas de ce genre; on a vu la tuberculose oculaire chez des individus auxquels on ne trouvait aucune manifestation tuberculeuse dans les poumons. Peut-être ces individus avaient-ils déjà des tubercules dans les viscères, car ils appartenaient à des familles tuberculeuses, mais on ne percevait aucun symptôme à l'auscultation ni à la percussion. J'ai vu ainsi un garçon de seize ans à qui j'ai pratiqué l'énucléation de l'œil qui était absolument perdu par la suppuration; ce n'est qu'en faisant l'autopsie de l'œil énucléé que j'ai trouvé les noyaux tuberculeux dans la choroïde. Je ne pensais pas à la tuberculose, et ce garçon n'en présentait aucun symptôme du côté des poumons.

Dans un autre cas, j'ai opéré une jeune fille de dix-huit ans pour un abcès de l'œil; elle ne présentait pas de signes de phthisie pulmonaire : j'ai trouvé cependant quatre granulations tuberculeuses sur la choroïde. Il faut donc reconnaître comme véritable cette assertion, contrairement à l'opinion générale des auteurs, que la tuberculose de l'œil peut ouvrir la scène et précéder la tuberculisation des autres organes.

**M. TERRIER** n'accepte pas plus l'ablation de l'œil pour empêcher la généralisation tuberculeuse qu'il n'accepte l'extirpation d'un testicule tuberculeux pour empêcher la généralisation.

**M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.** Il est incontestable aujourd'hui qu'il existe une tuberculose à forme externe, envahissant divers organes, langue, anus, conjonctive, choroïde, etc., avant de se manifester sur d'autres organes. Mais on ne pourra pas en empêcher la généralisation par l'extirpation de l'organe affecté d'abord isolément.

**M. ANGER.** M. Panas a fait deux énucléations dans des cas de tuberculose oculaire : il justifie donc ma proposition. On dit : A quoi bon enlever l'œil tuberculeux? Mais on ne sait pas encore si la tuberculose se généralisera, et il peut être très-utile d'énucléer afin d'éviter des phénomènes sympathiques sur l'œil du côté opposé. Je sais bien que pour les cas de testicule tuberculeux tous les chirurgiens ne sont pas partisans de l'extirpation. Quoi qu'il en soit, il existe des observations où la castration a réussi et n'a pas été suivie de généralisation tuberculeuse.

**M. VERNEUIL.** Il y a là deux questions : la première, celle d'anatomie pathologique, sur laquelle tout le monde est d'accord; il est certain que la tuberculose peut commencer par la choroïde.

Quant au second point, celui de la thérapeutique, il faut établir une distinction : M. Panas a fait deux énucléations, mais ce n'est pas à cause de la tuberculose de l'œil qu'il les a faites. Dans le premier cas, il ne savait même pas s'il y avait des tubercules : il ne les a découverts qu'en disséquant l'œil enlevé. En extirpant l'œil, il s'adressait à des lésions tout autres, à un état grave de l'œil, à l'inflammation, à la suppuration, etc. Il y avait tuberculose oculaire avec accidents divers et complications qui indiquaient l'énucléation. Mais M. Anger pose autrement la question : il pense qu'il faut énucléer un œil atteint de tuberculose, sans accidents ni complications, dans le but d'empêcher la généralisation. C'est contre cette proposition que je m'élève formellement. Les manifestations locales de la tuberculose ne doivent pas être enlevées, à moins d'accidents locaux graves. Il n'est pas du tout prouvé qu'une opération d'extirpation locale ait jamais empêché la généralisation. La castration, dans les cas de testicule tuberculeux, a donné des résultats lamentables. Il y a longtemps que cela a été parfaitement démontré par Dufour dans sa thèse (1856) : on a des succès opératoires, mais pas des succès thérapeutiques. Je pense qu'il ne faut pas toucher à un foyer tuberculeux, à moins, bien entendu, que l'état local, fistules, érysipèles, etc., n'oblige à supprimer un foyer d'infection.

**M. TRÉLAT** appuie l'opinion de M. Verneuil : c'est là une question importante de chirurgie : il rejette, comme M. Verneuil, toute ablation de tumeur tuberculeuse, quelle qu'elle soit, siégeant à la langue, sur la joue, au pharynx, etc., à moins d'indications locales et spéciales, accidents sympathiques, etc.

On a vu des tubercules dans l'hémisphère de l'œil; M. Panas ajoute qu'il y en a eu aussi d'observés dans l'hémisphère antérieur, au voisinage ciliaire. S'ils ne produisent que de l'amblyopie, je ne suis pas partisan de l'opération, à laquelle je ne consentirais que s'il y a des complications.

Dans les cas de fistules, suppuration, fongosités, douleurs vives, il est bien entendu que j'opère : tel est le cas d'un homme à qui je viens d'enlever son deuxième testicule tuberculeux; je lui ai certainement rendu service, vu l'état désastreux dans lequel ce malheureux se trouvait depuis deux ans.

Les recherches ultérieures sur les tubercules de la choroïde devront préciser si cette lésion tend à produire une ophthalmie sympathique; si oui, on devra énucléer; si non, l'abstention sera une règle absolue.

**M. GIRAUD-TEULON** partage cette opinion; en tout cas, il est très-utile pour les ophthalmologistes d'être désormais assurés de la possibilité d'une tuberculose primitive de la choroïde.

**M. ANGER.** La malade avait des accidents locaux, des douleurs vives, etc.; c'était donc une indication d'opération.

**LECTURE**

**Inversion totale de l'utérus, percée par la ligature élastique. — M. HUE** (de Rouen). L'inversion *totale* est rare : celle que les auteurs appellent *complète* n'est pas l'inversion totale. Lorsque l'inversion est partielle, la réduction est possible ; mais, dans l'inversion totale, l'ablation est la seule ressource. C'est le

procédé que l'auteur a dû employer. Il s'agissait d'une femme de trente-sept ans, qui avait eu six grossesses normales consécutives. Une septième survient après quatre ans de repos. Des tractions faites pour extraire le délivre avaient entraîné l'utérus au dehors : de nouvelles douleurs étant survenues, le mari veut aider sa femme, et pratique des tractions énergiques sur l'utérus ; la réduction fut impossible, malgré tous les procédés employés. La malade était très-affaiblie par des hémorrhagies abondantes.

Quatre mois après, M. Hue pratique la ligature élastique de l'utérus ; il la resserre le vingt-neuvième jour, et l'utérus tombe le quarantième jour. Deux opérations analogues ont été faites par M. Courty et par ses élèves : dans ces deux cas, la chute de l'utérus eut lieu beaucoup plus tôt.

La malade de M. Hue fut guérie sans hémorrhagie et sans accidents du côté du péritoine.

**PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS**

M. L'ABBÉ NÉEL présente les appareils qu'il a fait présenter la veille à l'Académie de médecine. (Voir *Gazette des hôpitaux*, n° 138, page 1102.)

M. POULET présente un nouveau trépan, avec lequel, entre autres avantages, on peut enlever des croissants et simples segments de cercle, aussi petits que l'on veut.

La séance est levée à cinq heures vingt-cinq minutes.

---

Séance du 4 décembre 1878. — Présidence de M. F. GUYON.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

**RAPPORT**

**Ophthalmie granuleuse.** — M. TERRIER lit un rapport sur un travail de M. Galezowski : *Traitement de l'ophthalmie granuleuse par l'excision des culs-de-sac de la conjonctive.* Cette observation serait simple, d'après l'auteur, mais pourrait parfois être suivie d'accidents graves (deux yeux perdus). On a objecté qu'elle pouvait provoquer la déviation des cartilages tarses : il répond catégoriquement par la négative ; cependant les granulations se cicatrisent, et le tissu conjonctif nouveau a encore une tendance à provoquer cette rétraction.

La guérison peut se faire dans un délai de deux mois à trois ans : sur 227 cas, l'auteur a perdu deux yeux, et a eu quatorze insuccès. Lorsqu'en janvier 1874, il préconisait cette méthode, il n'avait eu aucun accident sur une série analogue de plus de deux cents cas.

Comment l'excision agit-elle sur le traitement des granulations? M. Galezowski pense que les granulations pénètrent les glandes des culs-de-sac, et, dès lors, si l'on enlève les culs-de-sac avec ces glandes, on empêche toute reproduction des granulations, puisqu'on enlève leur cause même.

M. DESPRÈS se rappelle qu'un auteur, il y a déjà longtemps, a fait remarquer que c'est toujours dans les culs-de-sac de la conjonctive que pénètrent les granulations, alors même qu'elles ont complètement disparu ailleurs. Il arrive là ce que l'on observe dans la vaginite : après deux mois de traitement, sans cause connue, on la retrouve dans les culs-de-sac du vagin, dont les plis sont restés rouges et les glandes encore enflammées.

Mais il ne faut pas songer à obtenir une guérison des granulations par ce procédé opératoire : quand il n'y a plus de granulations sur les paupières, il en reste encore dans les culs-de-sac. On dit les malades guéris après l'excision ; mais il faudrait les revoir deux ans après ; on retrouverait les granulations.

Il suffit de faire des cautérisations, prolongées pendant trois à quatre semaines encore, avec le sulfate de cuivre, comme le faisait Nélaton, et avec succès.

M. PANAS estime aussi, avec le rapporteur, que l'excision des culs-de-sac est une opération peu acceptable, qui peut amener le rétrécissement de la conjonctive dans tous les sens, et aboutir, du moins chez certains individus, à la xérophthalmie. On ne comprend guère qu'on pratique cette excision de la muqueuse, quand on a déjà à redouter sa tendance naturelle au rétrécissement. On nous dit bien que cela n'arrive pas, mais cela arrivera nécessairement tôt ou tard ; le tissu inodulaire est partout le même. Il ne faut pas penser à obtenir la guérison par l'excision des glandes : la question est si peu faite que, ces glandes décrites par les uns, d'autres les nient, et prétendent que ce sont des organes lymphoïdes. Ce n'est pas, en tous cas, l'enlèvement de ces glandes qui éteint la maladie. M. Galezowski a pu réussir cependant, mais il est plus rationnel d'expliquer son succès par le travail suppuratif de la conjonctive : il fait, en excisant les glandes, ce que j'ai obtenu par l'inoculation blennorrhagique, qui a eu pour effet de faire disparaître, chez mon malade de l'année dernière, toutes les granulations, en même temps que la conjonctive est redevenue lisse. Les caustiques, par le traumatisme qu'ils déterminent, agissent d'une façon analogue, mais parfois on n'est pas maître du processus qui peut aboutir à la destruction du globe oculaire.

M. GIRAUD-TEULON ne croit pas aussi absolue la rétractilité du tissu inodulaire pour la conjonctive que pour les autres tissus de l'organisme : ainsi, il est des cas où les granulations ont amené l'hypertrophie de la muqueuse ; l'excision est profitable et n'a pas de dangers ; dans d'autres cas où l'on fait des tonsures de la conjonctive, des péritomies, des excisions pour l'avancement de tendons, etc., on n'a pas des inconvénients aussi grands que paraît le croire M. Panas. M. Desprès a rappelé que des granulations restent dans le cul-de-sac, quand la guérison est obtenue partout ailleurs ; on observe quelquefois le contraire, la guérison du cul-de-sac sans la guérison du tarse. C'est que les granulations ne sont pas toujours de même nature : on voit des granulations dans les culs-de-sac, puis des lésions d'apparence granuleuse sur la muqueuse des tarses. Quelle est la structure de ces grains raboteux, un peu différents des granulations ? L'histologie n'a pas encore pu nous le dire.

M. TERRIER. La question des granulations n'est pas aussi claire qu'on pourrait le croire : on a cherché à déterminer la valeur clinique de ces granulations par l'examen histologique ; a-t-on réussi ? Sœmisch, qui a fait cette tentative avec un soin particulier, en décrit deux espèces : celles qui occupent les culs-de-sac, et qui ne siègent guère que là ; et les autres, qui n'ont plus cet aspect circonscrit et l'apparence d'une sorte de capsules diffuses sur toute la conjonctive, et, plus particulièrement au niveau des cartilages tarses ; ce sont elles qui amènent la déformation du cartilage tarse.

**RAPPORT**

**Paralysie traumatique du médian et du cubital traitée par la distension et l'élongation de ces nerfs.** — M. DUPLAY lit le rapport suivant sur un malade de M. Blum. — Le malade de M. Blum était un homme de vingt-neuf ans, qui, deux mois auparavant, s'était fait, avec un couteau, une blessure à la partie supérieure de l'avant-bras droit : la cicatrisation se fit dix jours après, mais le bras était resté faible, et du gonflement était survenu à l'aisselle. La cicatrice siégeait au niveau du trajet du médian, sur une longueur de 3 centimètres et demi ; les masses musculaires innervées par ce nerf étaient amaigries. On constate, en outre, quelques troubles de sensibilité, des douleurs lancinantes, des plaques d'hyperesthésie, d'anesthésie et d'analgésie. L'électricité ayant échoué, M. Blum se décida à intervenir, et mit à nu le nerf radial et le médian, qu'il souleva sur une sonde cannelée. Le soir même de l'opération, la sensibilité était revenue aux doigts, etc. : seuls, les extenseurs restaient paralysés.

Depuis que Billroth a appelé l'attention sur l'élongation des nerfs, cette opération a été pratiquée dix-huit fois, d'après le mémoire de M. Blum (publié dans les Archives 1878), pour traiter les névralgies, les spasmes, l'extension paraissant diminuer l'excitabilité. La névrite a été, en effet, guérie par l'opération de M. Blum, aussi bien que les troubles fonctionnels.

M. Duplay a observé lui-même un jeune homme de vingt-six ans, qui se fit une plaie avec un instrument tranchant, à l'avant-bras droit. Cinq semaines après l'accident, la blessure était cicatrisée, mais il remarqua que son marteau tournait dans sa main et vint à l'hôpital Saint-Louis. On constata l'existence d'une petite cicatrice, inégale, enfoncée, siégeant au niveau du poignet, constituée par une tumeur de la grosseur d'une petite noisette, très-sensible aux attouchements; le malade se plaignait de fourmillements dans l'annulaire et le petit doigt. Au-dessus de cette tumeur existait une plaque fibreuse adhérente au muscle cubital antérieur, indurée, non sensible ni douloureuse. Ni hyperesthésie, ni analgésie; mais abaissement de la température dans la main malade, et légère tendance de l'annulaire à se fléchir. On diagnostiqua un fibrome cicatriciel du muscle cubital antérieur, et un névrome traumatique du nerf cubital pour la petite tumeur inférieure. M. Duplay se décida à intervenir : il disséqua couche par couche la tumeur inférieure qui se trouva n'être qu'une tumeur tendineuse du tendon du muscle cubital antérieur. Au-dessous, le nerf cubital fut découvert; il était normal, sans adhérences à la tumeur fibreuse. M. Duplay crut devoir lui faire subir une élongation légère; il le dégagea de sa gaine et le souleva sur une épingle, position dans laquelle il le laissa pendant quelques heures. Dès le lendemain, les mouvements, qui étaient abolis dans les interosseux un peu atrophiés, reparurent en partie, et les troubles de sensibilité disparurent. Un mois après, les mouvements s'accroissaient de plus en plus; une faradisation prolongée leur assurera une intégrité absolue. De cette observation, il faut retenir d'abord l'erreur de diagnostic au sujet de la petite tumeur qui fut prise pour une tumeur du nerf cubital, et ensuite les résultats obtenus par l'ablation de la tumeur et l'élongation du nerf cubital, qui firent cesser les accidents dus non pas tant à la compression du nerf cubital qu'à l'irritation, la névrite même de ce nerf. Tout en différant de l'observation de M. Blum, celle-ci lui ressemble en ce sens que l'élongation a rappelé surtout les propriétés motrices, et réveillé l'excitabilité du nerf cubital.

#### PRÉSENTATION DE MALADE

**Tumeur de la cuisse.** — M. GAUJOT présente un artilleur de vingt-neuf ans qui, il y a neuf mois, a vu apparaître une tumeur, à la suite de fatigue à l'équitation. Depuis cette époque, la tumeur est restée stationnaire : elle siège au niveau du triangle de Scarpa, sur les muscles qui en forment le bord interne; elle est solide, irréductible, rénitente, indolente, de consistance uniforme, saillante pendant l'adduction, et plus dure et plus tendue. Pas d'engorgement ganglionnaire. Par exclusion, on peut à peu près affirmer le diagnostic de *hernie musculaire*.

M. DESPRÈS accepte aussi ce diagnostic comme s'imposant d'autant plus que c'est là le lieu d'élection des hernies musculaires: cependant il ne faut pas oublier que c'est aussi là le siége des kystes hydatiques. Deux cas ont été publiés, par M. Alphonse Guérin et par Liégeois. (Société anatomique.)

M. TRÉLAT. C'est une hernie musculaire, puisque, en contractant la cuisse, la tumeur prend un caractère nouveau; un kyste hydatique sus-aponévrotique ne subirait pas de modification par la contraction musculaire; un kyste sous-aponévrotique serait ou intra-musculaire, et, par suite, disparaîtrait par la contraction, ou inter-musculaire, et ne deviendrait pas plus dur ni plus ferme pendant la contraction. Il n'y a pas lieu à une intervention chirurgicale, mais un bandage compressif, une sorte de ceinture ou de caleçon serait bon à appliquer.

M. VERNEUIL a vu un cas absolument analogue de hernie musculaire produite par un effort violent de rapprochement des cuisses : les caractères étaient identiques : la tumeur change de forme en remontant et en s'étalant. C'est une hernie du muscle adducteur.

M. FARABEUF fait observer qu'il faut qu'il y ait solution de continuité dans le muscle pour qu'il fasse hernie. S'il n'y avait pas rupture musculaire, il ne se ferait pas de hernie : car, lorsqu'on incise une aponévrose, le muscle ne fait pas saillie. Cette ouverture de la gaine ne suffit donc pas pour la production de hernie; il faut, en outre, rupture du muscle.

M. GUYON ajoute un moyen infaillible de constater que la tumeur est musculaire : c'est l'électrisation. Il n'y a qu'une hernie musculaire qui se contractera sous l'influence d'un courant électrique.

La séance est levée à cinq heures et demie.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 13 janvier 1879, ont été promus dans le corps de santé militaire :

*Au grade de médecin principal de deuxième classe :* MM. Spillmann et Pallé.

*Au grade de médecin-major de première classe.* — MM. Malabard, Rochet, Dumayne et Barbier.

— La séance annuelle de la Société de chirurgie a eu lieu mercredi 22 janvier. Dans cette séance ont été proclamés lauréats du prix Laborie : MM. Petit et Cauvy.

Aucun concurrent ne s'était présenté pour le prix Duval.

— *École de médecine de Toulouse.* — Sont nommés : 1° Professeur-suppléant de pathologie externe, M. Bonneau; 2° Professeur de pathologie interne, M. Saint-Ange; 3° Chef de clinique médicale, M. André.

Ont été proclamés lauréats de l'École pour l'année scolaire 1877-1878 :

*Première année.* (Première section.) — Sciences physiques et naturelles. — Premier prix, M. Malet; deuxième prix, M. Marfan; premier accessit, M. Tayac; deuxième accessit, M. Sicaret. — (Deuxième section.) — Premier prix, M. Malet; deuxième prix, M. Marfan; accessit, M. Robert.

*Deuxième année.* — Pas de premier prix; deuxième prix, M. Delorme; accessit, M. Picard.

*Cliniques.* — Pas de prix.

*Pharmacie.* — Premier prix, M. Olmières; accessit, M. Maury.

*Prix Lasserre.* — M. Matet.

*Prix Lefranc de Pompignan.* — M. Caussé.

*Travaux pratiques.* (Première année.) — Premier prix, M. Duprat; deuxième prix *ex æquo*, MM. Olmières et Abadie; accessit, M. Maury. — (Deuxième année.) — Premier prix, M. Cerles; deuxième prix, M. Durand; accessit, M. Chastan.

— *Hôpitaux de Toulouse.* — Sont nommés : 1° *Médecins-adjoints :* MM. Saint-Ange et Guilhem; 2° *Chirurgiens-adjoints :* MM. Maynard et Dupan; 3° *Internes :* MM. Delorme, Claude, Giscaro, Catel et Cavalié.

— *Hôpital de Berck-sur-Mer.* — Le 24 février 1879, à une heure précise, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 2, à Paris, un concours pour la nomination à deux places d'interne audit hôpital.

Le registre d'inscription restera ouvert de onze heures à trois heures, depuis le 23 janvier 1879 jusqu'au 8 février inclusivement.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Étiologie et pronostic de la glycosurie et du diabète,** par le docteur Jules CYR, médecin consultant à Vichy, etc. 1 vol in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Du spasme de l'urèthre symptomatique,** par le docteur SPIRE. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**De l'inflammation aiguë des gaînes tendineuses de la paume de la main,** par le docteur GARNIER. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**Guide pour l'analyse chimique à l'usage des médecins, des pharmaciens et des étudiants en chimie,** par Th. Will, professeur de chimie, etc. Ouvrage traduit sur la 10e édition allemande, par D. Monnier et Walter. 1 vol. in-8° cart. — Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Recherches sur quelques points de l'action physiologique et thérapeutique de la digitale,** par le docteur Fagart. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Les affections du foie,** par le docteur Quinquand, médecin des hôpitaux. Premier fascicule. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Hémiplégie faciale, paralysie de la septième paire;** essais de séméiotique, par le docteur Augé. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Traité de la lymphangite endémique des pays chauds,** par le docteur Mazaé Azéma. Premier fascicule. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Essais de lexicologie médicale,** note pour servir à l'histoire de la fluxion, par le docteur Clermont. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**De la syphilis infantile acquise,** par le docteur Pontet. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**Sur un cas de sclérodermie,** application des courants électriques, suivie de succès, par le docteur Armaingaud. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 11. — MARDI 28 JANVIER 1879. 52e ANNÉE MARDI 28 JANVIER 1879. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

### Cirrhose du foie à forme mixte. — Autopsie.

I

Je vais vous entretenir aujourd'hui d'un homme qui vient de succomber dans nos salles et qui nous a présenté, à l'autopsie, des pièces anatomiques du plus haut intérêt. Voici en peu de mots l'histoire de ce malade.

C'était un homme de cinquante-trois ans, surmené, ayant eu, paraît-il, de grands chagrins, peut-être même adonné à l'alcoolisme (ce fait n'a pu être bien déterminé). Il avait toujours joui d'une santé satisfaisante, quand, il y a trois mois, il commença à éprouver du côté des fonctions digestives des troubles consistant dans une douleur assez vive à l'épigastre, dans des vomissements répétés et de la diarrhée. Après avoir ainsi présenté uniquement, pendant quelques semaines, ces phénomènes gastro-intestinaux, il s'aperçut que son ventre devenait plus volumineux et qu'en même temps une coloration jaune, très-accusée, se manifestait du côté de la peau. D'autre part ses forces s'affaiblissaient rapidement; bientôt même il devint tellement faible qu'il fut obligé de suspendre son travail et d'entrer à l'hôpital, deux mois à peine après le début des premiers symptômes.

A ce moment, il y a huit jours, nous constatâmes chez lui d'abord l'existence d'un ictère très-prononcé. Non-seulement, cet homme présentait une teinte jaune foncé de tous les téguments et des conjonctives, mais il offrait en outre une altération spéciale des urines qui étaient tantôt foncées, tantôt noires, suivant les moments de la journée, mais toujours recouvertes d'une mousse verdâtre.

De plus, je le dis de suite pour n'avoir plus à y revenir, les réactifs chimiques faisaient reconnaître dans ce liquide l'existence de la matière colorante de la bile. C'est ainsi que l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique donnait aux urines une coloration vert bouteille bien prononcée, et que l'éther et le chloroforme leur communiquaient une teinte jaune verdâtre également très-caractérisée.

D'autre part, les garde-robes, d'un gris blanchâtre, attestaient que la bile n'était plus déversée dans l'intestin.

A côté de l'ictère, nous trouvions, comme phénomène également bien appréciable, une augmentation de volume du ventre très-accusée. En effet, la circonférence de l'abdomen mesurée à l'ombilic était de 87 à 90 centimètres, et pendant toute la durée de la maladie, à part quelques oscillations sans importance, elle resta à peu près toujours la même, sans augmentation ni diminution notable.

Ce phénomène était dû à deux causes : d'abord à la présence de gaz dans l'intestin qui, distendus, se dessinaient sous la paroi abdominale à la partie supérieure du ventre où il existait de la tympanite. Ce météorisme qu'on retrouve constamment dans l'ictère, alors surtout qu'il affecte la forme chronique, est dû à l'absence de la bile dans l'intestin, à l'acholie. Quelle est la cause chimique de cette accumulation de gaz? je l'ignore, et, sans chercher à l'expliquer, je me borne seulement à constater le fait.

Mais l'augmentation de volume du ventre n'était pas uniquement le fait de la tympanite, car, outre celle-ci, il y avait évidemment une certaine quantité de sérosité épanchée dans la cavité péritonéale, où elle donnait lieu à une sensation de fluctuation parfaitement nette. De plus ce liquide était libre dans le péritoine, puisque la matité qui résultait de la présence de l'ascite changeait de siège suivant les positions que l'on faisait prendre au malade.

Mais le ventre présentait encore quelque chose de particulier. C'est ainsi que les veines sous-cutanées qui rampent à la surface de la paroi abdominale étaient distendues outre mesure. Cette dilatation des veines préabdominales, qui s'étendait jusqu'au thorax, indiquait évidemment que celles-ci étaient le siège d'une circulation supplémentaire attestant une gêne considérable de la circulation profonde; un obstacle mécanique s'opposait au retour du sang dans le système porte.

De plus, on constatait comme phénomène accessoire un gonflement notable des veines hémorrhoïdales qui formaient à l'anus un bourrelet variqueux extrêmement tranché.

Faisant ensuite coucher le malade sur le côté gauche de la poitrine de manière que, le liquide se portant de ce côté, le foie pût être isolé et bien délimité, nous constations à la percussion que cet organe était un peu plus volumineux qu'à l'état normal, car il dépassait les fausses côtes et remontait assez loin dans la cavité thoracique.

Toutes les fois qu'on soupçonne une maladie du foie, il faut savoir que la rate participe ordinairement à cette affection. Il est donc indispensable dans ces circonstances de chercher à se rendre compte du volume de cet organe. Nous

n'avons pas failli à cette règle, et, faisant coucher le malade sur le côté droit, nous avons constaté que, toutes choses égales d'ailleurs, la rate avait subi une augmentation de volume plus considérable que le foie. C'est ainsi que la matité mesurait environ 6 à 7 centimètres dans le sens vertical et à peu près autant dans le sens horizontal. A l'état normal, il est rare qu'on arrive par la percussion médiate à limiter précisément la rate, à déterminer exactement où commence la matité à laquelle elle donne lieu et où elle finit. Ici, au contraire, cette difficulté n'existait pas, et rien n'était plus aisé que de constater que cet organe avait au moins doublé d'étendue.

D'autre part, nous voyions persister chez cet homme les accidents gastro-intestinaux qu'il éprouvait depuis le commencement de sa maladie : il avait toujours ces vomissements, cette diarrhée opiniâtre qui étaient survenus dès les premiers jours et qui persistèrent jusqu'à la fin.

En outre, il présentait, accessoirement à sa maladie, quelques phénomènes du côté de l'appareil respiratoire. C'est ainsi qu'il avait de la toux s'accompagnant d'une expectoration muco-purulente et que l'on entendait dans toute l'étendue du poumon droit des râles sibilants mélangés de quelques râles sous-crépitants. Ce nouveau phénomène était survenu quelques jours seulement avant l'entrée du malade à l'hôpital.

J'ajouterai que le pouls était un peu fréquent. Il battait, en effet, quatre-vingts fois par minute, et, si cette fréquence n'avait rien d'exagéré, ce n'était pas non plus cette lenteur spéciale que l'on observe dans l'ictère.

Il n'y avait absolument rien du côté des centres nerveux.

Pas d'œdème aux membres inférieurs.

Quel était le diagnostic que nous devions porter en face des symptômes que je viens de vous relater?

Les premiers phénomènes qui attiraient tout d'abord l'attention, c'étaient, vous ai-je dit, l'ictère et l'ascite ; mais ce n'étaient que des symptômes consécutifs, et il fallait rechercher, dans les différents organes, quelle en était la cause.

En présence de cet ictère et de cette ascite, nous devions évidemment soupçonner qu'il existait quelque altération du côté des organes de la digestion. Nous étions d'autant plus autorisés à agir ainsi qu'il y avait des vomissements et de la diarrhée. Mais était-ce dans l'estomac ou dans l'intestin que résidait la lésion? Non. La réunion de ces symptômes, ascite et ictère, indiquait que c'était du côté du foie, où l'on constatait d'ailleurs de la douleur à la pression, une augmentation de volume notable à laquelle venait se joindre une hypertrophie considérable de la rate, que nous devions diriger nos recherches. Nous admettions ainsi d'emblée que nous avions affaire à une affection hépatique à laquelle se rapportaient les troubles que nous observions dans l'estomac et dans l'intestin, ainsi que cela a lieu, comme vous le savez, le plus ordinairement.

Mais quelle était cette affection du foie?

En face de l'ascite, en face de cette dilatation considérable des veines préabdominales et de ce bourrelet hémorrhoïdaire si développé, nous devions penser à une altération cirrhotique du foie, à la cirrhose atrophique, caractérisée ici par les troubles de la digestion, premiers symptômes que l'on voit survenir dans cette affection et surtout par l'ascite.

Mais nous n'avions pas le petit volume du foie qui ne manque jamais d'exister à une époque assez avancée de la maladie. De plus, dans la cirrhose atrophique, il n'y a jamais d'ictère si ce n'est au début, où on l'observe à titre de phénomène passager, mais non persistant, comme c'était le cas chez ce malade.

Avions-nous donc affaire à cette variété de cirrhose qui n'est décrite que depuis quelques années seulement et à laquelle on a donné le nom de cirrhose hypertrophique? En effet, nous avions de l'ictère, symptôme presque obligé de cette affection ; de plus nous trouvions un foie, sinon hypertrophié, du moins ayant conservé son volume normal. Enfin, nous constations une augmentation de volume de la rate qui ne manque jamais dans la cirrhose hypertrophique.

Pour ces différentes raisons nous n'hésitions pas à admettre l'existence d'une cirrhose hypertrophique, bien que nous fussions contrarié dans ce diagnostic par certains phénomènes que l'on ne rencontre pas habituellement dans la cirrhose hypertrophique pure et simple.

Vous savez, en effet, qu'on a établi une opposition parfaitement nette, parfaitement tranchée, entre la cirrhose atrophique et la cirrhose hypertrophique : celle-ci étant caractérisée par de l'ictère et l'augmentation de volume du foie ; celle-là ayant pour caractères propres l'atrophie de cet organe, l'ascite et la dilatation des veines préabdominales.

Or, chez notre malade, nous avions les symptômes appartenant à la fois à l'une et à l'autre de ces deux affections : l'ascite et la dilatation des veines sous-cutanées abdominales qui appartiennent à la cirrhose atrophique, l'ictère, l'augmentation de volume du foie et l'hypertrophie de la rate, qui distinguent la cirrhose hypertrophique.

Néanmoins, je le répète, l'ictère, l'augmentation de volume du foie et de la rate, nous faisaient incliner en faveur de la cirrhose hypertrophique, en faisant observer que plusieurs fois on avait noté dans cette affection de l'ascite et que nous-mêmes nous avions eu pendant quelques mois dans nos salles un malade atteint d'ictère chronique depuis plusieurs années et qui, avec un épanchement considérable de sérosité dans la cavité péritonéale, nous avait présenté tous les caractères de la cirrhose hypertrophique.

Nous ne nous laissions donc pas arrêter par ces considérations et nous en concluions que l'on avait eu grand tort de dire que, dans la maladie en question, il n'y avait jamais d'ascite. Nous pensions, en un mot, que nous avions affaire chez ce malade à un cas mixte, à un cas dans lequel on retrouve quelques-uns des caractères de la cirrhose atrophique, à savoir l'ascite et la dilatation des veines préabdominales, tous phénoménes résultant de la compression des vaisseaux sanguins dans le foie.

Nous admettions enfin accessoirement, et pour compléter le diagnostic, l'existence d'une bronchite dont nous trouvions d'ailleurs tous les symptômes et tous les signes physiques.

Quant au traitement, cet homme fut d'abord soumis aux alcalins. C'est ainsi que nous lui fîmes prendre 20 à 30 gr. de carbonate de chaux par jour, dans le but de modifier l'état des digestions ; mais nous n'obtînmes aucun résultat. L'administration de l'iodure de potassium, par lequel nous espérions diminuer le volume du foie, n'eut pas plus de succès. Nous eûmes alors recours au régime lacté et en même temps à l'usage des opiacés dans le but de calmer à la fois la douleur du foie et la toux. Mais, comme les précédents, ces moyens échouèrent ; la maladie continua à faire des progrès rapides, les forces de cet homme diminuèrent

de plus en plus, et, le 2 février, il finit par succomber non sans nous avoir présenté, durant son séjour à l'hôpital, des douleurs vives dans le ventre, douleurs que nous attribuions à quelque poussée de péritonite, ainsi que cela se voit chez les individus qui ont de l'ascite et notamment chez ceux qui sont atteints de cirrhose hypertrophique.

De plus, nous avions vu survenir chez lui un phénomène qu'on trouve très-souvent dans l'ascite : je veux parler d'un œdème d'abord peu accentué, qui, après avoir débuté par les malléoles, s'étendit bientôt aux jambes, puis aux cuisses, de manière à envahir enfin toute l'étendue des membres inférieurs ; œdème qui devait être le résultat de la compression de la veine cave inférieure par le liquide épanché dans la cavité abdominale.

Enfin, par suite des phénomènes gastro-intestinaux, par le fait du défaut d'alimentation, ce malade était tombé dans une cachexie profonde : il ne dormait plus, ses nuits étaient agitées ; en un mot, il était arrivé au dernier degré de l'affaiblissement. En effet, il s'est éteint progressivement, sans secousse, sans avoir présenté dans ses derniers moments de phénomènes autres que ceux que je viens de vous indiquer.

Cet homme est donc mort, et nous avons fait son autopsie ; mais, avant de vous en montrer les pièces principales, j'ai besoin d'entrer dans quelques détails sur les altérations anatomiques que l'on rencontre dans la cirrhose hypertrophique.

## CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Tison.

### Athétose post-hémiplégique du membre inférieur.

M. L..., âgé de trente-trois ans, a toutes les apparences d'une bonne constitution. Comme antécédents, il faut signaler, d'abord, vers l'âge de cinq ans, une brûlure sur le pied gauche, occasionnée par de la soupe très-chaude, brûlure qui a parfaitement guéri sans laisser de cicatrice apparente. Ensuite, vers l'âge de vingt ans, au mois de janvier, une hémiplégie faciale droite, survenue inopinément sans provoquer ni embarras de la parole, ni aucune gêne de nature quelconque. C'est seulement à la promenade que ses camarades lui firent remarquer qu'il avait la bouche et la figure de travers. Un repos de deux mois, sans autre traitement que l'application de deux ou trois petits vésicatoires à la tempe et dès le début, suffit à amener un rétablissement complet. Cet accident ne paraît pas avoir beaucoup impressionné notre malade ; il n'a laissé chez lui aucune trace soit dans la motilité, soit dans la sensibilité, soit dans l'intelligence. M. L... a pu continuer ses études et devenir professeur sans éprouver le moindre inconvénient. Mais, vers l'âge de vingt-cinq ans, il y a par conséquent huit ans, des mouvements involontaires commencèrent à se faire sentir dans les trois derniers orteils du pied gauche, mouvements qui ont persisté depuis et pour lesquels le malade vient réclamer un traitement.

Ces mouvements se produisent d'une manière continue et sans provocation d'aucune sorte. Le malade ne peut nous dire s'ils cessent pendant le sommeil.

La volonté ne paraît point avoir sur eux d'influence appréciable ; ils continuent même quand on détourne l'attention ou qu'on la fixe par une conversation intéressante, soutenue et étrangère à la maladie. Au premier aspect, ces mouvements ont une apparence bizarre et leur analyse n'est pas facile. Ce sont des mouvements simultanés d'extension et d'abduction, puis d'adduction. Les orteils se redressent d'abord, puis se dirigent en dehors par une progression lente que je ne puis mieux comparer qu'à un mouvement vermiculaire. Il y a là comme une sorte de torsion externe, et les orteils reviennent à leur position première pour recommencer immédiatement une nouvelle révolution.

Ces mouvements ont pour siège les trois orteils externes du pied gauche ; ils affectent aussi, mais légèrement, le deuxième. Ils sont accompagnés d'une sorte de retentissement dans tout le côté gauche, y compris le membre inférieur et le membre supérieur. La plante et le dessus du pied donnent au malade une sensation d'engourdissement ; ils sont aussi le siège de fourmillements constants, mais qui n'empêchent ni n'entravent la marche.

Me livrant alors à une étude attentive de tous les genres de sensibilité, il m'était facile de constater qu'il n'y a aucune différence entre le côté droit et le côté gauche.

Pas d'anesthésie ni d'analgésie ; aucune sensibilité au toucher, au chatouillement, au pincement, à la piqûre, au froid, au chaud. Les pressions plus ou moins énergiqnes le long de la colonne vertébrale ne déterminent aucune douleur. Pas de céphalalgie ni de rachialgie. Les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement. La face ne présente aucune trace de l'ancienne hémiplégie ; pas de déformation dans les traits, les commissures labiales et la langue. Les deux côtés de la figure sont aussi semblables que possible. Pas d'inégalité dans la dilatation des pupilles ; vision normale et régulière. Le malade se sert de verres biconcaves n° 15 pour remédier à une myopie peu prononcée.

Sa seule préoccupation est une certaine inquiétude que lui causent ces mouvements involontaires des orteils du pied gauche, mouvements parfois assez prononcés pour détourner son attention et le distraire de ses occupations habituelles. C'est une préoccupation assez grande pour l'avoir empêché jusqu'à présent d'accepter une position définitive.

Notons maintenant les signes négatifs suivants, nécessaires à éclaircir le diagnostic de cette affection si singulière et si rare que je n'en ai trouvé aucun cas semblable ou analogue dans les auteurs.

La main et le bras gauche ne présentent aucun phénomène particulier ; ils ne sont le siège d'aucun mouvement involontaire ; les doigts ne présentent aucune oscillation.

La force musculaire des deux mains paraît égale, car le malade serre également fort à droite et à gauche.

Rien au cœur ni au poumon.

Impossible de découvrir la moindre trace de syphilis ou d'alcoolisme.

Pas de maladies nerveuses héréditaires dans la famille, si ce n'est une cousine germaine assez folle pour qu'on fût obligé de la renfermer dans un établissement.

Tels sont les phénomènes constatés dans une première entrevue.

Dans une seconde, en étudiant avec tout le soin possible les mouvements si curieux des trois orteils externes du pied gauche, j'ai remarqué qu'il suffit de frictionner légèrement, avec la pulpe du doigt, la base des orteils au-dessus du tendon, surtout du deuxième, pour arrêter les mouvements. Cette légère friction faite sur la base du deuxième orteil correspond à l'extrémité des autres, amène une sorte de calme qui ne se communique pas au reste du pied.

De légères frictions faites le long de la face externe de la jambe amènent aussi la cessation des mouvements pendant toute sa durée.

Pour être complet, j'ajouterai que, dans l'intervalle des deux entrevues, le malade avait fait usage d'une pommade belladonée (axonge, 30 grammes ; extrait de belladone, 2 grammes).

En examinant le pied droit, on s'aperçoit que le deuxième orteil présente un très-léger mouvement involontaire, qui parfois se communique aux trois derniers. Mais ces mouvements sont beaucoup moins accentués que du côté gauche. Aussi leur retentissement est-il moindre et ne dépasse-t-il pas l'aine droite, tandis qu'à gauche, on l'a vu plus haut, il se fait sentir dans tout le côté et même dans le bras.

Si l'on fait tenir le malade debout, de manière que la plante du pied repose exactement sur le sol, les mouvements ont une étendue moindre que si le pied repose uniquement sur le talon.

M. L... ne se rappelle pas que, depuis son hémiplégie faciale, le côté gauche ait été insensible à aucun moment.

Tels sont les phénomènes objectifs et subjectifs.

Essayons maintenant de les rattacher à une affection connue du cadre nosologique, La légère hémiplégie faciale survenue à l'âge de vingt ans et disparue en deux mois sans laisser la moindre trace pendant cinq années consécutives nous permet, je crois, de rattacher les mouvements involontaires des orteils à la série des troubles posthémiplégiques sur lesquels l'attention du monde médical a été principalement attirée, en France, par les travaux de M. le professeur Charcot et ceux de ses élèves. Mais ces troubles posthémiplégiques, M. Charcot les rattache à l'hémichorée. (Voy. F. Raymond, *Étude anatomi-physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques*. Paris, 1876). Or notre malade ne présente rien de semblable à ce que l'on décrit comme se rapportant à l'hémichorée. Nous aimons mieux les rattacher à l'affection décrite pour la première fois, en 1871, par M. Hammond, médecin de New-York, sous le nom d'*athétose* et que le public médical français connaît grâce à la thèse de M. le docteur Paul Oulmont (*Étude clinique sur l'athétose*. Paris, 1878). Nous avons lu très-attentivement cette thèse fort intéressante où sont consignées toutes les observations connues, mais sans en trouver une pareille à la précédente. Il ressort en effet de cette lecture que, dans tous les cas cités, l'affection commence invariablement par le membre supérieur. Ce sont les doigts qui sont d'abord animés de mouvements involontaires. C'est simultanément ou plus tard que les orteils se prennent à leur tour. Jamais l'affection n'a débuté par le membre inférieur. Dans l'observation VIII (op. cit., p. 45) où il s'agit d'un garçon de quatorze ans atteint d'hémiathétose, à droite, consécutive à une attaque d'apoplexie survenue à l'âge de quinze mois et dans laquelle les mouvements involontaires sont plus forts au pied qu'à la main, M. le docteur Paul Oulmont fait remarquer que : « Il existe ici, dans les caractères de l'athétose, une anomalie que l'on ne retrouve nulle part ailleurs : c'est l'intensité plus grande des mouvements involontaires au membre inférieur qu'au membre supérieur. C'est en contradiction, non-seulement avec les autres cas d'athétose, mais avec les autres désordres des mouvements posthémiplégiques, plus accentués d'habitude dans le membre supérieur. » Cette localisation de l'athétose dans les orteils me paraît donc être le seul exemple connu, et c'est à ce titre que nous avons cru bon de faire connaître cette observation avec le plus de détails possible.

Il est toutefois bon d'insister sur certaines particularités qui empêchent de la confondre avec les cas d'athétose décrits jusqu'à présent.

1° La faible intensité de l'hémiplégie faciale ;

2° Le croisement de l'hémiplégie et des mouvements athétosiques ;

3° L'intervalle de temps considérable entre la guérison complète de l'hémiplégie et l'apparition des premiers mouvements involontaires ;

4° La localisation de ceux-ci dans les orteils, sans qu'il y ait la moindre atteinte dans les doigts ;

5° L'apparition, depuis peu de temps, de mouvements semblables, dans le second orteil du pied droit.

Cette apparition tardive pourrait faire penser à ce qu'on a appelé l'athétose double, mais l'observation actuelle, diffère tellement des cas décrits jusqu'à présent, qu'il est difficile en l'absence des mouvements involontaires de la face, de trop songer à cette assimilation.

Nous n'ajouterons rien sur la nature de cette affection reconnue depuis si peu de temps, comme maladie distincte, mais plutôt symptomatique qu'idiopathique et qui est encore à l'étude. Bien moins essaierons-nous de la localiser dans une portion quelconque de l'encéphale.

Quant au traitement, il consistera, quand le malade y sera disposé, dans l'application de courants continus, cette médication étant la seule qui jusqu'à présent ait réussi dans un seul cas.

Nous ne reviendrons sur ces faits que si, dans la suite, il se présente quelque phénomène intéressant.

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 janvier 1879. — Présidence de M. Paul Bert.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

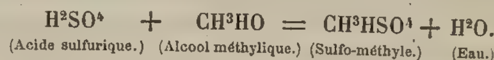
### COMMUNICATIONS

**Des courants électriques dans l'hystérie.** — M. LELOIR rapporte l'observation de trois hystériques, dont deux ont été guéries par les courants faradiques et la troisième par les courants continus.

La première était une jeune fille de treize ans et demi, hémianesthésique, hémianalgésique du côté droit, et présentant des troubles de l'ouïe et de l'odorat du même côté, chez laquelle ces troubles ont disparu après l'application, pendant cinq minutes, d'un courant faradique. La seconde est une femme de trente ans qui était hémianesthésique et hémianalgésique du côté gauche ; elle avait également des troubles des sens spéciaux du même côté. L'application plusieurs fois répétée de courants faradiques n'a ramené, chez cette malade, la sensibilité qu'en certains points et n'a produit, jusqu'ici, aucune action sur les troubles des sens spéciaux. La troisième est une fille de trente-deux ans qui était atteinte d'une contracture hystérique du bras gauche. L'application de courants continus pendant douze jours et pendant douze heures par jour a complètement fait disparaître ces phénomènes.

M. CHARCOT fait observer, à l'occasion de cette communication, que, lorsqu'on parle de l'action des aimants électriques sur les phénomènes hystériques, personne n'y trouve rien à redire, et que, sitôt qu'on parle de l'action des courants, cela fait aussitôt dresser les cheveux sur la tête de certains savants.

**Sulfo-méthylate de soude.** — M. RABUTEAU entretient la Société d'un nouveau sel purgatif, analogue au sulfo-vinate de soude. Il s'agit du sulfo-méthylate de soude obtenu de la façon suivante : En traitant par l'acide sulfurique l'alcool méthylique, on obtient le sulfo-méthyle ou le méthyle sulfurique, plus de l'eau, ainsi que l'indiquent les formules ci-dessous :



$$H^2SO^4 + CH^3HO = CH^3HSO^4 + H^2O.$$

(Acide sulfurique.) (Alcool méthylique.) (Sulfo-méthyle.) (Eau.)

Ce corps, le sulfo-méthyle, traité par le carbonate de soude, donne le méthyle-sulfate de sodium qui a pour formule $CH^3NASO^4$. C'est donc un sel à la fois métallique et organique, d'une saveur presque nulle, d'une odeur légèrement alliacée. 10 grammes de ce sel, dissous dans 20 grammes d'eau, furent injectés dans les veines d'un chien et ne donnèrent aucun résultat ; ce chien eut des selles sèches et peu nombreuses. Dans le service de M. Quinquaud, à l'Hôtel-Dieu, M. Rabuteau fit prendre à une femme ictérique 15 grammes de sulfo-méthylate de soude dissous dans deux grands verres d'eau ; cette femme eut deux ou trois bonnes selles, sans coliques. Un homme, dans le même service, en prit 18 grammes ; il eut également deux bonnes selles, sans coliques. Ce sel agit donc comme le sulfo-vinate de soude, et, en général, comme les purgatifs salins, qui constipent à petites doses et purgent à doses excessives.

M. LEVEN trouve M. Rabuteau peut-être trop affirmatif dans ses conclusions. M. Leven a fait de nombreuses expériences sur l'opium, et il a vu que l'administration de ce médicament déterminait tantôt de la constipation, tantôt de la diarrhée. 10 grammes de laudanum, par exemple, déterminent une anémie extrêmement marquée des muqueuses stomacale et intestinale, anémie bientôt suivie d'irritation et, par conséquent, de diarrhée. Le jour où l'on commence à donner de l'opium on arrête donc la diarrhée ; mais, si on continue à donner ce médicament, on détermine alors de la diarrhée. Les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine n'arrêtent pas la diarrhée. Les effets sont donc très-variables suivant les doses, et, comme on le voit, il n'est guère possible de tirer des conclusions trop absolues sur ce sujet.

M. RABUTEAU fait observer que le sulfate de soude, injecté dans les veines, constipe, contrairement à ce qu'avait affirmé Claude Bernard. De toutes les nombreuses expériences qu'il a

faites, M. Rabuteau se croit autorisé à conclure que tous les purgatifs salins, et même, suivant lui, tous les sels métalliques purgent par action purement mécanique.

M. DUMONT-PALLIER insiste sur les effets très-variables de certains médicaments, du calomel entre autres, selon les doses auxquelles on les emploie.

**Expériences sur des sèches.** — M. POUCHET, au nom de M. Jules Baroy, et en son propre nom, fait connaître le résultat des expériences qu'ils ont faites récemment, à Concarneau, sur les sèches.

Ayant mis, en présence l'une de l'autre, deux sèches, l'une grande, l'autre petite, on put constater tout d'abord qu'elles prenaient toutes deux un aspect tigré, aspect qui s'accentuait à mesure qu'on les rapprochait, et s'effaçait, au contraire, à mesure qu'on les éloignait l'une de l'autre. Ce phénomène s'observait d'une façon bien moins nette sur plusieurs petites sèches réunies ensemble. Un jour, pendant que M. Pouchet observait ces deux sèches, il vit la grande s'emparer tout à coup de la petite, et crut qu'elle allait la dévorer, lorsqu'au bout d'un certain temps, il vit la petite sèche se dégager, et son long bras pendant au dehors, couvert de spermatophores. M. Pouchet put s'assurer plus tard que ces deux sèches étaient deux mâles. Il fait observer, à cette occasion, qu'il n'est pas rare d'observer cet accouplement entre mâles chez certains animaux, entre autres, chez les crapauds, les écrevisses, etc.

Ayant étudié ces spermatophores, MM. Pouchet et Baroy, après avoir confirmé de tous points l'excellente description qu'en donne Milnes Edwards, y découvrirent, à l'aide du microscope, certaines particularités, entre autres la présence, dans le spermatophore, d'une substance qui joue un rôle important dans l'acte de la fécondation : cette substance, en effet, qui est une sorte de glu, contenant les spermatozoïdes, sort du spermatophore, et c'est elle qui se colle à la surface du corps de l'animal fécondé.

Ils ont pu constater, en outre, que l'enveloppe du spermatophore est doublée par une substance organique spéciale, jouissant d'une hygroscopicité extraordinaire.

**Localisations cérébrales.** — M. MAGNAN communique un nouveau cas d'aphasie. Il s'agit d'une femme de soixante et un ans qui a été envoyée à l'asile Sainte-Anne avec le certificat suivant signé par M. Lasègue : démence, hémiplégie droite, aphasie. Ce diagnostic fut pleinement confirmé par M. Magnan. Cette femme, en effet, était aphasique ; il lui était impossible de dire le nom des objets qu'on lui présentait ; mais si, ayant placé un certain nombre d'objets auprès d'elle, on lui nommait l'un de ces objets, elle le prenait aussitôt. Cette malade présentait un léger souffle au cœur, à la pointe et au premier temps. On pouvait donc songer à une affection cérébrale d'origine embolique. Cette femme succomba à un érysipèle de la face et à une pneumonie hypostatique.

A l'autopsie, on trouva que le crâne, à la partie antérieure, adhérait à la dure-mère. Sur la surface interne de cette partie du crâne, on constata l'existence d'une ostéite condensante probablement d'origine syphilitique. Cette ostéite existait également au niveau du pariétal gauche, mais sans adhérences avec la surface externe de la dure-mère. Celle-ci, par sa face interne, était fortement adhérente, principalement au niveau de la troisième circonvolution frontale ascendante de la première et de la deuxième pariétale ascendantes. La dissection montre, à ce niveau, l'existence d'une énorme tumeur de forme conoïde qui était implantée sur la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale et les première et deuxième pariétales ascendantes. Cette tumeur avait déterminé une dissection à peu près complète de la troisième pariétale ascendante et du bord supérieur de l'insula. Examinée au microscope, elle fut reconnue pour être un gliosarcome. L'examen des lésions anatomiques, chez cette femme, répond bien aux troubles observés pendant la vie. En effet, on se rappelle que l'idée se formait chez elle et que la transmission seule ne pouvait pas se faire ; or, la couche corticale de son cerveau était intacte ; les couches de transmission étaient seules lésées.

M. CHARCOT fait observer que les faits relatifs aux localisations cérébrales se confirment de jour en jour et que les esquisses qu'il a données, au début, de certaines de ces localisations deviennent de véritables dessins. Cependant un célèbre physiologiste est encore opposé à la doctrine des localisations ; mais il ne s'appuie que sur des faits anciens, et M. Charcot a plusieurs fois donné les raisons pour lesquelles ces faits ne peuvent plus avoir aujourd'hui aucune valeur.

**De la thermométrie cérébrale.** — M. PAUL BERT a entrepris une série d'expériences sur ce sujet. Après avoir rappelé les expériences de plusieurs physiologistes, en particulier celles de Broca qui appliquait un thermomètre sur différentes parties de la tête de ses élèves et qui avait constaté que la température s'élevait pendant qu'ils faisaient un travail de tête, fait observer que M. Broca, en se servant d'un simple thermomètre, et en l'appliquant, tantôt sur le front qui est glabre et qui n'est séparé de la boîte crânienne que par une couche très-mince, tantôt sur la région pariétale qui est couverte de cheveux et qui est séparée du crâne par une couche osseuse plus épaisse, par des muscles et des vaisseaux, n'a pu échapper à quelques causes d'erreurs. C'est pourquoi M. Bert, au lieu d'un thermomètre, s'est servi d'un appareil thermo-électrique beaucoup plus sensible et l'a placé, soit au niveau des frontaux, soit au niveau de l'insula. Il a d'abord constaté toutes les fois que la température n'était pas égale et s'élevait toujours du côté gauche. Une fois l'appareil en place, s'il restait dans une tranquillité absolue, sans faire aucun effort mental, l'aiguille de l'appareil restait fixe ; s'il se mettait à réciter des vers, à faire un effort mental quelconque, ou bien il n'obtenait aucun changement, ou, chaque fois qu'il constatait une modification, c'était une augmentation de température en faveur du côté gauche. Il n'a pas eu, une seule fois, une augmentation du côté droit. Lorsqu'il n'obtenait rien, l'aiguille presque toujours était déjà antérieurement déviée dans le sens du côté gauche. M. Paul Bert ne désespère donc pas, en rendant plus sensibles encore ses appareils, de se mettre en situation de rechercher s'il n'existe pas un certain rapport entre l'élévation de température de certaines régions du crâne et le fonctionnement des parties correspondantes du cerveau. Si ces expériences ne donnent rien, il n'est permis d'en conclure quoi que ce soit contre les localisations cérébrales ; si, au contraire, comme il y a lieu de l'espérer, elles aboutissent à des résultats bien nets, elles apporteront de nouveaux et puissants arguments en leur faveur.

M. RAYMOND fait observer que M. Vulpian a étudié la température de la région pariétale chez des paralytiques généraux, et qu'il a constaté, pendant une période d'excitation chez ces malades, une élévation de température de plusieurs dixièmes de degré.

M. FRANCK rappelle les recherches faites sur un malade atteint d'une vaste perte de substance de la boîte crânienne par Mosso, qui a constaté, pendant que le malade avait l'attention fixée, un gonflement du cerveau qui, suivant lui, était l'indice d'un excès de circulation dans l'hémisphère observé.

M. GALIPPE croit se rappeler que M. Broca a fait des expériences sur des malades atteints d'affections cérébrales, et, qu'entre autres choses, il a constaté un abaissement de température chez un malade atteint d'oblitération de la sylvienne.

**Athétose posthémiplégique du membre inférieur.** — M. TISON fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

La séance est levée.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 décembre 1878. — Présidence de M. F. GUYON.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

### RAPPORTS

M. ANGER lit un rapport sur des observations adressées par le docteur TURGIS, de Falaise.

**Résections.** — Un enfant de douze ans eut le corps enroulé

sur l'arbre de transmission d'une machine à vapeur ; les deux membres inférieurs furent le siège de traumatismes importants : du côté droit, fracture de la cuisse ; du côté gauche, fracture de la jambe au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. M. Turgis pratiqua la *résection des extrémités inférieures, du tibia et du péroné*. Il a revu le malade douze ans plus tard : il ne présente ni déviation ni inclinaison du bassin ; la fracture du fémur d'un côté, la résection de l'autre, ont produit une compensation dans la diminution de longueur des membres inférieurs ; la différence n'est que de deux centimètres. L'opéré peut faire trente kilomètres à pied. Dans ce cas, l'auteur avait des raisons suffisantes de faire la résection, puisque les os étaient dénudés de leur périoste, et se seraient probablement sphacélés. Il y a réséqué 3 centimètres du péroné et 5 centimètres de tibia ; il est remarquable que le raccourcissement de la jambe a été de 5 centimètres, longueur de la résection tibiale. Cela tient à ce que la réparation n'a pu se faire par le périoste, à cause de la fracture du péroné ; on a, en effet, remarqué jusqu'à présent que la réparation ne s'est faite que dans les cas où le péroné, n'étant pas fracturé, a pu contre-balancer la rétraction musculaire qui tend à se produire. C'est là le point intéressant de cette première observation.

**Rectotomie pratiquée pour l'extraction de corps étrangers du rectum.** — Un homme s'était introduit une tasse à chocolat dans le rectum ; il ne parvint pas à la retirer, mais il en brisa les bords en deux endroits. L'auteur, appelé en consultation, trouva la muqueuse rectale coiffant complètement les rebords de la tasse ; la muqueuse était ulcérée. Après des tentatives d'extraction inutiles, et en présence de l'état général du malade, il se décida à intervenir immédiatement. Il glissa un trocart courbe, dirigé sur le doigt, le long de la muqueuse rectale, et passa ainsi une chaîne d'écraseur sur la paroi rectale postérieure.

La rectotomie se fit sans aucune perte de sang, mais la tasse ne se dégageait pas encore : il employa le levier qui sert aux accoucheurs pour la désenclaver et la placer transversalement. Il put enfin, après des efforts assez violents, extraire ce singulier corps étranger. Des irrigations d'eau froide d'abord, puis des pansements phéniqués ensuite, suffirent pour amener une rapide amélioration de l'état général.

C'est la première fois que cette opération a été faite dans ce but. Boyer avait entrevu la possibilité de la faire, mais ne l'a pas exécutée.

La rectotomie linéaire, que M. Verneuil a préconisée pour les cas de rétrécissement du rectum, paraît devoir désormais être indiquée pour l'extirpation des corps étrangers ; elle sera préférable aux procédés assez dangereux qui consistent à broyer les corps étrangers pour les extraire par fragments.

M. VERNEUIL rappelle une observation antérieure, publiée en 1860, dans la *Gazette hebdomadaire*, par le docteur Raffy. Ce confrère fit une rectotomie pour extraire un corps étranger au dix-huitième jour : l'état du malade était très-grave, et, le sphincter offrant une résistance considérable, il le fendit, sans produire de grands dommages à la région. C'est là une méthode qui est, par elle-même, beaucoup plus inoffensive que l'extraction des corps étrangers par fragments ; dans cette dernière catégorie, la mortalité n'est pas moindre d'un cinquième.

**Ovariotomie bilatérale.** — M. PÉRIER lit un rapport sur cette opération faite avec succès par M. Dobroravow (de Moscou). Il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans, ayant eu deux enfants, et qui portait une tumeur au côté gauche de l'abdomen. Ayant reconnu un kyste ovarique, on en fit la ponction qui donna douze litres de liquide dont la dernière portion écoulée renfermait des globules colloïdes. L'utérus avait été entamé par la tumeur, et n'était plus perçu par le toucher. On reconnut bientôt qu'il s'agissait d'un kyste multiloculaire, sans adhérence dans la cavité pelvienne, mais ayant de nombreuses adhérences à la paroi abdominale. L'ovariotomie fut pratiquée quinze jours après la ponction. Les précautions furent prises avec un véritable luxe : pavillon isolé, chambre isolée, pulvérisateurs salicyliques sur les murs, etc. ; n'omettons pas que les douze aides revêtirent des vêtements neufs pour cette opération.

Les adhérences antérieures étaient nombreuses : lorsque la cavité abdominale fut ouverte, on constata deux masses kystiques dépendant de chaque ovaire ; le chirurgien isola les pédoncules avec une grande difficulté ; enfin, il fit quinze ligatures avec des fils de soie carbolisée non poreuse.

La guérison fut obtenue : l'auteur conclut avec raison que, l'ovariotomie étant indiquée, il est préférable de la pratiquer aussi tôt que possible, sans attendre que la vie de la malade soit déjà fortement compromise. Le succès est alors complet. Il signale enfin l'usage du chlorométhyle qu'il a vu employer à Londres, chez Spencer Wells notamment, comme agent anesthésique.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit qu'il a vu aussi employer ce bichlorure de méthylène, dont Spencer Wells est grand partisan : mais, avec cette substance, on voit autant de vomissements qu'avec le chloroforme, et sa très-grande volatilité exige un appareil spécial pour l'administrer aux malades. Plusieurs publications étrangères, d'ailleurs, l'ont traité sévèrement. M. Lucas-Championnière n'a pu s'en procurer pour en faire l'expérience.

### LECTURE

**Kyste multiloculaire complexe de l'aisselle.** — M. PILATE (d'Orléans), candidat au titre de membre correspondant, lit une observation sur ce sujet. (Sera publiée.)

### COMMUNICATION

**Pathogénie des rétrécissements du rectum.** — M. LANNELONGUE présente le moule en plâtre du rectum d'un enfant (vivant d'ailleurs) qui est atteint d'un récrécissement annulaire siégeant au-dessus du sphincter, dans la région de la muqueuse, qui sera, chez l'adulte, l'ampoule rectale. Il pense avoir observé exactement le mécanisme suivant lequel s'est formé ce rétrécissement dans le cas particulier, observé tout récemment, et dans un autre cas, étudié depuis un an. Ce dernier fait concerne un enfant qui fut atteint de chute du rectum, accompagnée de phénomènes inflammatoires : trois mois après, il présentait un rétrécissement du rectum, incomplet, occupant environ les deux tiers de la circonférence du rectum.

Dernièrement, un autre enfant vient à la consultation, le 2 novembre, pour une chute, non totale, du rectum ; la tumeur est bien constituée par des parois intestinales engagées dans la portion inférieure du rectum ; il y a, en un mot, une véritable invagination, qui s'est faite brusquement, la veille, à la suite d'efforts violents pour aller à la selle. Depuis quelque temps, sa mère s'était déjà aperçue de l'existence d'une chute rectale. La tumeur était cylindre-rouge et tuméfiée, aux parois indurées, et les surfaces étaient ulcérées. Les conseils ordinaires furent donnés à la mère, ils furent suivis d'un assez bon résultat ; mais, quelque temps après, au toucher, on sentit des granulations faisant saillie sur les parois invaginées ; un travail de réparation se fit, et l'on arriva à un rétrécissement annulaire, valvulaire, situé au niveau de la partie supérieure atteinte avec le doigt.

Cette observation démontre qu'il faudra veiller plus qu'on ne le fait ordinairement aux chutes du rectum, car elle paraît démontrer exactement un des modes de production des rétrécissements.

M. DESPRÈS travaille précisément en ce moment à un mémoire destiné à établir l'existence des rétrécissements *congénitaux* du rectum. Étant connu le mode de formation du rectum par la réunion de deux bouts, l'un venant de l'S iliaque, l'autre venant du périnée, on conçoit que certains arrêts de développement puissent se produire. Lorsque la soudure se fait, là comme pour les autres conduits formés par le même mécanisme, la soudure a lieu sans formation de tissu de cicatrice : mais il y a toujours une fusion un peu incomplète, un rétrécissement valvulaire. Si le fait s'exagère, et que l'on trouve une muqueuse régulière, sans tissu de cicatrice, et glissant bien sur la boîte fibreuse sous-jacente, on pourra dire que le rétrécissement est congénital. C'est sans doute à une lésion de cette nature que M. Lannelongue a eu

affaire. La chute du rectum est une coïncidence; on peut renverser les termes de la proposition de M. Lannelongue et dire : C'est parce que l'enfant a un rétrécissement qu'il est atteint de chute du rectum; la constipation causée par le rétrécissement amène des efforts violents, d'où la chute du rectum, qui est par suite la conséquence et non la cause du rétrécissement.

M. LANNELONGUE. Jamais le bout inférieur du rectum qui va rejoindre le supérieur ne présente une longueur aussi considérable que celle qui existe dans le cas particulier, plus de 5 centimètres. Lors même qu'il serait très-développé, il n'atteint jamais cette longueur. On peut le constater dans les opérations d'anus contre nature. D'ailleurs le travail ulcératif a été suivi jour par jour; on a vu lerétrécissement, pour ainsi dire, se constituer progressivement.

M. FARABEUF confirme aussi que la dépression venant du périnée n'a jamais cette profondeur : son sommet est situé très-près de la surface cutanée : 4 à 5 centimètres chez l'enfant représentent bien 10 centimètres chez l'adulte. Or la réunion des deux canaux se fait derrière la partie membraneuse de l'urèthre, entre la saillie du bulbe et la pointe de la prostate.

M. TRÉLAT traite cette question actuellement à son cours de pathologie externe : il signale que les rétrécissements congénitaux ont déjà été décrits, par Benoît, de Montpellier, en 1846, par Bouisson, par A. Bérard. Récemment, M. Régnier, aide d'anatomie à la Faculté, vient d'en observer un dans le service de M. Tillaux. Ces anomalies ont été remarquées par les anatomistes qui disséquaient le rectum chez des fœtus pour en découvrir des vices de conformation, et aussi par les chirurgiens appelés à traiter des sujets, jeunes il est vrai, mais n'appartenant jamais à l'enfance. C'est à seize, dix-sept, vingt-deux ans qu'on les observe : au toucher, alors, on sent un petit rétrécissement vulvaire, souple, avec une muqueuse lisse, glissante, non rugeuse ni anfractueuse. Ce n'est donc pas d'origine cicatricielle. Si l'on voulait bien chercher les observations analogues, il est probable qu'on en découvrirait un plus grand nombre.

Dans le cas particulier de M. Lannelongue, le rétrécissement paraît situé bien haut pour pouvoir être regardé comme congénital. Dans la description des rétrécissements congénitaux on dit qu'ils ont été observés ordinairement au lieu d'élection signalé par M. Farabeuf, mais les auteurs disent aussi qu'on les aurait vus plus haut. Toutefois il faut bien se rappeler que, lorsque le rectum est très-haut situé, cela tient à ce qu'une portion d'intestin ne s'est pas formée régulièrement.

M. FARABEUF demande si les chirurgiens, dans les cas d'imperforation, ont pu enfoncer le doigt dans la dépression à plus de 3 centimètres de profondeur. Il ne le pense pas, et ce fait juge la question.

M. LANNELONGUE, dans ces cas, n'a pas enfoncé, non pas même le doigt, mais seulement une algalie, à plus de 2 ou 2 centimètres et demi de profondeur. Il pense donc que l'on peut accorder une certaine attention sur le point qu'il a signalé de la pathogénie des rétrécissements du rectum : c'est un mécanisme possible, ce n'est pas à dire que ce soit le seul.

### PRÉSENTATIONS

**Vices de conformation.** — M. PRESTAT présente un fœtus qui a vécu huit jours, et qui est atteint de divers vices de conformation : il y a exstrophie du rectum et de la vessie. La jambe droite est réduite à un simple moignon, le tibia portant un rudiment d'orteils représentant le pouce, et le péroné portant deux orteils. Cette pièce très-intéressance sera disséquée et examinée avec soin.

**Pince pour phimosis.** — M. HORTELOUP présente une pince pour opérer le phimosis : elle est utile pour le temps de la section de la muqueuse, dont elle permet une section régulière, ce que l'on n'obtenait que très-difficilement avec des ciseaux.

La séance est levée à cinq heures quarante.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 13 janvier 1879, ont été nommés médecins-majors de 2e classe : MM. Cruzel, Jubiot, Gerboin et Julié.

**Phthisie pulmonaire,** comment on la guérit, par le docteur RITH. In-8°. — Prix 1 franc. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur l'ostéomyélite continue à s'entre-croiser avec la discussion sur la septicémie.

C'est au point de vue surtout de la thérapeutique que M. Alphonse Guérin a repris cette fois la première question.

Contre les ostéites qui tendent à suppurer et parmi lesquelles il distingue plusieurs espèces différentes, il préconise d'une manière générale le débridement, opéré, par le moyen d'un fort scalpel, sur les points ramollis de l'os. Cette pratique serait innocente, pourvu qu'on fît usage du pansement ouaté ou des injections à l'acide phénique.

A ce dernier propos, déjà, la discussion sur la septicémie et les antiseptiques allait recommencer, s'il n'eût été l'heure où l'Académie devait se former en comité secret pour préparer une élection qui doit avoir lieu mardi prochain.

Signalons encore, dans le compte-rendu de cette séance, l'histoire fort curieuse d'un berger de la Drôme qui, ayant eu la tête brûlée au point de perdre par nécrose la plus grande partie de la voûte crânienne, ne s'est nullement réveillé pour cela lorsque l'accident lui est arrivé et n'a pas cessé un seul jour de mener son troupeau dans la montagne.

Dr Victor Revillout.

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

### Cirrhose du foie à forme mixte. — Autopsie (1).

II

Le premier phénomène qui doit nous arrêter, dans l'anatomie pathologique de cette affection, c'est l'augmentation de volume du foie. Dans ce cas, cet organe a subi un accroissement tel qu'au lieu de peser 1,600 grammes environ comme à l'état normal, il peut acquérir 2 kilogrammes, 2 kilogrammes 500, 600, et même, ainsi qu'on l'a noté une fois, 2 kilogrammes 900 grammes.

Outre cette augmentation de volume que l'on a pu constater déjà pendant la vie, on trouve que la surface du foie est granuleuse, inégale, rugueuse, mais jamais à un degré aussi marqué que dans la cirrhose atrophique où cet organe ratatiné, revenu sur lui-même, est tout à fait lobulé, inégal, et présente à sa surface de nombreuses saillies du volume d'une noisette. Dans la forme qui nous occupe, au contraire, il est rare que ces inégalités dépassent la grosseur d'un petit pois ou d'un grain de mil.

De plus, le foie a ordinairement une couleur particulière, tantôt jaune, tantôt rappelant celle de la chair, quelquefois même verdâtre, ce qui a valu à cette teinte spéciale le nom de couleur épinard.

Cette coloration n'existe pas seulement à la superficie. On la retrouve également à la coupe d'une manière très-accusée : non pas uniformément distribuée dans toute l'étendue du parenchyme hépatique, mais sous forme de taches plus prononcées les unes que les autres, donnant au foie un aspect marbré.

Mais, non-seulement le foie est augmenté de volume, il l'est aussi de consistance. Tandis, en effet, qu'à l'état normal, cet organe se laisse facilement déchirer, présentant sur les parties ainsi divisées une infinité de petites inégalités, de petites saillies ; tandis qu'il se laisse facilement déprimer par le doigt; dans la cirrhose hypertrophique, cette consistance est telle qu'il se laisse diviser difficilement et oppose une très-grande résistance lorsqu'on cherche à y enfoncer le doigt.

Outre cette induration bien marquée, on constate, à la coupe, de nombreuses bandelettes blanchâtres la sillonnant en tous sens, et qui ne sont autres que des tractus de tissu conjonctif épaissi et augmenté de volume.

Mais c'est au microscope que l'on observe les altérations les plus intéressantes. Tandis que, dans la cirrhose atrophique, les cellules hépatiques, étouffées par la prolifération du tissu conjonctif, ont presque complètement disparu, ici, au contraire, elles ont conservé leur volume normal. De plus, non-seulement on constate des tractus de tissu conjonctif entourant les lobules et les séparant les uns des autres, mais encore (phénomène capital qui distingue la cirrhose simple ordinaire de la cirrhose hypertrophique) on remarque que ce tissu conjonctif pénètre jusque dans l'intérieur de ces éléments. Au contraire, dans la cirrhose atrophique, le tissu conjonctif est seulement extra-lobulaire; il comprime le lobule, mais ne pénètre pas dans son intérieur.

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 janvier 1879.

En outre, il n'est pas rare de voir les cellules hépatiques altérées et présentant tous les caractères de la dégénérescence granulo-graisseuse. Fréquemment encore elles présentent un piqueté pigmentaire résultant de la pénétration de la bile dans leurs parois. Ces altérations occupent quelquefois tout un lobule.

Enfin, on trouve surtout un caractère anatomique d'une haute importance, sur lequel M. Cornil a, le premier, appelé l'attention, qui n'existe jamais dans la cirrhose atrophique et qui consiste dans la dilatation des canalicules biliaires. A l'état ordinaire, ces vaisseaux sont extrêmement petits et très-peu apparents ; ils sont considérablement dilatés, et non-seulement augmentés de volume, mais encore de nombre.

De plus, M. Cornil a également démontré qu'à ces altérations déjà si caractéristiques venait encore s'ajouter une altération spéciale dans la structure des canalicules biliaires. En effet les cellules épithéliales qui, à l'intérieur, tapissent la paroi de ces petits vaisseaux ont subi une prolifération considérable, de telle sorte qu'elles en obstruent la lumière et s'opposent au passage de la bile.

M. Cornil déduit, de ces lésions anatomiques, qu'il existe deux causes premières de la cirrhose hypertrophique : d'une part, l'altération de structure des canalicules biliaires caractérisée par la prolifération des cellules épithéliales qui amène l'obstruction de ces canaux et consécutivement la stase de la bile dans leur cavité ; et, d'autre part, la dilatation de ces canalicules biliaires, d'où l'augmentation de volume du foie. A côté de ces lésions, il existe encore dans la cirrhose hypertrophique pure un phénomène négatif d'une haute importance : c'est la conservation, l'intégrité parfaite des vaisseaux sanguins, qui permet à la circulation hépatique de s'effectuer en toute liberté et explique l'absence de l'ascite et consécutivement des hydropisies dans cette maladie.

Au contraire, dans la cirrhose atrophique, les canalicules biliaires ont conservé leur état normal, mais la prolifération abondante du tissu conjonctif amène la compression des vaisseaux sanguins, d'où il résulte une gêne de la circulation hépatique, de la stagnation du sang dans le système porte et enfin de l'ascite et des hydropisies.

Enfin, j'ajouterai que dans les cas de cirrhose hypertrophique on trouve ordinairement sur le péritoine qui recouvre le foie des taches blanchâtres attestant l'inflammation de cette séreuse, par le fait de la propagation de l'irritation dont le foie augmenté de volume est le siége. Ces traces de péritonite se retrouvent également dans cette partie du péritoine qui, sous le nom de grand épiploon, s'étend au-devant des intestins.

Enfin, une dernière lésion très-importante, c'est l'état de la rate qui se trouve toujours hyperémiée dans la cirrhose hypertrophique. Ce phénomène s'observe bien aussi quelquefois dans la cirrhose atrophique, mais à un degré bien moins prononcé que la maladie qui nous occupe, où il est souvent même tellement accusé que la rate et le foie se confondent par leurs bords à la région épigastrique et qu'à la percussion il est impossible de délimiter ces deux organes. Enfin, à la coupe, on trouve la rate tantôt augmentée de consistance, tantôt au contraire ramollie, fluente. Quant au péritoine périsplénique, il présente fréquemment des traces de péritonite.

On a comparé, avec beaucoup de raison, les accidents auxquels donne lieu le foie ainsi hypertrophié à ceux que l'on produit expérimentalement dans les laboratoires en liant, sur un animal vivant, le canal cholédoque.

Dans ces circonstances, en effet, on voit, comme dans la cirrhose hypertrophique, l'animal présenter d'abord de l'ictère, puis son foie augmente de volume, et, si on le sacrifie, on constate toutes les lésions que je vous ai signalées précédemment.

Ce rapport entre les liaisons qui résultent de la ligature du canal cholédoque dans les animaux et l'hypertrophie du foie chez l'homme est facile à comprendre, car, dans l'un comme dans l'autre cas, il y a un obstacle à la marche de la bile, et par suite de l'arrêt de ce liquide dans les canaux biliaires, angmentation de volume et dilatation de ces vaisseaux dans un département plus ou moins étendu du système biliaire.

Cela dit, nous allons procéder à l'examen des pièces anatomiques que nous avons recueillies chez ce malade. Voici d'abord le poumon. Vous voyez qu'il est le siége, ainsi que nous l'avions reconnu pendant la vie, d'une congestion assez prononcée dans le voisinage des grosses bronches, qui sont rouges, hyperémiées, et présentent tous les caractères de la bronchite.

D'autre part, nous trouvons dans l'abdomen une quantité assez considérable d'un liquide citrin qu'on peut évaluer à environ cinq litres. Il y avait donc de l'ascite. De plus, nous remarquons, pour expliquer ces douleurs vives que le malade avait présentées dans les derniers moments, des traces de péritonite consistant dans des fausses membranes qui font adhérer entre elles les anses intestinales.

Quant au foie, il a conservé à peu près son volume normal : c'est à peine si son poids dépasse de 50 grammes le poids de cet organe à l'état normal. Sa surface présente une coloration jaune verdâtre en certains endroits, rouge dans d'autres. Elle est le siège de nombreuses inégalités. La consistance de cet organe est aussi notablement augmentée.

Quelque chose de bien marqué, c'est, à la coupe, une distension considérable de tous les canaux qui font partie de l'appareil biliaire, le canal cholédoque, le canal cystique, enfin les canalicules biliaires eux-mêmes, ainsi que nous avons pu nous en assurer au microscope.

La cause de cette dilatation, nous n'avons pu la trouver. Nous pensons cependant qu'elle réside dans une altération particulière du pancréas, qui est dur, augmenté de volume, qui comprime l'orifice du canal cholédoque à son embouchure dans le duodénum et s'oppose au passage de la bile dans l'intestin. De là cette altération du foie qui se rapporte tout à fait à ce que nous avons dit de la cirrhose hypertrophique.

Quant à ces phénomènes de cirrhose atrophique que nous avions trouvés pendant la vie associés aux symptômes de la cirrhose hypertrophique, c'est-à-dire l'ascite et la dilatation des veines préabdominales, nous en trouvons l'explication dans l'état du foie qui, sans être diminué de volume, est dur, consistant, comme dans la cirrhose atrophique, et qui, de plus, a subi une prolifération de tissu conjonctif beaucoup plus considérable qu'on ne la trouve habituellement dans la maladie qui fait le sujet de cette leçon.

Telle est l'observation de ce malade. C'est donc un de ces faits dans lesquels les deux formes de la cirrhose se trouvent associées l'une à l'autre, un de ces cas mixtes qui se rencontrent de plus en plus à l'observation des médecins. Cette association des symptômes propres à ces deux affec-

tions exerce une influence notable sur la durée de la maladie. Tandis, en effet, que la cirrhose hypertrophique n'opère son évolution que dans un temps très-long, qui parfois exige plusieurs années, ici la maladie n'a mis que trois mois à évoluer.

De plus, il est rare, dans la cirrhose hypertrophique, de rencontrer des altérations du tube digestif aussi accentuées que chez ce malade, de sorte que, sous ce rapport, on peut encore dire que la maladie tenait de la cirrhose atrophique, comme elle y participait par l'ascite et par la dilatation des veines préabdominales.

En raison donc du volume du foie et de la dilatation des canaux biliaires, d'une part; en raison, d'autre part, de cette prolifération abondante du tissu conjonctif, je crois qu'il s'agit ici d'un de ces cas mixtes dans lesquels, je ne saurais trop y insister, les altérations de la cirrhose hypertrophique se confondent avec les lésions anatomiques de la cirrhose ordinaire. C'est, en un mot, un des cas dans lesquels la clinique est loin d'être en concordance parfaite avec ce que nous apprend la pathologie.

---

**HOPITAL DE BEYLERBEY** (Constantinople). — M. GIRERD.

**Des plaies du scrotum avec issue du testicule** (1).

OBS. II. — (Cette observation a été recueillie par M. Briot, interne du service.)

Ahmet Yousouph, âgé de vingt-deux ans, blessé par deux coups de feu à Plevna. — Une première balle a traversé l'épaule gauche en fracturant la clavicule et l'angle supérieur de l'omoplate. — Une deuxième a labouré l'extrémité inférieure du scrotum dont elle a occasionné une perte de substance à travers laquelle le testicule a fait hernie, et elle a continué son chemin en produisant une plaie en séton de la cuisse gauche.

Ce malade entre dans le service de M. Girerd, salle n° 5, lit 3, le 17 septembre 1877, quinze jours après avoir reçu ses blessures. — La clavicule est fracturée à sa partie moyenne; son fragment externe fait issue sur une longueur de 3 à 4 centimètres; à l'ouverture de sortie on sent quelques esquilles qui font partie de l'angle supérieur de l'omoplate. — La plaie a bon aspect, et la suppuration est de bonne nature.

Quant au scrotum, la perte de substance en est considérable; et de plus les bourses se sont rétractées, et les bords de la plaie se sont cicatrisés sur le cordon, au-dessus de l'épididyme. — La glande, qui est nue et pendante, dépasse de deux travers de doigt celle du côté opposé. — Son volume semble doublé dans le sens de la longueur, mais à vrai dire elle n'est qu'apparente, et dépend de l'exubérance des bourgeons charnus sur l'extrémité inférieure du cordon et sur l'épididyme.

Ces bourgeons, comme ceux qui recouvrent le parenchyme, sont flasques, blafards, donnent lieu à une abondante suppuration et ne présentent aucune tendance à l'organisation de la cicatrice.

La plaie de la cuisse n'offre pas un meilleur aspect : les bords en sont noirâtres, saignants; suppuration mal établie, — pus séreux, noirâtre et d'une odeur âcre.

Enfin, l'état général est peu satisfaisant, et le malade se trouve dans de mauvaises conditions, épuisé par les misères de la campagne et les souffrances du voyage.

M. Girerd déclare que le blessé devra subir une résection de la clavicule et une opération d'autoplastie du scrotum.

Nous commençons par appliquer sur les plaies de l'épaule un pansement phéniqué. — Le testicule est enveloppé d'un linge cérate, et dans le séton de la cuisse nous faisons des injections de teinture d'iode en solution.

Prescription : huile de foie de morue. — Vin. — Quinquina. — Côtelettes.

18 septembre. — Le malade, reposé et restauré, se sent mieux. — Le fragment externe de la clavicule, qui faisait saillie, est réséqué avec la scie à chaîne, et la fracture est réduite. — Pansement phéniqué. — Même traitement. Toutefois l'état général du malade est encore trop mauvais pour qu'on puisse songer à réduire le testicule qui fait hernie. Mais les plaies ont pris meilleur aspect; les bourgeons sont plus vivaces; le pus devient crémeux; la cicatrisation du séton s'opère assez rapidement : elle est, en effet, définitive dans les derniers jours de septembre.

Après l'extraction de quelques esquilles, nous voyons aussi la plaie postérieure de l'épaule se fermer aisément. Il ne reste plus que la fracture comminutive de la clavicule dont la réparation marche lentement, et la plaie du scrotum qui se maintient dans le même état.

Enfin, le 12 octobre, vingt-cinq jours après la blessure, l'opération proposée est faite par M. Girerd, assisté de M. Choffé, ancien médecin de la marine.

L'administration du chloroforme présente quelques difficultés, car le malade est rebelle à l'action de cet agent; mais l'insensibilité est obtenue. — Les bords de la solution de continuité sont détachés; le scrotum est débridé obliquement; les téguments sont disséqués jusqu'à ce qu'ils soient suffisants pour recouvrir le testicule en entier. — En dernier lieu, la surface du parenchyme est excitée sur toute son étendue, et les bords des téguments, étant avivés, sont réunis au moyen de cinq points de suture métallique.

Par dessus on applique des compresses d'eau froide.

13 octobre. — Léger mouvement fébrile. Réaction locale assez violente. — Gonflement considérable des parties. — Deux points de suture ont échappé à la partie inférieure, et nous maintenons la réduction à l'aide de bandelettes agglutinatives. — Compresses résolutives.

14. — Le gonflement a diminué. — La fièvre est moins intense. — Les fils sont enlevés et la réunion est opérée à la partie supérieure. — A la partie inférieure, la suppuration est bien établie, et fait espérer une réunion par seconde intention assez rapide.

16. — La réunion est complète.

17. — Malaise général. — Céphalalgie. — Quelques frissons dans la soirée.

18. — Un érysipèle se déclare aux bourses et à la verge. — Un verre d'eau de Sedlitz. — Vin de quinquina. — Fomentations de décoction de fleurs de sureau.

19. — La cicatrice s'est déchirée vers le milieu. — Fièvre intense.

20. — L'érysipèle a gagné la cuisse. — Les bourses sont moins tendues, et le gonflement se résout. — Le contraire se produit à la verge, à la face postérieure de laquelle se laisse voir un petit point noir qui fait craindre un commencement de gangrène. M. Girerd pratique sans retard une incision cruciale.

21. — Le point douteux de la verge a grandi. — Malgré l'incision, la mortification est inévitable.

22. — Toute cette face de la verge est envahie par la gangrène. — Nouvelles scarifications.

23. — Même état.

24. — La cuisse est moins gonflée et commence à s'exfolier. — La gangrène de la verge est bien délimitée.

25. — La ligne de démarcation de l'eschare est bien tracée.

26. — L'érysipèle a envahi la face. — L'eschare est en voie d'élimination. — Un verre d'eau de Sedlitz.

27. — Délire violent. — L'eschare est complètement détachée. — Pot. Todd. — Extr. théb., 0,15.

28. — Même état.

29. — Même état. Le malade nous inspire de sérieuses inquiétudes. — Potion au musc.

30. — Il y a un peu de mieux. — Le délire est beaucoup moins

(1) Fin. — Voir le numéro du 23 janvier 1879.

violent. — La plaie du scrotum est de nouveau complètement cicatrisée, celle de la verge est stationnaire et atonique. — Même traitement.

31. — Le malade peut ouvrir les yeux. — Plus de délire. — Vin de quinquina. — Bouillons.

1er novembre. — L'amélioration continue, et le travail de cicatrisation se fait lentement.

Vers le 10, le malade est tout à fait remis, et la plaie de la verge parfaitement cicatrisée.

Il n'est retenu à l'hôpital quelque temps encore que par sa fracture de la clavicule.

Obs. III. — (Observation recueillie par Sadyk effendi.)

Le nommé Hussein Hassan, âgé de trente ans, originaire de Dématoka, entre dans le service de M. Girerd, le 19 février 1878.

Il reçut un mois auparavant, à Eski Zaahra, un éclat d'obus qui lui enleva une portion du scrotum et produisit une large plaie à la partie interne de la cuisse.

A l'arrivée du malade, l'état est le suivant : les bords du scrotum sont cicatrisés sur le tiers supérieur de la glande qui se trouve à nu, et dont le volume est plus considérable qu'à l'état normal. Le malade nous raconte qu'immédiatement après la blessure, la glande est devenue le siège d'un gonflement extraordinaire qui a cédé à l'application de cataplasmes émollients.

Chez Hussein Hassan, l'opération est presque insignifiante, les adhérences sont légères et peuvent être détruites sans difficultés avec l'extrémité de la spatule. — Le scrotum est encore assez large pour recevoir la glande qui est réduite après qu'un léger débridement a été opéré.

Comme le malade est pusillanime, il faut se contenter de rapprocher les bords à l'aide de bandelettes agglutinatives. — La réunion par seconde intention s'opère en quelques jours, mais il reste toujours une plaie fistuleuse qui fournit une abondante suppuration.

La glande s'atrophie de jour en jour : il n'est pas douteux que ce ne soit la substance même du parenchyme qui ne soit entraînée par la suppuration, terminaison de la violente orchite traumatique qui a suivi la contusion de la glande.

Un mois après, la perte de l'organe était un fait accompli et la cicatrisation était complète.

---

## HYDROLOGIE

### DES EAUX BICARBONATÉES SODIQUES FORTES DE VALS.

III

Le plus grand nombre des sources de Vals sont situées sur la rive gauche de la Volane. Si l'on veut du bourg même de Vals se diriger vers le *Bassin des eaux*, — on nomme ainsi dans le pays l'endroit où se trouvent groupées les eaux les plus nombreuses et les plus importantes, — on traverse la Volane sur le pont Cavaggia (1); puis, après avoir longé la rivière sous une magnifique allée de platanes, on arrive à un jardin paysager où les essences les plus rares de conifères forment un effet délicieux. Au milieu de ce jardin s'élèvent d'une manière intermittente les flots argentés de la source Firmin, plus connue sous le nom de *Source intermittente.*

Ce phénomène si intéressant a lieu à des espaces de temps plus ou moins déterminés, variant d'heure en heure, de cinq à six quarts d'heure en d'autre temps; mais cependant assez régulièrement pour qu'on puisse presque à l'avance annoncer la prochaine apparition. D'abord on entend un bruit sourd dans le trou qui donne issue à la source. Puis quelques bulles d'eau arrivent à l'orifice, pour disparaître rapidement, reparaître quelques instants après, et successivement remonter et redescendre. Bientôt le bruit de souffle augmente, l'eau apparaît d'abord indécise, redescendant aussi vite qu'elle s'est montrée; l'effort augmente, l'eau bouillonne, la gerbe se forme, elle s'élance, retombe en flocons, s'élance plus haut encore, et bientôt, dans toute sa splendeur, se développe sous la forme d'une gerbe magnifique, retombant en cascades, brûlant le gazon qu'elle touche. L'air est imprégné d'une forte odeur sulfureuse. Mais bientôt la gerbe perd de sa hauteur; le bruit de souffle continuant toujours, on voit la gerbe d'eau diminuer, retomber en perdant à chaque effort une partie de son développement, puis rentrer peu à peu dans son orifice d'échappement, ne laissant plus apparaître que quelques bouillonnements de plus en plus faibles; le bruit de soufflet se fait encore entendre, mais la gerbe a disparu, on n'entend plus que le bruit souterrain des derniers efforts du gaz se dégageant à travers l'eau; puis un nouvel effort, un peu d'eau est rejetée et tout rentre peu à peu dans le silence. La source intermittente a jailli, et il faut attendre une heure ou une heure et demie pour voir le phénomène se reproduire presque toujours de la même façon.

C'est à quelques pas de cette très-curieuse source que s'élève l'élégant chalet sous lequel s'abritent plusieurs sources intéressantes. Aujourd'hui nous ne voulons étudier que l'une d'elles, *la Précieuse.*

Il fut un temps où cette source avait, elle aussi, un certain degré d'intermittence qui la faisait même désigner par le vulgaire sous le nom de *Capricieuse;* mais les travaux de captage ont régularisé son débit, et, au lieu d'une simple curiosité, nous avons depuis ce moment une belle et bonne source, ce qui fait bien mieux notre affaire, à nous médecins praticiens.

La *Précieuse* est une source froide (athermale), 13°; son goût est agréable, légèrement salé.

Sa composition chimique est représentée par la formule suivante:

| | |
|---|---|
| Acide carbonique libre | 2.218 |
| Bicarbonate de soude | 5.940 |
| — de potasse | 0.230 |
| — de chaux | 0.630 |
| — de magnésie | 0.750 |
| — de fer et manganèse | 0.010 |
| Chlorure de sodium | 1.080 |
| Sulfate de soude et chaux | 1.185 |
| Silicate et silice, alumine | 0.060 |
| Iodure alc., arsenic, lithium | Traces. |

Clermont (de Lyon), qui avait étudié avec le plus grand soin les eaux de Vals, nous a enseigné combien la *Précieuse* rendait de services en activant la digestion et les sécrétions et en relevant le système nerveux. Elle possède la propriété des eaux carbo-sodiques, et il est inutile aujourd'hui de s'appesantir sur des propriétés si bien connues de nos lecteurs.

La *Précieuse*, par son bicarbonate de magnésie, possède de plus une propriété très-utile dans certains cas : elle est légèrement laxative. Cette action peut être à volonté portée à un degré plus ou moins élevé par la manière dont on en dirige l'usage.

Un autre caractère de cette source est l'intime mixtion de ses éléments (Clermont). L'acide carbonique y existe bien, puisque l'analyse en accuse 2 grammes environ par litre, et cependant sa dissolution est si complète qu'on ne le voit pas s'attacher aux parois du verre. Son bicarbonate de soude, abondant, 5g8 par litre, ne lui enlève rien de son goût agréable, et les malades qui ont été soumis aux eaux de Vichy sont très-surpris en comparant le goût si désagréable des eaux fortement alcalines de Vichy au goût des eaux fortement alcalines de Vals. L'acide carbonique joue très-certainement ici le rôle de modificateur et constitue la cause du goût agréable de ces dernières eaux.

Les maladies qui relèvent le plus directement de l'usage de la source *Précieuse* sont celles de l'appareil biliaire.

Les calculs biliaires ont trouvé dans les eaux de Vals un véritable critérium. « J'ai vu à Vals, dit M. Chabannes, inspecteur de la station, quelques personnes n'ayant jamais éprouvé de coliques néphrétiques ou hépatiques, mais souffrant néanmoins de malaises

(1) Ce pont submersible est dû à l'éminent ingénieur que l'Ardèche a perdu récemment, et Vals devra conserver le souvenir de Cavaggia, dont le talent et le dévouement ont eu un si heureux effet sur le développement de la station.

gastro-hépatiques de causes inconnues, être prises au milieu de la cure de douleurs au côté droit et rendre des calculs par l'anus peu de temps après. »

Notre confrère a bien étudié la manière dont on doit employer les eaux de Vals dans le traitement des calculs biliaires. Le praticien ne doit pas oublier ses conseils. On pourrait croire, tout d'abord, que, pour avoir raison des accidents dus aux calculs biliaires, il faut avoir recours aux sources les plus fortement alcalines, Précieuse, Rigolette, etc. Ce serait une erreur. Il ne faut pas perdre de vue que le calculeux présente, en général, des symptômes variés, suivant les phases diverses de l'évolution calculeuse. L'hypochondre peut devenir tendu et douloureux aux moindres doses des eaux richement minéralisées. C'est sur ce fait que M. le docteur Chabannes a voulu attirer l'attention du praticien. Il a fixé, de la manière la plus nette, cette règle : Lorsque le malade ne peut supporter les eaux richement minéralisées, il faut avoir recours aux eaux, plus faiblement mineralisées, de la Saint-Jean. « Il est rare, en effet, dit-il, de trouver un seul malade qui ne les supporte facilement. Cette tolérance de quelques jours permet bientôt de s'adresser à celles qui sont plus fortes et que nous venons de citer (Précieuse, Rigolette, Désirée, Magdeleine, etc.). Grâce à cette graduation, à cette gamme dans les eaux de Vals, le traitement le plus sérieux peut se commencer et se poursuivre sans interruption. »

Voilà donc un premier point bien établi, c'est qu'il ne faut pas débuter toujours par une eau forte ; il nous semble même prudent de commencer toujours le traitement par une eau faible (Saint-Jean), puis on trouvera dans la *Précieuse* de puissants éléments de traitement contre les calculs biliaires.

Si la paresse intestine domine, si l'abdomen reste flasque, mollasse, sans ressorts, il faut, suivant le docteur Chabannes, intercaler quelques verrées de la *Dominique*, en même temps que l'on prescrit des douches ascendantes froides.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 janvier 1879. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

### CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Louis Caradec (de Brest), qui adresse, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, un mémoire manuscrit intitulé : *Quelques considérations sur les rapports qui existent entre l'éléphantiasis des Arabes, les scrofules et les scrofulates de vérole;* 2° une lettre de M. le docteur Manouvriez (de Valenciennes), qui adresse, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant : A) *Deux observations de malformation congénitale du membre supérieur*, BRACHYDACTYLIE *et* HEPTADACTYLIE ; B) un mémoire intitulé : *Troubles digestifs et respiratoires des garçons de caisse* (manieurs d'argent) de la Banque de France.

M. Delpech présente, au nom de M. le docteur Homo, médecin des épidémies du département de la Mayenne, un mémoire manuscrit intitulé : *Étude médicale sur l'arrondissement de Château-Gontier.*

### PRÉSENTATION DE PIÈCE PATHOLOGIQUE

M. Broca présente une pièce pathologique qui lui a été adressée par M. le pasteur Muston et qui provient d'un jeune berger des montagnes de la Drôme. Cet enfant, autrement d'une bonne santé, offrait depuis sa naissance cette particularité anomale que le soir, une fois endormi, il ne pouvait pas être réveillé par quelque moyen que ce fût. Le matin, au contraire, il se réveillait sans difficulté, parfaitement dispos. Un soir on l'avait laissé seul, assis sur une chaise auprès du feu. Quand on revint, on le trouva tombé en avant, presque dans le foyer; un grand bonnet de feutre qu'il portait s'était consumé lentement autour de sa tête, qui était elle-même profondément brûlée ; mais il avait continué à dormir de son profond sommeil habituel. On le coucha, croyant la brûlure peu profonde. Le lendemain, il se réveilla comme d'ordinaire et partit garder ses troupeaux, sans se plaindre d'aucune souffrance, et de même les jours suivants. Cependant, au bout de quelques semaines, une immense eschare, en se détachant, mettait à nu les os de la tête, qui apparurent noirs et mortifiés, puis, tout autour, vers les limites de la plaie, une ligne rosée accusa le travail de séparation du mort et du vif. Enfin, un beau jour, se détacha un séquestre qui comprenait toute la table externe et une partie du diploé des deux pariétaux, de l'extrémité supérieure du frontal et d'une portion de l'occipital. Les temporaux, recouverts par les muscles du même nom, n'avaient pas souffert. M. le pasteur Muston alla voir ce berger à diverses reprises; la première fois, un an environ après l'accident. La plaie osseuse commençait à se couvrir de bourgeons charnus. Sur un seul point, correspondant à la région moyenne du pariétal droit, on sentait des battements isochrones aux battements cardiaux. Cela s'explique quand on examine le séquestre, car, à ce niveau, il comprend toute l'épaisseur du pariétal, la table interne comme le reste.

Plus tard, l'année suivante, ces battements avaient disparu ; cela démontre que la réparation osseuse avait pu s'effectuer, ce qui arrive souvent pour des pertes de substance de petite étendue, allant jusqu'à la dure-mère, mais laissant cette membrane intacte.

La plaie est pourtant encore aujourd'hui presque aussi large qu'il y a un an ; la cicatrisation s'en opère avec une extrême lenteur. Mais le jeune berger, qui a perdu ainsi une grande partie de son crâne, n'en a pas moins gardé tous les jours son troupeau. On le panse de temps en temps, en recouvrant la plaie d'un linge imbibé d'huile, sur lequel il met un chapeau de feutre. Il lui arrive souvent de rapporter sur sa tête des fardeaux assez lourds, des branches épineuses, et, paraît-il, il se félicite de ne plus sentir les épines, qui autrefois lui piquaient souvent le cuir chevelu d'une façon douloureuse.

### ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre correspondant national dans la première section.

La commission présente les candidats dans l'ordre suivant :

En 1re ligne, M. Levieux (de Bordeaux) ; en 2e, M. Mignot (de Chantelle) ; en 3e, M. Bourgade (de Clermont-Ferrand) ; en 4e *ex æquo*, MM. Barailler (de Toulon) ; Caradec (de Brest) ; Mordret (du Mans).

Le nombre des votants étant de 64, majorité 33, M. Levieux obtient 47 suffrages, M. Mignot 7, M. Caradec 4, M. Mordret 3, M. Bourgade 2, un bulletin nul.

En conséquence, M. Levieux, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant.

### LECTURE

M. Cadiat lit : *Sur le cœur considéré comme un annexe du système veineux*, un travail qu'il résume ainsi :

« L'embryogénie montrant que le cœur est d'abord un renflement des veines omphalo-mésentériques auxquelles s'ajoute le bulbe aortique, l'anatomie comparée, la physiologie des mouvements de cet organe chez l'embryon, la structure de l'endocarde, la disposition des vaisseaux nourriciers par rapport à cette membrane, les valvules, tout s'accorde à faire du cœur une dépendance du système veineux. Restait une dernière consécration à cette théorie ; elle est fournie par la pathologie : — le cœur est veineux par ses lésions, — et c'est en effet la loi fondamentale de l'anatomie générale qu'aux mêmes tissus se rapportent des lésions identiques.

### DISCUSSION SUR L'OSTÉOMYÉLITE DE L'ADOLESCENCE

M. Alphonse Guérin déclare en commençant que, pas plus que MM. Panas et Gosselin, il ne se croit autorisé à dire que c'est par tel ou tel point de l'os que commence la maladie décrite par M. Lannelongue. Il pense que pour le moment il n'y aurait pas grand avantage à discuter ce côté encore mal connu de la question, très-intéressante, au contraire, au point de vue de la thérapeutique.

Convaincu que le périoste joue un rôle plus important que la moelle dans cette maladie, il ne repousserait pas le nom de périostite phlegmoneuse. Comme dans le panaris, on trouve alors du pus non-seulement entre l'os et le périoste, mais dans les gaînes musculaires; il y a d'affreuses douleurs; le membre est œdématié et infiltré de pus; et, comme le panaris, la périostite phlegmoneuse peut aboutir à la nécrose de l'os. Cette comparaison a conduit depuis longtemps M. Alphonse Guérin à pratiquer le débridement du périoste, dans le point qui correspond à la plus vive inflammation, dans la périostite phlegmoneuse.

A côté de cette forme grave d'ostéite, il y en a beaucoup d'autres, offrant des degrés divers d'intensité : entre autres, celle que M. Gosselin a nommée ostéite épiphysaire des adolescents. Dans celle-ci l'inflammation du tissu spongieux des épiphyses donne lieu à un ramollissement de l'os tel qu'un bistouri bien trempé y pénètre sans difficulté. M. Alphonse Guérin en profite pour pratiquer, à l'aide d'un fort scapel, le débridement des cellules osseuses inflammées. L'amélioration et la cessation des douleurs sont instantanées. M. Jules Guérin applique ensuite un pansement ouaté, et de cette manière il a obtenu des guérisons qui lui auraient paru impossibles par une autre méthode.

Le dernier malade de ce genre était un garçon de quinze ou seize ans, entré à l'Hôtel-Dieu, ayant une jambe très-enflée et extrêmement douloureuse. Près du genou on constata de la rougeur et un état œdémateux très-considérable. L'articulation était encore indemne, mais on sentait qu'elle ne tarderait pas à être envahie. Un débridement en arc de cercle, obtenu à l'aide d'un fort scalpel plongé dans l'épiphyse du tibia, donna issue à une cuillerée à café de sang sans mélange de pus. Le pansement ouaté fut appliqué. Cinq semaines après, la plaie, qui n'avait pas suppuré, fut retrouvée fermée; l'os avait repris ses dimensions normales.

M. Guérin a appliqué cette même méthode de traitement à ces ostéites strumeuses de l'apophyse mastoïde, qui occasionnent des écoulements de pus par l'oreille, presque intarissables autrement. Il plonge hardiment le scalpel à une profondeur d'un à deux centimètres, dans le point qui lui semble le moins résistant. Souvent le soulagement de la douleur est instantané et définitif. Qu'il se soit écoulé par la plaie du pus ou seulement du sang, l'écoulement du pus par l'oreille ne tarde pas à se tarir. C'est là une opération bénigne, peu douloureuse et très-efficace.

M. GOSSELIN demande à M. Alphonse Guérin s'il pratique le débridement dans la périostite phlegmoneuse avant que le pus se soit formé, et s'il ne craindrait pas de voir quelquefois, en pareil cas, le traumatisme occasionner une suppuration qui aurait pu autrement ne pas survenir.

M. ALPHONSE GUÉRIN répond qu'avant l'emploi des pansements ouatés il aurait eu, en effet, de telles craintes, mais que, depuis qu'il fait constamment usage de ce genre de pansement, il n'hésite plus à débrider le périoste et le tissu osseux enflammé, bien persuadé qu'il n'en peut résulter aucun inconvénient.

Quand il s'agit de l'apophyse mastoïde, il remplace le pansement ouaté, qui serait très-difficile à appliquer et très-pénible à supporter dans cette région, par des injections à l'acide phénique pratiquées une fois par jour. Le seul inconvénient à craindre, c'est que la plaie ne se ferme trop vite avant que l'écoulement par l'oreille soit complètement tari.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 janvier 1878. — Présidence de M. Paul BERT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

**Du méthyle-sulfate de soude.** — M. RABUTEAU fait une communication sur ce sujet.

**Des cheveux.** — M. GALIPPE a fait, avec M. Malassez, une série de recherches sur les cheveux qui peuvent présenter un certain intérêt au point de vue médico-légal. Il est facile, dit-il, de distinguer des cheveux coupés sur le vivant de cheveux tombés spontanément; les premiers, en effet, ont une odeur caractéristique que ne présentent jamais les cheveux tombés. Ceux-ci, en outre, ont un aspect terne, présentent des alternatives de coloration, ne sont pas soyeux et se travaillent beaucoup plus difficilement. Les cheveux tombés rapidement, dans le cours d'une affection grave, d'une fièvre typhoïde, par exemple, présentent aussi des caractères spéciaux qui les rendent facilement reconnaissables. Enfin, M. Galippe met sous les yeux de la Société des cheveux de Chinois; ces cheveux portent une odeur musquée très-accentuée, et que rien, aucun lavage, aucune préparation, ne parvient à faire disparaître. Ces cheveux, qui sont d'un très-beau noir, offrent à la lumière un reflet rouge. Enfin, M. Galippe signale un état électrique des cheveux chez certaines hystériques, état électrique qui n'est souvent que momentané et qui paraît surtout s'accentuer dans les moments qui précèdent les crises hystériques.

M. LABORDE rappelle que M. Latteux a fait, au point de vue anthropologique et par des procédés spéciaux, une étude des cheveux des plus complètes.

M. GALIPPE, parfaitement au courant des recherches de M. Latteux, ne les a pas citées parce que M. Latteux lui-même a dit qu'elles ne l'avaient conduit à aucun résultat positif au point de vue de la distinction des races.

M PAUL BERT croit qu'on pourrait expliquer le reflet rouge des cheveux noirs par ce fait qu'il y a des cheveux alternativement rouges et noirs. Il rappelle, à cette occasion, les recherches qu'il a faites sur la façon dont les cheveux blanchissent et a démontré que c'est une erreur de croire que les cheveux blanchissent par la base. C'est, au contraire, par la pointe qu'ils blanchissent.

M. MALASSEZ rappelle avoir présenté à la Société des cheveux blancs par la base et d'autres blancs par la pointe, puis des cheveux zébrés, c'est-à-dire poussant alternativement blancs et noirs.

M. LABORDE croit que, dans cette question, il faut distinguer la calvitie arrivant par l'âge, qu'on pourrait appeler physiologique, et la calvitie se produisant dans le cours de maladies graves.

**Myomes généralisés.** — M. BALGER présente un exemple intéressant de myomes généralisés dans la peau qu'il a recueilli dans le service de M. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis.

**Monoplégie brachiale.** — M. RAYMOND rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt ans qui, au mois de septembre, tomba d'une attaque apoplectiforme. Lorsqu'il revint à lui, il s'aperçut qu'il ne pouvait plus se servir de son bras droit. Il entra à l'hôpital où M. Raymond constata, en effet, l'existence d'une monoplégie brachiale avec perte absolue de la sensibilité. L'application de différents métaux, des aimants, de l'électricité, resta sans effets sur cette monoplégie, et par aucun moyen M. Raymond ne parvint à modifier l'insensibilité. En présence de ce fait, perte simultanée de la motricité et de la sensibilité d'un membre supérieur, M. Raymond se demande quelle en peut être l'explication anatomique. S'agit-il d'une lésion cérébrale et d'une lésion médullaire? Si l'on admet en effet les notions acquises sur les localisations, on sait que le centre de motricité du membre supérieur est très-éloigné de son centre de sensibilité. Ce malade n'avait pas d'antécédents syphilitiques. Il se trouve actuellement dans le service de M. Vulpian, où, sous l'influence de l'électrisation, la sensibilité de son bras semble revenir peu à peu.

M. LABORDE demande comment est tombé ce malade, afin de savoir si la chute n'a pas été la cause de la paralysie comme dans les faits de paralysie de l'enfance décrits par M. Chassaignac.

M. RAYMOND fait observer que cette hypothèse est inadmissible, attendu qu'il n'a constaté, immédiatement après la chute, aucune ecchymose, aucun signe de contusion du plexus brachial, et que, consécutivement, ce malade n'a jamais présenté d'atrophie musculaire.

La séance est levée à cinq heures.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 janvier 1879, M. le docteur Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux, a été nommé membre du conseil de surveillance de l'Administration de l'Assistance publique à Paris.

— Par arrêté ministériel en date du 25 janvier 1879, la chaire d'accouchements et de maladies des enfants de la Faculté de médecine de Nancy a été déclarée vacante.

— L'Association scientifique de France a repris ses conférences à la Sorbonne : celle du jeudi 30 janvier, à huit heures du soir, sera faite par M. Paul Bert, professeur à la Faculté des sciences, et aura pour sujet : *les travaux de Claude Bernard.*

— Le laboratoire des cliniques de la Charité est ouvert depuis le 20 janvier. Les étudiants qui veulent y suivre les manipulations histologiques ou chimiques devront s'inscrire au laboratoire de deux à quatre heures.

— Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de sciences naturelles s'ouvrira le 3 novembre 1879, à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Le docteur Martin-Damourette recommencera ses cours de chimie, de thérapeutique, etc., pour la préparation aux 3e et 4e examen de doctorat, et au 1er examen de fin d'année, le lundi 3 février, à une heure, boulevard Saint-Germain, 63.

— M. le docteur Latteux commencera un nouveau cours particulier de technique microscopique le lundi 10 février, à quatre heures, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi, et le continuera tous les jours, à la même heure. — Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les analyses microscopiques qu'exige journellement la pratique médicale. — On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de midi à une heure.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Leçons cliniques et didactiques sur les maladies des femmes,** par le professeur Ludlam, traduites sur la 3e édition américaine, par les docteurs Claude et Dorion. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Fragments d'ophthalmologie clinique de l'hospice des Quinze-Vingts,** compte-rendu analytique des maladies observées et des opérations pratiquées pendant les années 1875, 1876, 1877, par le docteur Fieuzal, médecin de l'hospice. 1 vol. in-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Les écoulements blennorrhagiques contagieux, aigus et chroniques, de l'homme et de la femme, par l'urèthre, la vulve, le vagin et le rectum.** De leurs accidents et de leurs complications suivis d'une étude sur les écoulements blancs non contagieux par les organes génitaux chez les deux sexes, par le docteur Pouillet. 1 vol. in-18. — Prix : 5 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**Des corps étrangers du rectum, leurs migrations dans l'intestin et leur histoire,** par le docteur Gérard. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Le M' Boundou du Gabon.** Étude de physiologie expérimentale, par le docteur L. Testut. Brochure in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

**Des taches vineuses et de leur traitement par les scarifications,** par le docteur Colson. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**De l'acné sébacé partiel et de sa transformation en cancroïde,** par le docteur Audouard. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7759.

N° 13. — SAMEDI 1er FÉVRIER 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 1er FÉVRIER 1879. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Rhumatisme, localisations et formes diverses.

Nous extrayons d'un volume qui vient de paraître, *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, de M. le professeur Vulpian (1), les quelques considérations cliniques suivantes sur le rhumatisme, dans lesquelles M. le docteur F. Raymond, qui a rédigé sous les yeux du maître cet important recueil, a résumé substantiellement et analysé tous les cas curieux et intéressants de rhumatisme avec leurs formes et leurs localisations diverses, qui se sont présentés en grand nombre dans le service pendant la période annuelle que comprend cet ouvrage.

Les cas de rhumatisme entrés dans le service de M. Vulpian pendant le cours de l'année ont été particulièrement nombreux; ils ont atteint le chiffre de vingt-quatre, comprenant presque toutes les variétés du rhumatisme, et la plupart ont présenté un grand intérêt au double point de vue pratique et doctrinal.

Au point de vue étiologique, M. Raymond ne fait ressortir que ce seul fait, savoir, qu'un malade, le sujet de la première observation, a eu sa première atteinte de rhumatisme articulaire aigu consécutivement à une blennorrhagie. L'affection ne présentait pas les caractères du rhumatisme blennorrhagique, mais bien ceux du rhumatisme articulaire aigu classique. A dater de son invasion, le malade a été constitué rhumatisant et il a eu de l'endocardite aiguë.

Deux observations (la 2e et la 3e) ont été de beaux exemples de ce qu'on a décrit sous le nom de rhumatisme cutané et d'éruptions scarlatiniformes liées au rhumatisme articulaire aigu. L'une d'elles a été particulièrement intéressante, elle a offert un exemple de phénomènes rhumatismaux les plus complexes et les plus variés. Il s'agissait d'une jeune fille. La première manifestation rhumatismale a consisté en des troubles de la vision. L'examen ophthalmoscopique a montré l'existence d'une rétinite. La malade était depuis quelques jours à Paris, en traitement pour ses yeux, quand elle fut prise de mal de gorge, de difficulté d'avaler; en même temps elle eut une fièvre assez vive et bientôt une éruption scarlatiniforme des mieux accusées, mais non suivie de la desquamation caractéristique de la scarlatine, et à laquelle succéda une nouvelle éruption limitée au cou et à la face, au-devant de la poitrine et aux bras, constituée par des plaques, siège de très-vives démangeaisons et d'excoriations multiples ayant toutes les apparences de l'urticaire et suivie elle-même de plusieurs poussées successives, à mesure que les précédentes disparaissaient.

Enfin, pendant l'évolution de ces divers accidents, environ un mois après son entrée à l'hôpital, la malade éprouva des douleurs parfois assez vives, dans les coudes, les épaules, les poignets, douleurs qui persistèrent une huitaine de jours, sans être accompagnées d'un gonflement notable des articulations. Puis elle fut prise de fièvre, de courbature, de sentiment d'angoisse précordiale, et l'auscultation du cœur révéla l'existence d'un bruit de souffle fort, au premier temps et à la pointe. Les jours suivants, l'état fébrile disparaissait; mais la lésion cardiaque persistait, ainsi que la lésion oculaire mentionnée plus haut.

Il ressort de cette observation, entre autres faits intéressants, que c'est bien à une diathèse rhumatismale à localisations multiples que l'on a eu affaire, et que c'est à cet état diathésique que se rapportent également la lésion mitrale, la lésion oculaire et l'éruption cutanée. Elle montre enfin que les complications cardiaques peuvent se montrer dans cette forme spéciale de rhumatisme cutané qui en a été le caractère principal.

Dans une troisième observation, il s'est agi aussi d'une éruption scarlatiniforme, sans desquamation ni albuminurie, chez une malade, fille d'un rhumatisant et qui avait eu plusieurs fois elle-même du rhumatisme articulaire aigu.

Un quatrième fait présente un cas d'érythème papuleux évoluant chez un malade atteint de rhumatisme musculaire (lumbago), et qui a eu, de plus, une angine rhumatismale caractérisée par de la fièvre, de la courbature, des douleurs

(1) Dans ce volume, qui paraît devoir ouvrir une série de publications annuelles semblables, M. Vulpian, avec le concours de M. F. Raymond, s'est proposé de consigner avec les commentaires qu'ils pouvaient comporter tous les faits intéressants qui se sont présentés dans son service. M. Raymond, à qui il en a confié la rédaction, a rangé ces observations en groupes naturels, et il a fait précéder chaque groupe de considérations cliniques et de remarques propres à en faire ressortir les particularités les plus dignes d'intérêt. C'est aux considérations placées en tête du premier groupe que nous empruntons ce résumé analytique sur le rhumatisme.

très-vives pendant la déglutition, et la rougeur de la gorge.

La cinquième observation, qui mérite une mention toute spéciale, est un exemple de rhumatisme articulaire aigu ayant présenté dans le cours de son évolution une complication cutanée, de l'érythème papuleux et une complication vésicale. Le malade souffrait de ses articulations depuis quatre semaines environ, quand, sans cause connue, sans aucun accident particulier appréciable, il fut pris de rétention d'urine. On constata, en le sondant, un spasme du canal de l'urèthre des plus évidents.

Ce malade offrait, en même temps, des phénomènes curieux d'onglée, de syncope et d'asphyxie locale des extrémités, survenus pendant la convalescence.

Chez une jeune fille non hystérique, qui fait le sujet de la sixième observation, un rhumatisme articulaire aigu, occupant plus particulièrement les gaînes superficielles des poignets et des cous-de-pied, fut suivi d'une anesthésie complète des doigts de la main gauche et surtout du pouce, remontant un peu sur le dos de la main et sur le poignet, et à un moindre degré de la main droite, anesthésie qui alla graduellement en diminuant et cessa au bout d'une dizaine de jours.

Une septième observation est un exemple d'œdème rhumatismal dû à une simple irritation rhumatismale, avec rougeur et douleur, du tissu connectif sous-cutané et interstitiel, sans complication cardiaque ni modification des urines. Le rhumatisme avait débuté par de l'angine.

Il s'est présenté trois cas de rhumatisme articulaire aigu pendant le cours desquels on a constaté une albuminurie transitoire, symptomatique très-probablement d'une fluxion rénale rhumatismale, passagère elle-même, comme la plupart des manifestations de cette nature.

Trois cas de rhumatisme articulaire aigu et subaigu ont été traités par le salicylate de soude, à la dose de 6 grammes par jour. Dans deux de ces cas, qui étaient franchement aigus, les résultats ont été bons. Dans le cas subaigu le résultat a été moins manifeste.

Un jeune homme de vingt-trois ans a présenté un cas très-rare de thyroïdite aiguë rhumatismale. Ce jeune homme souffrait depuis deux ans déjà de douleurs rhumatismales; la déformation de quelques-unes de ses articulations montrait qu'il était sous le coup d'un rhumatisme articulaire chronique. Enfin, à la suite d'une nouvelle poussée, il s'était développé de l'endocardite depuis une quinzaine de jours environ, lorsque le malade fut amené à l'hôpital, le 7 juin dernier. On prescrivit un gramme de sulfate de quinine et de l'extrait thébaïque. Deux jours après son entrée à l'hôpital, le malade éprouva un violent mal de tête, avec une fièvre intense; en même temps il commença à souffrir d'une gêne douloureuse à la région du cou; bientôt la déglutition et les mouvements de rotation de la tête devinrent pénibles, le cou commença à gonfler progressivement, la glande thyroïde acquit en quelques heures un développement tel qu'il en résulta bientôt de l'oppression et de la difficulté de déglutition. Toute pression sur le devant du cou et tout mouvement de la tête étaient intolérables. On administra un vomitif. Le lendemain, les douleurs avaient cessé; les lobes latéraux de la glande thyroïde conservaient encore un peu d'exagération de volume, mais la douleur, la chaleur, la sensibilité avaient disparu. Quarante-huit heures avaient suffi pour l'évolution de cette fluxion rhumatismale insolite qui, si elle eût duré plus longtemps, aurait pu menacer sérieusement la vie.

Nous signalerons encore, dans ce relevé, une observation d'un cas de rhumatisme chronique fibreux (rétraction rhumatismale de l'aponévrose palmaire des deux mains), avec attitude courbe demi-ouverte de la main, tension de la peau, déformation des articulations phalangiennes et rétrécissement de l'orifice mitral; un cas de rhumatisme articulaire chronique, avec déformation des doigts, chez une jeune fille de seize ans; un cas d'hydarthrose traumatique; deux cas de rhumatisme blennorrhagique, particulièrement remarquables, entre plusieurs autres cas du même genre : l'un chez une jeune femme qui, sous l'influence d'une vaginite virulente avec uréthrite, avait contracté diverses manifestations rhumatismales aiguës et en particulier une hydarthrose du genou d'une ténacité extrême et d'une très-longue durée; l'autre chez un jeune homme qui, à sa seconde blennorrhagie contractée à l'âge de dix-huit ans, avait été pris, entre autres phénomènes rhumatismaux, de gonflement douloureux des gaînes synoviales et d'une véritable sciatique, et qui à chaque blennorrhagie qu'il contracta par la suite était repris des mêmes accidents de plus en plus tenaces et rebelles à chaque reprise nouvelle, pour devenir enfin rhumatisant chronique à l'âge de vingt-six ans.

Nous signalerons enfin un bel exemple de rhumatisme musculaire occupant les muscles des parois de l'abdomen, avec douleurs très-vives, état général fébrile, épistaxis, ayant pu faire songer un instant à la fièvre typhoïde qui régnait alors épidémiquement; et deux observations de sciatique manifestement rhumatismale, l'une avec albuminurie transitoire, et toutes deux sans aucun point d'anesthésie.

**Des angioleucites viscérales. — Rôle de l'angioleucite dans l'œdème de la glotte.**

Nous donnons ici un extrait d'une leçon faite à l'hôpital Cochin par le docteur A. Desprès. On a déjà trouvé des angioleucites dans le voisinage de l'utérus, dans le mésentère, dans le poumon. Aujourd'hui les angioleucites viscérales doivent être étudiées aussi bien que les adénites. Nous avons déjà montré que beaucoup d'abcès de la fosse iliaque et des abcès rétropharyngiens n'étaient autre chose que des adénites profondes. Je viens d'observer un fait d'œdème de la glotte qui était en relation avec une angioleucite suppurée dans la gaîne des vaisseaux du cou et sur le trajet des vaisseaux lymphatiques venant du larynx. Théoriquement on peut admettre la fréquence des angioleucites viscérales, car, si l'on considère que les 9/10 des abcès internes ont leur origine dans les lymphatiques, on peut par analogie admettre que le plus grand nombre des abcès dans le tissu cellulaire des viscères est développé autour des lymphatiques, vaisseaux ou ganglions.

Voici un malade chez lequel nous avons trouvé une *épiglottite* avec un petit abcès. Il a eu un œdème de la glotte qui a nécessité la trachéotomie, et après la mort du malade nous avons trouvé des abcès angioleucitiques.

Il s'agissait d'un malade, le nommé G..., âgé de cinquante-sept ans, rentier, couché salle Saint-Jacques, n° 8. Ce malade, entré le 31 décembre 1878, avait reçu ou s'était donné deux coups de couteau à la région du cœur; une des deux blessures avait atteint une branche de l'artère intercostale du cinquième espace, peut-être même l'artère, et il en était résulté un épanchement pleural. Le malade avait présenté les signes d'un épanchement simple, la tempéra-

ture n'avait pas dépassé 38°, et, à part quelques crises de suffocation le soir pendant les huit premiers jours, le malade allait bien; des ventouses sèches et scarifiées et un vésicatoire avaient promptement amélioré l'état du malade; il restait cependant un épanchement. Le 19 janvier, à une heure du matin, le malade est pris de dyspnée d'un autre caractère, inspiration sifflante, expiration facile; le lendemain, à la visite, je diagnostique un œdème de la glotte. L'inspection de la gorge révélait une rougeur du pharynx et un gonflement notable des deux piliers postérieurs du voile du palais. Le doigt introduit dans la bouche permet de constater que l'épiglotte tuméfiée et assez dure avait le volume d'une petite prune, et que les replis aryténo-épiglottiques étaient également tuméfiés. Ne pouvant faire vomir le malade à cause de sa pleurésie, nous avons prescrit de le faire vomir mécaniquement en introduisant le doigt ou une plume dans la gorge pour le cas où il y aurait des accès de suffocation. Le soir, en présence d'une asphyxie imminente, je fis la trachéotomie et passai une grosse canule. La température s'éleva alors, et le malade continua à être gêné pour respirer et pour avaler; la fièvre survint, et le malade succomba trente-six heures après la trachéotomie.

L'autopsie a montré qu'il existait un petit abcès sur l'épiglotte, et une série d'abcès sur le trajet du lymphatique, depuis le larynx jusqu'aux ganglions voisins des affluents du canal thoracique. Le pus était à peine formé. Les veines étaient absolument intactes, et les ganglions n'étaient point tuméfiés; on voyait qu'il y avait eu là une de ces inflammations rapides, telles que nous les observons sur les lymphatiques extérieurs.

Je n'hésite pas à rattacher ici l'œdème de la glotte à l'angioleucite des lymphatiques cervicaux profonds, et cette nouvelle manière d'envisager l'œdème de la glotte trouvera certainement plus tard de nombreux points d'appui dans des observations nouvelles.

### Éruption médicamenteuse.

A l'occasion de l'article sur les éruptions médicamenteuses, de notre Revue du 7 décembre dernier, M. le docteur Cordes (de Genève) nous communique les deux observations suivantes, qu'il a recueillies dans sa clientèle, et qui ajoutent de nouveaux éléments à l'histoire de ce genre d'éruptions.

Le 9 juillet 1876, M. G..., âgé de trente-quatre ans, me fait chercher en hâte; je le trouve se tordant sur son lit, en proie à de violentes douleurs. Le siège de la douleur, l'historique que la femme du malade me fait de la maladie, et le fait qu'il a rendu des calculs, me permettent de diagnostiquer la gravelle hépatique.

Trois injections, de un centigramme de morphine chacune, calment les douleurs. Je prescris de l'essence de térébenthine chaude, en application sur la région du foie.

Le 31 août, j'ordonne six pilules de térébenthine Clertan par jour, et le malade va passablement.

Le 28 septembre, la région hépatique était un peu sensible, et, craignant une nouvelle colique, je porte à huit par jour les pilules de térébenthine.

Le 23 octobre, le malade me fait appeler, très-inquiet d'une rougeur à la peau, qui couvre tout le tronc. Cet érythème, au lieu d'être en plaques, comme l'urticaire ordinaire, est uniformément répandu sur le tronc; le malade se plaint de démangeaisons.

Après avoir cherché partout la cause de cette urticaire, je finis, me rappelant que le copahu, une autre résine, peut produire une roséole, par l'attribuer au médicament dont la pureté ne saurait être, du reste, mise en doute, vu sa provenance.

Le 17 octobre 1878, je prescris à M^me^ M..., âgée de trente-deux ans, et affectée d'un fibroïde utérin et d'un abcès pelvien en voie de suppuration, des capsules de térébenthine, pour une dysurie. M^me^ M... prend aussi du bromhydrate de quinine, pour des accès périodiques de fièvre. Le 18, son mari vient me dire qu'elle a le corps couvert de plaques qui, d'après la description qu'il m'en fait, sont certainement de l'urticaire; je les ai, du reste, vues à ma visite suivante. La malade n'avait jamais eu d'accident semblable. Quoique me rappelant le cas de M. G..., j'attribuai cet exanthème aux règles, dont l'apparition a succédé au bout de peu d'heures à l'absorption du médicament. Mais, quelques jours après, le 28 novembre, voulant employer de nouveau la térébenthine pour une légère cystite dont souffrait M^me^ M..., je crus constater le retour de cette urticaire. Cette fois, elle ne fit que paraître, la malade ayant aussitôt interrompu le médicament.

Ces trois faits m'ont paru dignes d'être rapportés, car, personne n'a, que je sache, observé d'éruption produite par la térébenthine employée à l'intérieur, du moins à une dose fort modérée.

D^r^ Brochin.

---

### KYSTE MULTILOCULAIRE COMPLEXE DE L'AISSELLE

Par M. Pilate (d'Orléans).

Il s'agit d'un enfant de deux ans et demi, chez qui se développa une tumeur bosselée de l'aisselle, dont le volume augmentait assez rapidement : elle refoulait les pectoraux, et remplissait tout le creux axillaire. Une ponction exploratrice donna issue à un verre de liquide séreux et citrin. L'extirpation montra qu'il y avait là plusieurs kystes de grosseurs variées, sans adhérences aux tissus voisins. L'énucléation se fit sans grandes difficultés; et la cicatrisation de la plaie évolua régulièrement. La tumeur était une agglomération d'une grande quantité de kystes, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un œuf de poule, remplis d'un liquide jaune clair absolument identique au liquide d'hydrocèle. Quelques-uns des plus grands contenaient de la sérosité mélangée de globules sanguins. Tous étaient intimement accolés les uns aux autres, et chacun ayant sa paroi propre. Dans une région plus centrale de la tumeur on trouva une bosselure formée par une tumeur fibro-cartilagineuse : mais elle ne formait guère que la vingtième ou la trentième partie du volume total de la tumeur.

Il semble donc qu'on a eu affaire à un de ces kystes multiloculaires complexes, comme on en rencontre ordinairement au cou, et d'origine congénitale. Celui-ci est-il congénital? On peut le supposer encore, parce qu'une petite tumeur de l'aisselle a été remarquée déjà par la famille dans le cours de la première année; puis elle avait été oubliée jusqu'au retour de l'enfant.

Ces kystes, d'ailleurs, ne siègent pas exclusivement au cou : on a publié des observations de tumeurs de cette nature rencontrées sur la paroi thoracique ou abdominale, sur l'épaule droite, dans l'aisselle, dans la région dorsale, dans l'orbite, dans la langue, etc. L'extirpation est indiquée et justifiée dans les cas où l'on trouve des éléments étrangers accessoires, comme les éléments cartilagineux dans le cas particulier parce que, dès lors, ces tumeurs rentrent dans la classe des tumeurs malignes.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### L'Extrait de stigmates de maïs dans les maladies de la vessie,

Par le docteur H. Dassein.

Nous avons déjà résumé l'ensemble des faits qui nous ont été communiqués au sujet de l'emploi de l'extrait de stigmates de maïs dans les maladies de la vessie, et nous avons essayé d'en faire sortir une conclusion pratique. Il nous reste aujourd'hui à analyser quelques-unes de ces observations afin de mieux préciser les effets produits et les résultats obtenus.

Ce qui frappe au premier abord, dans les observations que nous avons sous les yeux, c'est la rapidité avec laquelle agit l'extrait de stigmates de maïs. Le plus souvent l'amélioration survient dès les quatre ou cinq premiers jours. Ce qui surprend également, ce sont les modifications profondes apportées par son usage dans l'état des voies urinaires.

Ainsi des malades, souvent très-âgés, atteints de gravelles anciennes, de catarrhes purulents, de dysuries telles quelquefois qu'ils ne peuvent uriner sans le secours de la sonde, voient tous ces accidents disparaître complètement; et cela, après avoir employé souvent, soit sans aucun résultat, soit seulement avec une amélioration légère, tous les moyens usités en pareil cas.

Le docteur Deny, de Nangis (Seine-et-Marne), bien placé pour observer certains de ces cas, puisqu'il dirige un hôpital de vieillards, nous donne à cet égard plusieurs observations très-concluantes. — C'est d'abord un vieillard de quatre-vingt-deux ans, atteint d'un vieux catarrhe purulent, et qu'on est obligé de sonder, qui, après quelques jours de traitement, urine seul, et ne présente aucune trace de pus. — Deux autres vieillards, cités par le même observateur, sont dans le même cas. — Un quatrième malade, atteint de gravelle urique ancienne avec miction très-douloureuse, obligé, pour se procurer quelque soulagement, de prendre des bains quotidiens, d'user constamment d'eau de Contrexéville et d'obéir à la diététique la plus sévère, voit très-rapidement ses urines devenir pâles et limpides. Il n'y a plus la moindre trace de sable, la moindre douleur en urinant.

Le docteur Picou, de Meslay (Mayenne), nous donne également quatre observations : — deux néphrites calculeuses avec muco-pus et graviers dans les urines, et deux cystites chroniques accompagnées de catarrhe vésical, dans lesquelles le résultat a été si prompt et l'efficacité si manifeste, qu'il en exprime toute sa surprise.

Deux autres cas de guérison de cystite chronique, également remarquables en raison de l'ancienneté de la maladie et de la promptitude des résultats, nous sont donnés par le docteur Doussan (de Grasse).

Un autre fait très-intéressant nous est signalé par le docteur Mazet, (de Montfort-l'Amaury). — Il s'agit d'un vieillard de quatre-vingt-trois ans qui, depuis deux ans, n'avait pu uriner sans le secours de la sonde. — Six à sept jours après le début du traitement, les urines sont plus abondantes, et l'excitation vésicale beaucoup moindre. On arrive à ne plus le sonder que deux fois dans les vingt-quatre heures, et enfin il urine seul.

Mais nous ne pouvons citer tous ces cas, dont nous avons les observations sous les yeux, car ce serait nous répéter indéfiniment. Il y en a d'autres d'ailleurs, moins heureux, mais quelques-uns presque aussi concluants, et dont nous devons dire aussi quelques mots.

En voici un du docteur Dhers, d'Arné (Hautes-Pyrénées). Il s'agit d'un homme de soixante-neuf ans, atteint de catarrhe vésical depuis dix ans, ayant employé à plusieurs reprises les eaux de Capvern et les divers médicaments usités. — Il n'est pas complètement guéri, mais l'amélioration obtenue constitue déjà un grand bienfait. — Nous citons textuellement les paroles de notre confrère : « Les envies d'uriner sont devenues moins fréquentes, la miction est moins douloureuse, les urines ont perdu leur odeur ammoniacale et elles déposent beaucoup moins. En outre, l'état général est considérablement amélioré et le malade a repris ses forces. »

Un autre, dont nous parle le docteur Van de Keere, de Cirey-sur-Blaise (Haute-Marne), également malade depuis fort longtemps, « a repris des forces, de l'embonpoint et des couleurs, malgré ses soixante-dix-neuf ans. — L'émission des urines est moins fréquente et plus abondante. Elles contiennent moins de mucus, leur couleur est naturelle, et leur odeur moins ammoniacale. »

Restent les revers. — Si on ne compte pas, et ils ne doivent pas l'être, les cas où la médication n'a été qu'ébauchée, et ceux dans lesquels une affection organique ou la gravité toute particulière devaient enlever à priori tout espoir, ces revers sont très-peu nombreux, et encore, pour la plupart, portent-ils un enseignement dont nous pouvons tirer profit. Cet enseignement, c'est que l'extrait de stigmates de maïs ne convient pas aux phlegmasies franches, les plus rares d'ailleurs quand il s'agit des voies urinaires, et qu'il faut le réserver pour les cas beaucoup plus nombreux où il est nécessaire de modifier la muqueuse.

Depuis la publication de notre premier article, ce journal a inséré une lettre du docteur Cabasse de (Bourbonne-les-Bains), qui, faute d'extrait, a employé la tisane de stigmates de maïs, et en a obtenu d'excellents résultats.

Les faits rapportés par le docteur Cabasse viennent à l'appui de ce que nous avons écrit nous-mêmes. Mais, si l'on obtient de bons effets avec la tisane, on conçoit facilement qu'il y ait bien plus à espérer encore avec l'extrait, nécessairement beaucoup plus actif. — Nous conseillerons donc, dans le cas où l'on aurait des stigmates de maïs, d'édulcorer la tisane avec le sirop d'extrait, au lieu de l'étendre simplement avec de l'eau ordinaire; mais nous préférerons toujours le sirop étendu d'eau à la tisane seule. — Trois cuillerées à bouche de ce sirop représentant en effet trois ou quatre litres de tisane, l'emploi en est bien plus facile.

Mais la forme n'est rien à côté du fait que nous avons voulu démontrer, et notre but sera atteint si nous parvenons à faire entrer les stigmates de maïs dans la thérapeutique des maladies des voies urinaires, contre lesquelles nous sommes si souvent désarmés.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 décembre 1878. — Présidence de M. F. Guyon.

**M. Desprès**, à l'occasion du procès-verbal, expose qu'il a recherché avec soin, dans tous les classiques, la description des *rétrécissements congénitaux du rectum ;* il n'en est fait aucune mention. C'est ce qui l'avait déterminé à publier un mémoire sur ce sujet, quand la discussion a été portée à la Société de Chirurgie. Il conteste la conclusion formée par M. Régnier, dans son récent mémoire, où il dit que le rétrécissement congénital est formé par un repli de la muqueuse. Il est formé aussi par la portion fibreuse, car on constate que la muqueuse se meut librement sur sa tunique fibreuse. L'observation de M. Desprès concerne un homme âgé de cinquante et un ans, entré à l'hôpital Cochin dans le service de médecine pour une dysentérie et de la tuberculose pulmonaire. M. Desprès, appelé à l'examiner à la suite des hémorrhagies qu'il présentait, constata l'existence d'un rétrécissement rectal qui permettait à peine l'introduction d'un seul doigt; mais on ne pouvait appuyer sur la prostate ni sur le sacrum. Le malade n'avait subi aucune opération, ne présentait pas d'hémorrhoïdes, n'avait pas eu de chancre, etc. En l'absence de tout antécédent pouvant expliquer ce rétrécissement, M. Desprès pensa qu'il était congénital. Étudiant l'état de la muqueuse, il constata qu'elle glissait facilement sur la tunique fibreuse. On observait aussi une exagération de la saillie du raphé périnéal, ce qui serait aussi une trace d'un léger trouble de développement de cette région. Enfin, cet homme, interrogé sur le volume de ses fèces, a répondu, sans qu'on lui dictât une réponse, qu'il avait toujours remarqué qu'elles étaient d'un volume inférieur à l'état normal.

**M. Delens** lit un rapport sur deux communications adressées par M. Pilate (d'Orléans) ; la première sur une *taille vésico-vaginale suivie de suture vaginale*. Cette suture a été faite immédiatement après l'opération de la taille, qui a été pratiquée suivant le procédé établi par Valette, d'Orléans. Toutefois, au lieu de faire, à son exemple, l'excision dans le sens transversal, M. Pilate l'a faite, ici, médiane et antéro-postérieure.

La deuxième observation concerne l'ablation d'un *kyste multiloculaire axillaire*, qui avait le volume d'une tête de fœtus, et qui parut être d'origine congénitale. Dans ce cas, la présence de l'élément cartilagineux dans les cloisons du kyste a fait naître quelques doutes sur la nature bénigne de ces tumeurs, et a décidé le chirurgien à en opérer l'ablation.

M. PANAS demande si cette tumeur congénitale à kystes nombreux, avec éléments cartilagineux, ne serait pas de la même catégorie que la tumeur coccygienne qu'il a enlevée, il y a quelques années, et qui était composée d'éléments embryoplastiques, avec liquide colloïde et éléments cartilagineux. On a pensé alors que cette tumeur pouvait être due à des germes avortés en quelque sorte et déviés de leur développement : si ces tumeurs sont des productions hétérotopiques, remontant à la conception, il faudrait leur enlever tout caractère de malignité. Un fait analogue, observé en Italie, a été publié par M. Lucas-Championnière; on a trouvé, dans les kystes, un épithélium à cils vibratiles, qui rappelait une sorte de simulacre de voies aériennes.

M. GUYON a fait récemment une taille vésico-vaginale avec suture immédiate, comme M. Pilate. Il s'agissait d'une femme âgée, chez qui l'affection calculeuse avait été méconnue et prise pour une maladie utérine. Le calcul avait un certain volume, et la vessie était le siège d'une inflammation très-vive. Un simple cathétérisme ayant été suivi d'accidents fébriles assez intenses, il fallut renoncer à l'idée de l'extraction par le canal de l'urèthre, et pratiquer la taille vésico-vaginale, d'après la méthode de Valette. Tandis que, chez un autre malade, M. Guyon avait fait l'incision médiane sans avivement, il fit, cette fois, une incision par ponction avec le lithotome; puis, ayant extrait la pierre, avant de faire la suture, il pratiqua l'abrasion de la muqueuse vaginale avec des ciseaux. La cystite était tellement prononcée que l'on voyait la muqueuse rouge violette avec les fausses membranes. Neuf points de suture furent appliqués, bien que l'incision fût assez étroite; les fils furent bien placés au-dessous de la muqueuse vaginale. Une sonde à demeure avait été laissée après l'opération, mais elle fut mal supportée et enlevée le troisième jour; on laissa la malade uriner seule. Il n'y eut aucune espèce de réaction, pas un moment de fièvre. Le onzième jour, les fils furent enlevés; la cystite a disparu. Il est certain qu'une lithotritie n'aurait pas donné de tels résultats.

### COMMUNICATIONS

**Ovariotomie.**— M. TERRIER relate une opération d'ovariotomie qu'il a pratiquée avec M. Pozzi. Cette observation est intéressante à cause de quelques détails peu ordinaires du manuel opératoire. Il s'agissait d'une jeune fille, âgée de vingt-cinq ans, réglée très-irrégulièrement et qui avait de la dysménorrhée depuis le mois d'avril 1876 avec des phénomènes douloureux de péritonite. A la fin de 1876, l'ascite était assez intense; on fit plusieurs ponctions; à la suite de l'une de ces ponctions, le médecin fit dans la cavité abdominale une injection de teinture d'iode. L'ascite reparut avec des signes de péritonite assez violente. Au mois d'août 1878, la malade fut adressée à M. Pozzi, qui constata l'existence d'une poche volumineuse, fluctuante, l'utérus remontant très-haut dans la cavité du bassin. Une ponction exploratrice donna un liquide contenant des globules blancs du sang et dont les réactions chimiques étaient celles du liquide d'ascite. Il y avait matité absolue de l'ombilic au pubis; en combinant le toucher vaginal et la palpation abdominale, on sentait une tumeur dure, solide, du côté gauche, paraissant adhérente à l'utérus dont elle suivait les mouvements. L'opération d'ovariotomie fut acceptée, et pratiquée le 26 septembre 1878. Dès l'ouverture du péritoine, on constata la présence de l'ascite, puis d'une tumeur solide dont la masse avait l'aspect d'une tête de chou-fleur. Au-dessus de cette tumeur, on ne trouva pas d'anses intestinales; elles étaient toutes agglomérées à la suite des injections de teinture d'iode, de sorte que la moitié supérieure de l'abdomen était seule la cavité péritonéale, tandis que la moitié inférieure était occupée par la tumeur, qui remplissait la cavité pelvienne, mais n'avait pas d'adhérences à ses parois. Elle fut séparée en deux; elle était constituée par les deux ovaires réunis au-dessus de l'utérus. Chaque moitié fut énucléée; les kystes s'égrenaient par le tiraillement. Ne pouvant amener les pédicules au dehors, les chirurgiens durent faire des ligatures perdues, deux d'un côté, trois de l'autre, avec du cat-gut. La cavité restait vide sans que les intestins y descendissent. On passa un gros drain dans la cavité, par le cul-de-sac recto-vaginal et la portion inférieure de la plaie. Les sutures furent faites et les suites de l'opération furent relativement très-bénignes. Peu à peu les intestins redescendirent dans la cavité pelvienne et reprirent leur place. Il s'écoula le premier jour une grande quantité de liquide séreux. Vers le huitième jour, le drain fut retiré. La cicatrisation de la plaie recto-vaginale se fit, et la guérison était définitive à la fin de novembre.

Un autre fait intéressant à signaler, c'est la réapparition des règles malgré l'ablation complète des deux ovaires. Les règles sont déjà revenues deux fois. M. Terrier a déjà publié un fait analogue.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle qu'il a vu Spencer Wells, dans un cas absolument identique, faire le drainage directement avec un tube de verre et pratiquer des injections phéniquées. Ce mode de drainage est préféré par les Anglais au drainage par le cul-de-sac vaginal.

M. PANAS l'a pratiqué aussi de cette façon dans une ovariotomie, en laissant le tube au contact des anses intestinales et sortant au dehors par un hiatus de la partie inférieure de la plaie. Le tube était retiré et lavé tous les jours. Les suites de l'opération furent très-simples et apyrétiques. Il faut donc faire au péritoine ce qu'on fait aux plaies d'amputations; il n'est pas besoin de faire la ponction du cul-de-sac vaginal pour y faire passer le tube de drainage, mieux vaut mettre la plaie au contact de l'air extérieur que la faire communiquer avec le conduit vaginal dont on n'obtient pas facilement une propreté satisfaisante.

### PRÉSENTATION DE PIÈCES

**Amputation de cuisse.**— M. TILLAUX présente les pièces d'une amputation de cuisse qu'il a faite à un jeune homme de quinze ans pour une ostéomyélite du membre inférieur gauche survenue à la suite d'un léger traumatisme, sans qu'on puisse toutefois affirmer que le traumatisme ait déterminé cette lésion. Il s'agissait d'un apprenti mécanicien qui, bafoué par ses camarades, fut enfermé dans une cave et reçut un marteau jeté dans ses jambes, au niveau de la malléole externe. Il put travailler deux ou trois jours encore, mais il se développa un abcès périphérique; le genou se prit très-rapidement et il fallut se hâter de pratiquer l'amputation de la cuisse presque *in extremis*. Le canal médullaire est rempli de pus dans toute sa hauteur; les cartilages du fémur et du tibia sont lésés; l'astragale et la malléole externe sont dénudés. L'ostéite s'est donc propagée de la malléole à la jambe, puis au fémur. Ce qui fait l'intérêt de cette pièce, c'est que les épiphyses sont peu malades; il n'y a pas de décollement épiphysaire; le point de départ ne serait donc pas une ostéite épiphysaire, comme on l'enseigne généralement depuis les travaux de Gosselin sur ce sujet.

### PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. GUYON, président de la Société de Chirurgie, présente au nom de M. Collin :

1° Un instrument en forme de brise-pierre (fig. 1), destiné à la recherche des corps étrangers de la vessie; si mince qu'il soit, le corps pressé entre les mors détermine dans la poignée de l'instrument un bruit

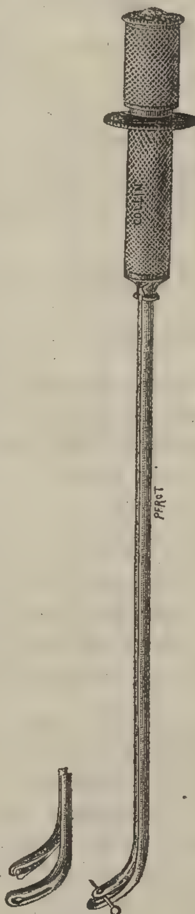


Fig. 1.

continu de trembleur qui avertit le chirurgien et les assistants;

2° Un instrument droit pour extraire de la vessie des femmes les corps cylindriques jusqu'au volume d'un crayon, en les couchant le long de la tige (fig. 2);

3° Un instrument courbe pour la vessie des hommes, lequel ayant saisi un porte-plume, par exemple, le fait basculer, le ramène dans l'axe, puis le chasse jusqu'à ce qu'il ne tienne plus que par le bout, afin de pouvoir l'entraîner à l'extérieur (fig. 3).

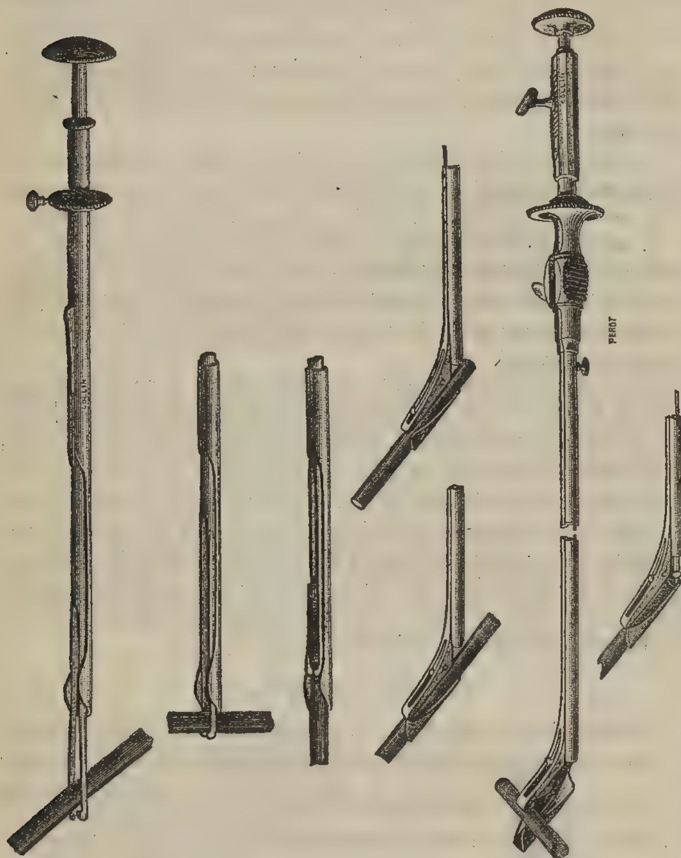


Fig. 2. Fig. 3.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

---

Séance du 8 janvier 1879. — Présidence de M. F. Guyon.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

**Ostéomyélite.** — M. TILLAUX, à propos du procès-verbal, rappelle les pièces d'ostéomyélite qu'il a présentées dans la séance précédente. Il expose de nouveau les considérations qui l'ont amené à proposer la distinction entre l'ostéomyélite primitive et la périostite phlegmoneuse diffuse, cette dernière pouvant exister seule, sans être aucunement compliquée d'ostéomyélite. Il pense qu'on doit, dans cette question presque insoluble, attribuer une importance considérable à ce fait, signalé par Chassaignac, que, dans l'ostéomyélite, les articulations voisines sont plus souvent envahies que dans la périostite. Par exemple, dans le cas dont il s'agit, les articulations du genou et du cou-de-pied étaient remplies de pus.

M. MARJOLIN admet aussi la distinction des deux lésions, qui peuvent parfois, cependant, être réunies. Quant à faire le diagnostic différentiel dès le début, il n'y a aucun gonflement au pourtour de l'os, dans l'ostéomyélite centrale, et à plus forte raison pas trace de fluctuation, tant que le périoste n'est pas atteint.

S'il n'y a que périostite simple, ou phlegmon sous-périosté, on n'a rien autre chose qu'une sorte de panaris avec névrose superficielle de l'os : la guérison s'obtiendra facilement, avec une exfoliation osseuse superficielle. Dans certains cas, plus rares, au contraire, on voit les deux lésions marcher parallèlement, et se développer simultanément, tout aussi bien que l'on voit la pneumonie se compliquer d'accidents du côté de la plèvre, et devenir une pleuro-pneumonie. Le pronostic s'aggrave évidemment lorsqu'on observe cette simultanéité des deux maladies. Mais on a vu des cas d'ostéite centrale, sans périostite : ainsi, Richet en signalait un exemple, il y a quelques années, chez un homme de vingt-six ans, qui avait des douleurs très-violentes dans le centre du tibia, au point qu'il fallut consentir à lui amputer la jambe, où l'on trouva une ostéomyélite manifeste.

M. GUÉNIOT rappelle que, dans les pièces qu'il a présentées dernièrement, le pus était accumulé dans les épiphyses : il signale un phénomène curieux, l'inertie, l'impuissance absolue de tout le membre supérieur gauche, quoiqu'il n'ait été observé aucune lésion musculaire, non plus que la moindre lésion des centres nerveux, examen négatif confirmé par M. Parrot. Il faudrait donc rattacher l'impuissance du membre à la lésion osseuse qui siégeait uniquement à l'extrémité supérieure de la diaphyse humérale. Ce point d'étiologie est encore assurément fort obscur et mérite de fixer l'attention à l'avenir. Il y a dix ans, M. Guéniot attribuait l'inertie à la crainte de la douleur et à la mobilité des leviers; mais ,depuis cette époque, il a dû renoncer à cette explication, car on voit les nouveau-nés, atteints de fractures traumatiques, faire des mouvements des membres fracturés, malgré la douleur que détermine nécessairement le déplacement des fragments osseux.

La syphilis était certainement la cause de ces lésions : elle a apparu dans les derniers jours d'une façon incontestable, gerçures des lèvres, éruptions cutanées, etc. : cependant on n'a pas trouvé sur les os les couches osseuses qui caractérisent ordinairement la syphilis des nouveau-nés. M. Parrot a décrit avec soin ces dépôts d'éléments osseux implantés perpendiculairement à la diaphyse sur les os des membres : ce qui tendrait à faire admettre deux formes, au lieu d'une seule, de ces manifestations syphilitiques.

M. ANGER a eu l'occasion d'observer un fait curieux d'ostéomyélite sans trace de gonflement périostique. Il s'agissait d'un homme âgé de cinquante-quatre ans, maigre et d'un tempérament sec, qui jouissait d'une bonne santé habituelle, sauf quelques manifestations arthritiques passagères. En 1877, il fit l'ouverture de la chasse, mais ce fut beaucoup plutôt une promenade qu'une course de fatigue : le lendemain, il revint à ses occupations et alla à la Bourse. Il fut pris subitement d'une douleur violente à la jambe droite, au point de ne pouvoir marcher et d'être obligé de se faire reconduire en voiture. Il alla ainsi trouver son médecin, qui ne constata absolument rien dans le membre inférieur droit, et ne put localiser la douleur en aucun point. Pendant un mois, la jambe resta intacte : les douleurs venaient par crises violentes. Disons de suite qu'il n'y avait pas de syphilis. Le malade ne pouvait marcher : la douleur n'occupait pas précisément l'os, mais tantôt le mollet, tantôt la cheville. Tous les traitements furent employés inutilement, sangsues, morphine, etc. Après l'application d'un vésicatoire, apparut du gonflement à la région interne du tibia : une ouverture fut pratiquée, le périoste fut incisé à ce niveau. Il était décollé dans une étendue égale à peine à la largeur d'une pièce de 50 centimes. Le lendemain, à la partie supérieure du tibia, on observait de l'empâtement, puis de la fluctuation. Une ouverture fut faite, et fit voir la dénudation de l'os. Le genou se gonfla et devint douloureux. A la suite d'une consultation avec M. Labbé, M. Anger appliqua plusieurs couronnes de trépan sur la surface du tibia, et découvrit le canal médullaire de cet os qui était en pleine suppuration. Des incisions furent pratiquées sur les deux côtés du genou, avec toutes les précautions du pansement de Lister. Vers le deuxième mois cependant, des abcès multiples apparurent en différentes régions, et, peu de temps après, le malade succombait à la pyohémie.

Voilà donc un exemple d'ostéomyélite spontanée, qui est restée confinée dans la portion interne du tibia pendant plus d'un mois,

sans la moindre manifestation du côté du périoste, dont le gonflement n'a été sensible, malgré des recherches minutieuses, qu'après cette période.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours sur titres pour les deux places médicales vacantes à la Maison nationale de Charenton vient de se terminer. Le jury a signé un état de propositions à M. le Ministre de l'intérieur. Sur les dix-sept compétiteurs, les six candidats reconnus admissibles ont été classés dans l'ordre suivant : 1° M. Christian; 2° M. Ritti; 3° M. Bigot; 4° M. Lagardelle; 5° *ex æquo* et par lettre alphabétique, MM. Dufour et Petrucci.

— Nous apprenons avec regret la mort de deux de nos confrères les plus distingués : M. Trélat, médecin de la Salpêtrière, et M. Mirault (d'Angers), dont la famille, depuis plusieurs générations, a occupé une place importante dans le corps médical.

— Les contributions indirectes avaient la prétention de prélever le droit sur l'alcool employé dans certains produits pharmaceutiques. Un de nos abonnés se plaignait à nous dernièrement d'avoir vu le vin de quinquina qu'il s'était fait adresser, frappé par la Régie : nous sommes heureux d'annoncer que la Cour de cassation (du 21 décembre 1878 et 17 janvier 1879) a rendu deux arrêts repoussant la prétention du fisc.

Dans l'espèce il s'agissait de l'élixir antiglaireux de Paul Gage et du vin de quinquina d'Ossian Henry.

La Cour suprême a décidé que ces divers produits, bien qu'à base d'alcool, sont de véritables médicaments : le premier étant de plus impropre à être consommé comme boisson. A ces divers titres ils doivent être affranchis des droits de circulation et de régie.

— M. le docteur Capmas, médecin de la division des femmes à la Maison nationale de Charenton, est nommé médecin de l'asile des convalescentes, au Vésinet.

— *Erratum.* — Page 83, ligne 11e, au lieu de « *aucune sensibilité* » il faut lire : « *aucune sensibilité anomale.* »

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Étiologie et pronostic de la glycosurie et du diabète,** par le docteur Jules Cyr, médecin consultant à Vichy, etc. 1 vol in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Du spasme de l'urèthre symptomatique,** par le docteur Spire. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Guide pour l'analyse chimique à l'usage des médecins, des pharmaciens et des étudiants en chimie,** par Th. Will, professeur de chimie, etc. Ouvrage traduit sur la 10e édition allemande, par D. Monnier et Walter. 1 vol. in-8° cart. — Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Sur une corrélation pathogénique entre les maladies du cœur** (insuffisance et rétrécissement aortiques) et l'hystérie chez l'homme, par le docteur Armaingaud. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Facultés de médecine,** nouvelles dispositions relatives aux études et au régime des examens pour les candidats au doctorat en médecine. In-18. — Prix : 60 centimes. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7764.

N° 14. — MARDI 4 FÉVRIER 1879. 52e ANNÉE. MARDI 4 FÉVRIER 1879. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

| | |
|---|---|
| Trois mois. . | 8 fr. 50 c. |
| Six mois. . . | 16 — |
| Un an. . . . | 30 — |

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

### Récidive d'une tumeur fibro-plastique, quatorze ans après l'extirpation.

En 1860, un homme, doué d'une bonne constitution, fit une chute de cheval : la région dorsale fut contusionnée par un caillou, mais la guérison fut terminée en quelques jours. L'accident était oublié quand, sur ce point contusionné, le malade remarqua, après quelques mois, une induration qui fit des progrès jusqu'à ce que, dix-huit mois après l'accident, il se décida à demander l'extirpation de cette tumeur constituée par un simple épaississement de la peau. L'opération fut pratiquée par un chirurgien des hôpitaux.

La cicatrisation n'était pas achevée que la périphérie de la plaie prenait une teinte équivoque ; la récidive était manifeste. En 1863, le malade, jouissant d'ailleurs d'une santé parfaite, vint me consulter et me demander mon avis : la récidive était assez étendue, formant une plaque saillante au-dessus du niveau de la peau ; c'était une tumeur fibro-plastique. Je fus immédiatement autorisé à pratiquer l'extirpation ; je la fis largement, enlevant la tumeur sur une largeur de quinze centimètres au moins, en dépassant d'au moins trois centimètres les bords de la tumeur. La plaie se cicatrisa régulièrement, dans l'espace de trois à quatre mois.

Lorsque le malade, alors obligé de quitter la France pour aller en Algérie, partit, la guérison paraissait assurée ; cependant la cicatrice prenait parfois une teinte colorée qui rappelait assez exactement l'aspect d'un nævus maternus.

Néanmoins la guérison a persisté depuis 1863 jusqu'à l'année 1877. Une petite saillie de la peau s'est reformée en ce point ; dans l'épaisseur de la peau, une légère induration survint : c'était une deuxième récidive de la tumeur. Le malade est revenu de nouveau à Paris, et je lui ai enlevé cette plaque fibro-plastique.

Je tenais à vous signaler cette observation, recueillie dans ma clientèle, pour vous démontrer la ténacité d'une lésion locale, en apparence insignifiante, restant si longtemps sans reparaître, puis survenant quatorze ans après, au milieu d'une santé très-florissante. Ce fait montre avec quelle réserve il faut croire à une guérison véritablement radicale de tumeurs qui sont cependant bénignes.

### Rougeur et induration de tout le membre inférieur simulant un phlegmon diffus chez un diabétique.

J'ai aussi observé, en ville, un cas intéressant qui mérite de fixer l'attention, parce que le traitement doit en être tout différent, suivant qu'on aura posé tel ou tel diagnostic.

J'avais été appelé par un confrère auprès d'un de ses malades, pour pratiquer une incision dans un phlegmon diffus grave du membre inférieur. Il s'agissait d'un commerçant, homme grand et gros, âgé de quarante-quatre ans, doué d'une constitution athlétique, exerçant la profession sédentaire de fleuriste.

Cependant cette vigueur n'était qu'apparente : cet homme était dyspeptique, lourd, et n'avait qu'une force musculaire tout ordinaire. Un dimanche, il avait marché un peu plus que d'habitude, et il avait eu froid. Il ressentit, le soir, dans le mollet une douleur qui augmenta progressivement, malgré le repos et les cataplasmes. Le gonflement survint, envahissant tout le membre, depuis les orteils jusqu'au pli de l'aine ; partout le membre était le siège d'une induration égale et uniforme ; il présentait la même dureté que dans les cas de *phlegmatia alba dolens*, mais il avait une teinte rouge. En palpant le membre et en le pressant en divers points, la douleur était modérée. Nulle part je ne trouvai de fluctuation. En général, un phlegmon commence en un point isolé avant de s'étendre, et, d'autre part, un phlegmon envahissant tout un membre est fort rare.

J'avais d'autant plus d'appréhension d'entailler la peau chez cet homme qu'il était très-gros, et que, généralement, les incisions ne sont pas heureuses chez les gens doués d'embonpoint. D'un autre côté, je n'observais pas les symptômes d'un véritable phlegmon diffus ; c'était plutôt une induration phlegmonoïde, un sclérème rouge, comme on l'observe assez fréquemment chez les diabétiques. Enfin, je n'observais aucun point qui aurait donné lieu au phlegmon diffus : ce phlegmon a toujours, pour point de départ, soit une plaie, soit l'inflammation d'une bourse séreuse ; rien de tout cela n'existait. Je conseillai donc de rechercher la glycosurie, et je m'abstins de toute intervention chirurgicale.

L'examen des urines confirma ce diagnostic ; on trouva 25 grammes de glucose par litre.

L'induration disparut spontanément, quelque temps après.

**Mal de Pott syphilitique.**

J'ai fait revenir à l'hôpital, aujourd'hui, un petit enfant atteint de mal de Pott, afin que vous puissiez l'examiner avec soin. Ses parents racontent qu'il fit autrefois une chute; deux ans après, il a éprouvé de la difficulté dans la marche, et, peu à peu, une gibbosité a apparu à la partie inférieure de la région dorsale.

Très-généralement, le mal de Pott a une origine spontanée, il se forme silencieusement ; d'abord, les enfants marchent mal, ils tombent facilement, ils boitent, etc. On voit rarement un mal de Pott d'origine syphilitique : je me rappelle avoir vu déjà une fois, à l'hôpital Lariboisière, une affection vertébrale développée sous l'influence de cette diathèse. Ces fistules, très-nombreuses, n'avaient pas le caractère des fistules dues à des suppurations strumeuses, leur bord était violet, avec des croûtes présentant un aspect tout spécial. Je songeai alors à des gommes ayant envahi les apophyses et les lames vertébrales : j'instituai le traitement anti-syphilitique, et, deux mois après, la guérison était assurée.

Récemment, M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, a observé une infiltration gommeuse de plusieurs lames vertébrales ; je dois à sa bienveillance de pouvoir vous mettre sous les yeux cette pièce pathologique.

Je pense que c'est encore une affection de même nature qui a produit le mal de Pott chez le jeune garçon que nous observons ; vous avez vu, en effet, aux membres inférieurs, sur les cuisses notamment, des cicatrices, les unes anciennes, les autres récentes, provenant de syphilides ulcéreuses.

Ces cicatrices ont un aspect tout spécial : les plus anciennes sont blanches, assez finement gaufrées, profondes ; nous devions donc chercher les antécédents au point de vue de la diathèse syphilitique. Nous n'en avons pas trouvé trace. Évidemment nous ne pouvions demander au père ou à la mère s'ils avaient eu la vérole ; ils nous auraient infailliblement affirmé que non. Mais, en recherchant les diverses manifestations de la syphilis, nous n'avons rien trouvé de certain : le père aurait eu, dans sa jeunesse, une éruption légère sur la peau ; ce n'est pas suffisant pour affirmer le diagnostic. Il n'est d'ailleurs pas besoin de trouver toujours cette preuve d'infection chez les parents : il arrive souvent que, pendant l'enfance, les nourrissons sont contaminés ; les premiers symptômes passent inaperçus, et, plus tard, apparaissent des accidents tertiaires incontestables, qui font croire que ce sont là les premiers effets de la syphilis chez le jeune enfant, parce que les accidents primitifs n'ont pas été observés. C'est ce que je soupçonne chez l'enfant dont nous parlons ; je crois qu'il est atteint d'un mal de Pott syphilitique, parce que les signes externes dont il est porteur sont manifestement d'origine syphilitique.

Malgré la difficulté du diagnostic dans les cas de ce genre, le médecin doit, à l'occasion, savoir tirer parti des signes objectifs, qui lui échapperaient s'il n'usait que des autres moyens d'investigation.

**Traitement des fractures compliquées de la jambe par les pansements antiseptiques.**

Un homme, âgé de trente-neuf ans, de constitution robuste, ayant eu déjà, il y a deux ans, une fracture de la jambe (qui s'est bien consolidée), est atteint d'une fracture de la même jambe, compliquée d'une plaie mesurant douze centimètres d'étendue, aux bords très-écartés, et siégeant sur la face interne et lebord interne et postérieur du tibia. Entre l'écartement des lèvres de la plaie, on voit les muscles à nu, l'aponévrose déchirée, et un énorme caillot sanguin s'y est formé. Le sang a coulé en abondance, et une bosse sanguine fait hernie à travers l'aponévrose. On peut craindre qu'il n'y ait une blessure artérielle de la tibiale postérieure ou d'une de ses branches. Toutefois nous n'avons plus observé d'autre accident de ce côté.

Un premier mode de traitement pouvait être employé, comme il en existe plusieurs exemples dans nos salles. Il aurait consisté en une obturation complète de la plaie avec du collodion et de la baudruche phéniquée, et l'application d'une gouttière plâtrée.

J'ai préféré prendre un autre traitement moins élémentaire, mais bien justifié par la gravité de la plaie : ici, en effet, il y aura une exsudation abondante, et il ne serait pas prudent d'obstruer complètement cette plaie ; il est préférable de laisser au liquide la faculté de s'épancher à l'extérieur, tout en mettant la plaie à l'abri de l'air.

C'est pourquoi nous avons placé un opercule sur la plaie, mais sans l'y faire adhérer ; nous n'avons mis que de la baudruche pour empêcher la ouate de s'attacher à la surface saignante et aux bourgeons charnus ; nous n'avons donc pas fixé la baudruche avec le collodion.

Nous avons ensuite appliqué un appareil de Scultet, modifié de façon à en faire un pansement ouaté, c'est-à-dire qu'au lieu des deux plans du bandage ordinaire, nous en avons ajouté un troisième, composé de compresses de ouate. Cette disposition est plus commode que l'exécution du bandage ouaté ordinaire, qui exigerait des déplacements de l'os fracturé.

Sans doute, la réduction n'est peut-être pas parfaite, car la face antérieure de la jambe est convexe à la suite de la première fracture, mais il est d'abord essentiel de traiter la plaie avant de s'inquiéter de la fracture elle-même.

Ces modifications légères au pansement des fractures compliquées ont, cependant, changé complètement le pronostic de ces traumatismes.

Autrefois, vers 1869, à Lariboisière, je me contentais d'employer la baudruche appliquée sur la plaie avec le collodion.

A cette occlusion immédiate nous avons ajouté, en cet hôpital, le lavage attentif et la désinfection de la plaie avec la pulvérisation d'acide phénique et les éponges imbibées d'acide phénique. Ensuite nous y ajoutons encore le pansement ouaté. Voilà donc, accumulés dans le même pansement, trois procédés dont chacun, employé isolément (occlusion, acide phénique, ouate), a donné des résultats satisfaisants. C'est ce qui me fait espérer que notre malade, quoique son état soit grave, aura le même sort que les sept malades du même ordre qui, l'an dernier, ont été traités dans nos salles par les mêmes procédés, et qui tous ont guéri sans présenter aucun accident.

Le résultat a été satisfaisant. Cette question a été récemment étudiée par le docteur Vétu, dans sa thèse inaugurale sur le *Pronostic des fractures compliquées, traitées par les pansements antiseptiques*, où il a rapporté dix-sept cas ainsi traités avec succès dans les diverses cliniques de Paris.

## CLINIQUE LARYNGOSCOPIQUE. — M. Ch. Fauvel.

**Quelques points de l'embryogénie du larynx. — Vascularisation terminale de la muqueuse laryngienne. — Causes de l'absence de tuberculose ganglionnaire secondaire dans la phthisie laryngée** (1).

II

Le système vasculaire terminal de la muqueuse laryngée est complexe; en thèse générale, *il varie selon l'épithélium qui recouvre les différentes parties de cette muqueuse.*

Dans les parties où nous ne trouvons que des cellules cylindriques, les vaisseaux sont, en général, peu nombreux; ils forment, au-dessous de la limitante, une zone à peu près parallèle à cette limitante; de cette zone partent quelques fins réseaux qui semblent arriver au contact de l'épithélium lui-même.

Cette disposition est très-accentuée à la partie moyenne de l'épiglotte. A la face profonde, le système vasculaire est plus considérable encore; les grosses glandes qui se trouvent dans cette région sont entourées d'un grand nombre de petits vaisseaux qui forment une véritable enveloppe aux acini. Chacun des petits vaisseaux doit se rendre dans un système central, car, sur plusieurs coupes, nous avons pu voir, à côté du canal excréteur et de quelques troncs ou filets nerveux, deux vaisseaux très-volumineux dont la nature artérielle et veineuse était facile à déterminer.

Les replis ary-épiglottiques présentent une vascularisation analogue à celle que nous venons de décrire, c'est-à-dire que dans leur partie profonde les vaisseaux sont plus volumineux et que de ces vaisseaux partent des anses très-fines qui viennent se placer sous l'épithélium. A la base des replis ary-épiglottiques on rencontre quelques saillies que certains auteurs ont décrites comme des papilles. Sur des pièces parfaitement injectées il est facile de voir que ces saillies n'ont rien de papillaire et ne contiennent pas plus d'anses vasculaires que de terminaisons nerveuses spéciales.

Au pourtour des cartilages de Wrisberg les vaisseaux se distribuent au périchondre sans entrer dans le cartilage. Cette loi offre cependant des exceptions, car sur un larynx d'enfant de douze ans nous avons pu voir dans le fibro-cartilage, dont nous venons de parler, des vaisseaux en nombre même assez considérable.

En général, il nous a semblé que les vaisseaux de la muqueuse de la fausse corde vocale étaient plus nombreux que ceux de la corde vocale vraie. Cela est absolument exact pour le chat dont le larynx nous a servi de point de comparaison avec le larynx humain. Chez le chat, le repli muqueux supérieur présente un système vasculaire très-développé, formé par des vaisseaux volumineux; ce réseau s'arrête au niveau du gros follicule clos que nous avons signalé plus haut; de ce réseau part un système de capillaires très-fins, apparent seulement dans les injections parfaitement réussies, et dont les anses les plus nombreuses se trouvent vers la partie libre du bourgeon, dit corde vocale supérieure. En ce point, ce réseau présente une disposition spéciale sur laquelle nous allons revenir. Nous croyons, sans vouloir l'affirmer positivement, que la même disposition se retrouve chez l'homme.

Autour du ventricule, le système vasculaire terminal est moins développé sur la partie profonde de la corde vocale inférieure, les vaisseaux sont encore peu nombreux; mais au-dessus des muscles thyro-aryténoïdiens, dans le tissu conjonctif presque réticulé qui sépare ces muscles de l'épithélium, on trouve un réseau très-élégant dont les anses sont entremêlées au-dessous de l'épithélium cylindrique; au niveau du bord libre chez l'homme, un peu au-dessous chez le chat, ce réseau donne naissance à des capillaires qui viennent se distribuer aux 10 ou 20 papilles situées en ce point. Cette disposition des capillaires papillaires de la corde vocale inférieure est exactement semblable à celle que l'on rencontre sur le bord libre et épais de la corde vocale supérieure.

Toutes ces dispositions vasculaires se retrouvent soit sur la muqueuse qui tapisse le cartilage thyroïde autour des glandes de la muqueuse, soit dans le tissu conjonctif assez dense sous-épithélial.

Il me reste à décrire l'appareil vasculaire des follicules clos.

Pour cette fois encore, j'aurai recours à la muqueuse laryngée du chat dans laquelle les glandes sont peu nombreuses et les follicules énormes, surtout celui qui se trouve en arrière du ventricule. Nous avons vu que ces follicules sont entourés d'un tissu conjonctif dense; ce tissu conjonctif renferme des vaisseaux assez volumineux qui entourent le follicule et envoient dans sa partie centrale des branches disposées en réseaux très-fins. Le tissu fibrillaire réticulé du follicule s'insère sur ces capillaires comme il le fait dans les ganglions et de là se porte sur le tissu qui forme l'enveloppe du follicule. Ces insertions sont difficiles à suivre, car elles ne sont pas continues. Elles se voient très-bien sur des larynx ayant macéré longtemps dans la liqueur de Müller parce que dans ce cas les éléments lymphoïdes se dissocient facilement, et, si les coupes perdent en valeur comme étendue, du moins elles gagnent en détermination anatomique.

Tous les vaisseaux dont nous venons de parler proviennent des artères laryngées supérieures, inférieures et postérieures; il est inutile d'ajouter que, si l'une ou l'autre de ces artères se dirige plus spécialement vers tel ou tel point du larynx, toutes s'anastomosent, car l'injection poussée avec des canules fines par l'une ou par l'autre sous une pression faible et continue pénètre dans toutes les parties de la muqueuse.

*Les lymphatiques du larynx sont très-abondants.*

Nous nous sommes servis pour les injecter de bleu soluble et de chlorure d'or. Les recherches que nous avons commencées à ce sujet ne sont pas encore complètement terminées; mais voici les résultats auxquels nous sommes arrivés déjà.

En piquant la face inférieure de l'épiglotte, nous avons vu l'injection se faire avec une grande rapidité et se diviser au niveau de la base en deux courants distincts qui, tous les deux, se dirigeaient vers les replis ary-épiglottiques.

En ce point les réseaux devenaient plus volumineux et se rendaient par deux ou trois gros canaux dans des ganglions situés sur les parties latérales du larynx.

En portant la canule de verre sous la muqueuse de la corde vocale supérieure, nous avons injecté la partie inférieure de la muqueuse laryngée comprenant les ventricules et la corde vocale inférieure. Les réseaux partis de ce point allaient converger vers les ganglions déjà signalés *après avoir traversé les follicules.* Nous devons dire cependant que chez le chat nous n'avons constaté la présence de la matière colorante que dans le gros follicule situé vers l'angle rentrant du ventricule; de nouvelles expériences sont nécessaires pour mieux déterminer le trajet des vaisseaux que nous étudions.

Un larynx humain, sain, injecté au chlorure d'or, nous a donné d'excellents résultats au point de vue de la pénétration facile et rapide du liquide injecté avec l'appareil de M. André sous une pression de trois dixièmes d'atmosphère. Il en fut tout autrement sur un larynx de tuberculeux injecté dans les mêmes conditions; la matière formait comme un réseau autour des granulations primitives et çà et là des boursouflures. L'injection du système vasculaire ne donnait que des résultats négatifs au niveau de la base de l'épiglotte, des replis ary-épiglottiques et des cordes vocales, au-dessous de la muqueuse desquels siégeaient des masses tuberculeuses non ulcérées.

Cette esquisse rapide de la vascularisation de la muqueuse du larynx, que nous compléterons prochainement, me conduit à la seconde partie de ce travail, je veux dire à rechercher *les causes qui empêchent les ganglions lymphatiques de se prendre consécutivement à la phymie laryngée.*

Le fait est constant, ai-je dit; en effet, d'après la statistique dressée par notre chef de clinique, M. Coupard, et portant sur une série de 150 malades atteints de phymie laryngée, voici ce que nous remarquons :

91 hommes avec lésions pulmonaires. Age moyen : 37 ans.
46 femmes avec lésions pulmonaires. Age moyen : 28 ans.

(1) Fin. — Voir le numéro du 23 janvier 1879.

8 hommes sans lésions pulmonaires appréciables. Age moyen : 32 ans.

5 femmes sans lésions pulmonaires appréciables. Age moyen : 25 ans.

Dans aucun cas les malades ne présentaient d'engorgement ganglionnaire cervical.

Au début, les lésions siégeaient le plus souvent sur la muqueuse inter-aryténoïdienne, ensuite elles s'étendaient aux cartilages aryténoïdes et aux cordes vocales inférieures, aux cordes vocales supérieures, à la base de l'épiglotte. En général, la muqueuse recouvrant ces diverses parties est très-pâle. Bientôt apparaissent les ulcérations dont le siège de prédilection est à la pointe de l'apophyse vocale; elles gagnent ensuite toutes les autres parties du larynx et principalement l'épiglotte et la muqueuse aryténoïdienne.

Nous ne reviendrons pas sur l'histoire du développement du tubercule; nous avons vu dans un article précédent que ce développement s'effectue aux dépens du tissu conjonctif, et l'étude des cellules *géantes* nous a amenés à cette conclusion que la granulation primitive se détruisant par son centre amenait dans les capillaires une coagulation fibrineuse et dans les gros vaisseaux une *véritable sclérose des parois* avec ou sans altération de l'endothélium vasculaire.

Si nous rapprochons de ce fait les injections dont nous avons parlé plus haut, nous devons conclure légitimement que le produit tuberculeux en se développant de plus en plus explique l'hypoémie dont la muqueuse est souvent le siège et par suite le manque absolu d'hémorrhagie dans les cas de phthisie laryngée même avancée; ce développement nous rend compte encore des œdèmes à répétition observés sur un certain nombre de malades dans la totalité de l'appareil laryngien ou sur un seul de ces points; quant à l'altération de la voix, elle se rapporte aux modifications passagères ou organiques des cordes vocales et surtout au gonflement de la muqueuse aryténoïdienne et inter-aryténoïdienne et aussi à l'atrophie des fibres musculaires du larynx (Fünkel) produite soit par dégénérescence granuleuse, soit par des désordres de nutrition qui sont déterminés par la prolifération abondante des éléments cellulaires du tissu connectif et par la compression consécutive des faisceaux musculaires primitifs.

En résumé, nous pensons que le tubercule développé dans le tissu conjonctif se trouve dans la muqueuse laryngée en rapport avec un lacis lymphatique superficiel très-abondant. Ce lacis, pressé par la production morbide et envahi par elle, ne tarde pas à perdre de proche en proche la faculté de remplir son rôle physiologique, et les ganglions situés sur les parties latérales du larynx, privés eux-mêmes de leurs fonctions, *s'atrophient*, leur réticulum devient plus épais, leurs éléments lymphatiques diminuent ou subissent des transformations ultimes.

Ces altérations nous ont paru très-évidentes sur un ganglion laryngien que nous avons examiné et qui appartenait au malade dont nous avions voulu injecter le larynx.

Comme conclusion définitive, nous croyons pouvoir dire que les raisons anatomiques que nous venons de développer sont l'unique cause de l'absence de tuberculose ganglionnaire *secondaire* dans la phthisie laryngée.

---

## LA NATALITÉ EN FRANCE,

Par M. le docteur Bertillon.

Le résumé de l'article consacré par M. Bertillon au mot *Natalité* (Démographie), dans le « Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales », est un de ces cris du savant, de l'honnête homme et du patriote, auquel on ne saurait donner une trop grande publicité. Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur cette page émouvante, qui réclame toutes nos méditations :

La natalité française est, plus que celle d'aucun autre pays, le siège d'un phénomène singulier, d'une sorte de transformisme dont, il me semble, nous n'avons pas assez conscience, et auquel, dès le début de ce travail, j'ai fait une passagère allusion.

Il est manifeste, en effet, que chez nous, tout l'effort de nos laborieuses populations agricoles, de notre économe bourgeoisie, se porte à créer, à amasser des capitaux. La Prusse au contraire paraît avoir plus d'aptitude pour produire des hommes, même des guerriers aptes à saisir de vive force des capitaux tout faits. Je ne m'inquiète pas ici de ce qui est louable ou ne l'est pas (qu'en savons-nous d'ailleurs? le frustré non plus que le frustrant ne sont juges compétents), mais je dénonce ce qui est, à savoir :

Qu'en France nous transformons une partie de notre descendance en épargne, en capitaux, voilà pourquoi notre natalité est si restreinte, et pourquoi, malgré de dures rançons, nos capitaux sont si abondants;

Qu'en Prusse la plus grande partie de l'*excédant* de sa production sur sa consommation est employée à la multiplication des hommes; voilà pourquoi sa natalité est si puissante, et pourquoi, si elle n'avait les capitaux... conquis, pourquoi ses ressources financières seraient si restreintes!

C'est là une vue que je crois juste, rigoureusement démontrable, et d'une grande importance pour les pronostics sur l'avenir des nations.

En effet on peut admettre qu'à très-peu près, un ouvrier allemand et un ouvrier français se valent, et l'on peut compter chez l'un et chez l'autre, d'une part, sur un excédant du travail à peu près équivalent, et, d'autre part, sur une tendance que je supposerai à peu près égale à augmenter leur bien-être. Ces hypothèses très-peu éloignées de la réalité étant posées, établissons donc avec quelques détails, mais en nombre rond, le bilan annuel de ce que coûte en capitaux : à l'Allemagne l'excès de sa natalité sur la nôtre; à la France l'économie en capitaux que lui permet sa parcimonieuse natalité.

L'empire allemand compte actuellement plus de 40,000,000 d'habitants, et a une natalité générale de 40 par an et par 1,000 (1872-73. *Almanach de Gotha* 1876), ce qui constitue chaque année 1,600,000 naissances vivantes. Mais, si l'Allemagne se restreignait à notre faible natalité de 26 au lieu de 40, elle ne compterait par an que 1,040,000 naissances vivantes; ainsi comparée à la France, l'Allemagne élève un excédant annuel de 560,000 enfants sur ce que donnerait notre natalité, et cet excédant produit annuellement, d'après les tables de mortalité, environ 343,500 adultes de 20 ans.

Mais d'autre part, si l'on prend pour base, soit ce que coûte un homme à élever, soit ce qu'il rapporte, soit sa valeur marchande quand il est esclave, on ne peut pas, d'après les évaluations prussiennes, américaines et les nôtres, estimer aujourd'hui à moins de 4,000 francs la valeur d'un adulte de 20 ans; 4,000 francs × 343,500 ou à 1,376,000,000 francs, c'est la somme annuelle que coûte à l'Allemagne l'excédant de sa natalité sur la nôtre. Le même bilan établi pour la France montre que nous dépenserions chaque année 1,240,000,000 francs à élever les 500,000 nouveau-nés qui nous manquent pour égaler la natalité allemande, lesquels deviendraient en effet 310,000 jeunes gens de 20 ans.

C'est donc un milliard et un quart que capitalise la France au détriment de sa descendance; et c'est plus d'un milliard et un tiers que l'Allemagne paie à sa multiplication.

Ce serait sortir de mon sujet que de discuter la valeur respective de ces deux placements : de celui qui donne le plus de force pour le présent, ou de celui qui assure le plus l'avenir; mais il était de mon sujet de montrer les rapports de la natalité avec l'épargne, et de mon patriotisme de dénoncer ces virements de capitaux en prolification, et inversement.

Quoi qu'il en soit, nous avons démontré qu'il n'y a que nous en Europe dont la natalité, déjà bien inférieure, décline continuement, tandis que celle de la plupart de nos rivaux se maintient à un taux élevé, et même s'accroît encore!

Le mouvement rétrograde qui a saisi notre natalité s'arrêtera-t-il? Au point où nous en sommes arrivés, il le faut, sans quoi

notre diminution ne serait pas seulement relative, mais absolue. Arrêter notre déclin n'est pas assez : en présence des nations rivales dont le croît est aujourd'hui trois ou quatre fois le nôtre, il ne suffit plus qu'il s'arrête, il faut qu'il remonte la pente descendue, il faut une restauration de notre natalité !

Sait-on bien où nous conduit ce mouvement, s'il persiste? à devenir une des moindres nationalités en Europe!... et, sur la terre entière, que recouvrent déjà les flots pressés des Teutons et des Anglo-Saxons, à n'être plus qu'un vestige. C'est là une conséquence nécessaire, aussi rigoureuse que le calcul qui le démontre.

Assisterons-nous donc à cette déchéance sans nous défendre, sans demander à la science les causes de notre rétrogradation, et les remèdes à lui opposer? mais à quelle science s'adresser? quelle est la science des collectivités humaines qui en étudie les états, les mouvements successifs, les progrès et les déclins; qui scrute leurs causes et leurs effets, enfin qui a compétence pour présumer et diriger l'avenir d'après le passé?

Cette science, c'est la *Démographie*, elle devrait être à l'art du législateur et de l'administrateur ce que la physique et la chimie sont à l'art industriel; mais nos législateurs, et plus encore nos hauts administrateurs, ignorent jusqu'à son existence et son nom; nous ne sommes pas (au moins en France) une demi-douzaine d'inconnus à y consacrer nos veilles. C'est donc à nous de signaler les mouvements inquiétants qui ont saisi notre population, à en indiquer les causes, à en présumer les origines et les fins. Nous les avons sommairement indiquées ici, nous les analyserons plus expressément à l'article FRANCE (*Démographie*). Nous serons ou ne serons pas entendus, mais, sentinelle avancée, nous aurons fait notre devoir, jeté notre cri d'alarme à la patrie menacée!

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er février 1879. — Présidence de M. Paul BERT.

### COMMUNICATIONS

**De l'emploi du collodion en histologie.** — M. MATHIAS DUVAL fait une communication sur ce sujet. On sait combien il importe, en histologie, d'avoir un milieu sur lequel on puisse bien fixer un petit objet. M. Mathias Duval se sert, depuis six mois environ, dans ce but, de collodion conservé dans l'alcool. Il obtient ainsi un corps élastique qui peut très-bien se couper avec le rasoir et qui peut se colorer. Grâce à ce moyen, il a pu, en particulier, dans ses recherches sur l'embryon, sur le cerveau, etc., déterminer plusieurs points que les autres procédés ne lui avaient pas encore permis d'élucider. Par exemple, ce procédé lui a permis de démontrer que les plexus choroïdes sont en dehors des ventricules latéraux, que le trou de Monro n'est nullement un orifice de communication, mais une simple invagination, etc.

**Injections intra-veineuses de lait.** — M. LABORDE a institué une série d'expériences sur ce sujet. Il rappelle que M. Brown-Séquard a fait, il y a quelque temps, une communication sur ce sujet qui semblait avoir pour but de démontrer que les injections intra-veineuses de lait pouvaient avantageusement remplacer la transfusion. Il rappelle également que quelques médecins étrangers, MM. Oder, Thomas, et plus récemment Wurtzbourg, entre autres, ont soutenu la même opinion et prédit aux injections intra-veineuses de lait un avenir brillant au point de vue thérapeutique. Enfin, M. Laborde a lui-même, en 1873, fait une première communication sur ce sujet. Le lait contient les mêmes éléments que le chyle; or le chyle faisant, pour ainsi dire, bon ménage avec le sang, on a pensé qu'il devait en être de même du lait. C'est pourquoi un chirurgien étranger n'a pas craint de faire des injections intra-veineuses de lait chez des ovariotomisées affaiblies par les pertes de sang; les injections sont, paraît-il, sans aucun danger, tant qu'on ne dépasse pas la dose de 20 grammes. Il était intéressant de savoir si on ne pouvait trouver, dans ces injections, une ressource précieuse pour certains cas d'athrepsie chez les nouveau-nés, par exemple. C'est dans ce but que M. Laborde a entrepris ses expériences.

Il importait tout d'abord d'étudier les effets de l'introduction du lait dans les veines sur les phénomènes généraux. On ne peut pas introduire de grandes quantités, sous peine de produire des accidents rapidement mortels; si, chez un chien de moyenne taille, on dépasse la dose de 80 à 90 centimètres cubes, l'animal meurt rapidement. Si on ne dépasse pas les doses de 25 à 30 grammes à la fois, le lait est bien supporté. Que deviennent alors les globules laiteux? Ce sont les plus petits qui paraissent les premiers dans la circulation générale. Puis les globules de lait sont très-augmentés et finissent par disparaître, mais il en reste toujours quelques-uns. Lorsque l'animal meurt, généralement après quarante heures, on trouve des altérations pulmonaires, en particulier des ecchymoses semblables à celles qu'on trouve dans les cas de mort violente, par pendaison, par exemple. On trouve une grande quantité de globules blancs mêlés de globules de lait. L'estomac est presque toujours le siège d'hémorrhagies assez abondantes. Il en est de même dans les vaisseaux capillaires du bulbe. En un mot les animaux meurent avec tous les accidents des embolies graisseuses.

M. PAUL BERT se souvient, étant préparateur de Claude Bernard, d'avoir fait des injections intra-veineuses de lait chez les animaux, dans le but de rechercher ce que devenait le lactose. On injectait de 60 à 80 grammes de lait, les résultats étaient variables; beaucoup d'animaux mouraient. Lorsqu'on faisait l'injection dans les veines mésaraïques, on n'en trouvait aucune trace dans l'urine.

M. GALIPPE rappelle que l'huile injectée dans les veines donne lieu à des accidents graves d'embolies graisseuses, analogues à ceux qu'a observés M. Laborde à la suite d'injections de lait.

M. PAUL BERT pense que la question des injections intra-veineuses de lait, comme devant remplacer la transfusion, est aujourd'hui jugée, et ne peut plus être soutenue.

**Des platino-cyanures.** — M. RABUTEAU fait une communication sur les platino-cyanures de sodium et de potassium, d'où il résulte que ces sels se comportent comme les ferro-cyanures.

A l'occasion de sa dernière communication sur le sulfo-méthylate de soude, M. Rabuteau nous fait observer que ce sel, lorsqu'il est pur, a une saveur très-faible, presque nulle, suivie d'un léger arrière-goût sucré. Il n'a une saveur amère et bien légèrement alliacée que lorsqu'il est altéré.

Il ajoute qu'il range ce sel parmi les purgatifs dialytiques.

La séance est levée à six heures.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 décembre 1878. — Présidence de M. F. GUYON.

A propos du procès-verbal, M. TILLAUX complète les renseignements qu'il a donnés sur les pièces d'ostéomyélite qu'il a présentées dans la dernière séance (voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, n° 13, séance du 18 décembre). Il semble que la lésion a son centre dans le milieu du tibia, plutôt qu'au niveau des épiphyses. L'enfant, âgé de quinze ans, avait reçu le coup de marteau sur le pied le 3 octobre. Un énorme abcès de la jambe se développa, et fut ouvert le 20 octobre : le tibia était déjà dénudé. L'enfant entra le 4 novembre à l'hôpital Beaujon : un deuxième abcès apparut et fut ouvert le 10 novembre. On attendait, dans l'espoir de faire une résection du tibia, mais le genou se prit, les accidents furent menaçants, il fallut faire l'amputation de la cuisse le 15 novembre. Voilà donc un enfant qui a eu une ostéomyélite, et ce qu'on appelle une périostite phlegmoneuse diffuse; quelle a été la pathogénie de l'affection? L'examen des pièces fait rejeter l'idée d'un

point de départ épiphysaire : ici les cartilages des deux épiphyses étaient à peu près intacts. Était-ce une ostéomyélite primitive? Il semble que, dans tous les cas où il y a ostéomyélite, il y a décollement du périoste; mais un enfant peut avoir une périostite phlegmoneuse diffuse, sans avoir une ostéomyélite. Chez les enfants, les choses peuvent se passer ainsi. L'exemple précédent encouragerait à séparer les deux lésions, plutôt qu'à les confondre sous un même nom, comme on l'a fait jusqu'ici.

M. TERRIER ne voudrait pas revenir, avec M. Tillaux, à l'opinion de Chassaignac : il est difficile d'admettre que le périoste est pris seul, sans lésion de la moelle osseuse. Les recherches de Ranvier ont encouragé à ne pas séparer ce qui appartient à la périostite et à l'ostéomyélite, les deux lésions étant trop connexes pour pouvoir être séparées. Les extrémités épiphysaires en sont le siège le plus ordinaire, parce que c'est là que s'accentue le travail d'accroissement de l'os.

M. MARJOLIN pense qu'il y a là deux affections bien distinctes. Il a vu très-fréquemment des périostites pures et simples, avec un abcès bien limité, la maladie se bornant à une affection superficielle de l'os. Si pourtant l'on ne se hâte pas de débrider, le pronostic devient grave. Quant à l'ostéo-périostite, impliquant la présence du pus dans la moelle osseuse, c'est plus rare; la cause en est inconnue, le point de départ en est difficile à déterminer; dans l'observation de M. Tillaux, dire que c'est le coup de marteau, c'est assumer une grande responsabilité médico-légale.

En résumé, les deux lésions sont parfaitement distinctes, mais il est bien entendu qu'elles peuvent parfois se réunir. Il faut tenir compte de l'âge des sujets.

M. DESPRÈS. Il y a une ostéo-périostite débutant par le cartilage épiphysaire, que l'on observe chez les enfants surmenés, chez les convalescents de fièvre typhoïde, etc. Les abcès amènent des décollements avec tous les accidents de l'ostéite juxta-épiphysaire, décrite par M. Gosselin. Mais il y a une autre espèce d'ostéo-périostite, qui se localise plus facilement, et qui se développe à la suite des traumatismes, à la suite d'une sorte d'abcès hématique sous-périostique.

M. BLOT, à propos d'un cas observé par MM. Bergeron et Lannelongue chez un nouveau-né âgé de douze jours, mais non confirmé par l'autopsie, demande s'il est possible d'observer une ostéomyélite avec phlegmon diffus, à un âge si peu avancé?

M. PANAS répond qu'il en existe des exemples chez les nouveau-nés : mais il faut rechercher, dans ces cas, la syphilis héréditaire ; c'est surtout chez des sujets syphilitiques qu'on les observe, comme M. Parrot l'a démontré : cette ostéité est l'ostéite juxta-épiphysaire.

Quant à la pièce de M. Tillaux, on pourrait se demander si l'on n'a pas eu affaire à deux foyers d'ostéite juxta-épiphysaire, distincts, et si le canal médullaire n'a pas été pris consécutivement. L'ostéite aurait commencé à l'épiphyse de l'os, puis aurait envahi le reste de l'os de haut en bas. Il semblait, à l'examen de la pièce, que la partie supérieure du canal médullaire du tibia avait été remplie de pus, et que c'est là que devait être la lésion principale, plutôt qu'à la région inférieure du même os.

M. PERRIN ne partage pas l'opinion de M. Panas; il ne voit dans le cas de M. Tillaux qu'un exemple classique et ordinaire de la périostite diffuse de l'adulte, procédant de dehors en dedans, et arrivée à la désorganisation de la moelle. Sans contester l'hématome sous-périostique dont parle M. Desprès, il faut considérer les autres cas, qui sont beaucoup plus nombreux. Quant à la cause de ces lésions, la plupart du temps elle est plutôt liée à des troubles nutritifs.

### PRÉSENTATION DE PIÈCES

**Ostéite suppurée.** — M. GUÉNIOT présente les pièces d'un enfant atteint d'une ostéite suppurée des membres, d'origine probablement syphilitique.

La séance est levée à cinq heures.

---

Séance du 8 janvier 1879 (1). — Présidence de M. F. GUYON.

### RAPPORTS

**Tocographe.** — M. POLAILLON. Cet instrument, présenté par le docteur Poulet, est à peu près semblable au kymographion de Ludwig ; il sert à donner un tracé graphique de la force musculaire des muscles de l'abdomen et de l'utérus séparément. Il se compose de deux ampoules communiquant chacune avec un manomètre, portant un stylet écrivant comme dans l'appareil de Ludwig. On introduit une des ampoules dans la cavité utérine, et l'autre dans le rectum. Chaque vessie, remplie de liquide, reçoit donc la pression développée, dans le travail de l'accouchement, par les muscles abdominaux et par le muscle utérin. Le stylet, flottant sur la colonne de mercure de chaque manomètre, enregistre sur le cylindre du polygraphe les oscillations de la colonne de mercure, ce qui donne un tracé du travail musculaire de chaque organe. On trouve ainsi que le travail utérin n'atteint son maximum qu'au milieu de la contraction, tandis que le tracé du travail des muscles abdominaux atteint son point culminant dès le début de la contraction. Les expériences de cette nature sont intéressantes : toutefois elles ne peuvent guère devenir usuelles, en raison des difficultés et des dangers qui pourraient survenir à la suite de l'introduction de ces ampoules dans l'utérus et le rectum.

M. TARNIER. L'ampoule correspondant à l'utérus donne la totalité de l'effort produit d'une part par l'utérus et, d'autre part, par les muscles abdominaux. Il est difficile d'obtenir isolément l'un ou l'autre de ces tracés : car l'ampoule, placée dans le rectum, doit encore subir un peu l'influence de la contraction de l'utérus.

M. GUÉNIOT. En Angleterre on a fait des expériences analogues en adaptant un manomètre aux membranes afin que, lors de leur rupture, le liquide transmît la pression à une colonne de mercure, ce qui donne bien l'effet produit par la contraction utérine. Il serait désirable que ces hauteurs de la colonne mercurielle fussent rapportées à des chiffres de grammes ou de kilogrammes. M. Poulet ferait bien aussi de contrôler les mesures qu'il obtient avec son appareil par des contre-épreuves faites avec le procédé anglais. En outre, après la rupture des membranes, il reste encore un travail à accomplir, dit M. Polaillon, pour l'expulsion du fœtus. Cette force développée est d'ailleurs très-variable ; on l'a trouvée de 2 à 18 kilogrammes, elle peut, en certains cas, être quatre, huit, douze, vingt fois plus forte qne dans d'autres cas. Duncan a cité des exemples où le poids seul du fœtus, la femme étant debout, aurait suffi pour vaincre la résistance.

M. TARNIER. Vers l'année 1862, quand j'ai imaginé le petit ballon de caoutchouc pour provoquer l'accouchement artificiel, un étudiant de Paris proposa d'adapter un tube à ce ballon et de le mettre en communication avec un manomètre pour mesurer la force du travail produit par la contraction utérine.

**Tumeur salivaire.** — M. VERNEUIL lit un rapport sur une observation de tumeur salivaire consécutive à une tumeur parotidienne énucléée sans difficulté, par le docteur Martinet. (Sera publié.)

La séance est levée à cinq heures et demie.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 1er février 1879, M. le ministre de l'intérieur a nommé MM. les docteurs Christian et Ritti médecins de la maison nationale de Charenton. Ces médecins recevront un traitement de huit mille francs.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Brettres est prévenu qu'il subira le quatrième examen de doctorat le mercredi 5 février, à une heure précise.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er février.

— Pendant l'année 1878, l'Infirmerie spéciale près le dépôt de la Préfecture de police a reçu 2664 individus, présumés atteints d'aliénation mentale : 1582 hommes et 1082 femmes. Chacun de ces individus a été l'objet d'un examen approfondi et d'une note clinique et médico-légale modifiée et détaillée. Sur ce nombre, 518 (360 hommes et 158 femmes) ont été remis en liberté, sans avoir été reconnus suffisamment malades ou dangereux pour être internés dans un établissement, et 28, atteints d'affections aiguës ou chroniques compliquées de délire, ont été dirigés sur les hôpitaux. Parmi les malades séquestrés, 429 hommes et 223 femmes, soit 652, avaient été arrêtés sur la voie publique, causant du scandale ou ayant commis des actes délictueux ou criminels. D'autre part, 692 avaient été déjà traduits en justice.

MM. Lasègue et Legrand du Saulle, médecins de l'Infirmerie spéciale, ont signalé 706 cas d'alcoolisme confirmé (538 hommes et 168 femmes). L'alcoolisme chez la femme, à Paris, est en voie d'augmentation toujours croissante !

— Un concours pour les prix à décerner aux élèves en pharmacie des hôpitaux de Paris sera ouvert le 27 février, à midi, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3. MM. les élèves en pharmacie sont prévenus qu'en exécution des règlements du service de santé, tous les internes en pharmacie dans les hôpitaux sont tenus de prendre part à ce concours. Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures du soir. Le registre sera ouvert à partir du 29 janvier, jusqu'au 13 février inclus, à trois heures du soir.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes,** par le docteur L. de Sinéty, membre de la Société de Biologie et des Sociétés anatomique et d'anthropologie de Paris. Un vol. in-8° de 850 pages avec 250 figures dans le texte. — 1re partie (la 2e partie à l'avance), prix : 12 francs. — Paris, Octave Doin.

**Leçons cliniques et didactiques sur les maladies des femmes,** par le professeur Ludlam, traduites sur la 3e édition américaine, par les docteurs Claude et Dorion. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**De la langue noire** (glossophytie), par le docteur A. Denois. In-8° de 40 pages avec une planche lithographique. — Prix : 2 fr. — Octave Doin.

**Des causes et du traitement du rachitisme,** par le docteur Dauvergne père. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

**Des taches vineuses et de leur traitement par les scarifications,** par le docteur Colson. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**De l'acné sébacée partielle et de sa transformation en cancroïde,** par le docteur Audouard. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7765.

N° 15. — JEUDI 6 FÉVRIER 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 6 FÉVRIER 1879. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

| | |
|---|---|
| Trois mois. . | 8 fr. 50 c. |
| Six mois. . . | 16 — |
| Un an. . . . | 30 — |

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Maurice Raynaud, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de Paris, qui vient d'être élu membre de l'Académie de médecine dans la section de pathologie interne, est un de nos anciens confrères de la conférence Molé, un docteur ès lettres, dont la thèse sur les médecins au temps de Molière a fait époque à la Sorbonne.

Parmi nos maîtres les plus célèbres, ces doubles aptitudes, à la fois médicales et littéraires, étaient loin d'être rares : Trousseau, Requin, avaient commencé par professer la rhétorique ; je tiens de Malgaigne qu'il ne prenait jamais la parole à l'Académie de médecine sans s'y préparer par la lecture des *Provinciales* de Pascal ou des dialogues de Platon ; je pourrais citer bien d'autres exemples du même genre parmi ceux de nos professeurs dont l'enseignement eut le plus d'éclat.

Après cette élection, M. Durand-Fardel est venu exposer à l'Académie les impressions qu'il a rapportées d'un récent voyage de Chine. Les établissements européens prospèrent dans ce pays et s'y développent avec une extrême rapidité.

L'état sanitaire y devient assez bon, grâce à des drainages multipliés et à une hygiène intelligente. Les Chinois eux-mêmes paraissent apprécier ces avantages, et ils se fixent en grand nombre dans les limites des concessions anglaises, françaises ou américaines, se soumettant parfaitement à toutes les règles de police que les étrangers leur imposent. M. Durand-Fardel espère que bientôt, toutes les barrières étant tombées entre les races jaune et blanche, notre puissante civilisation pourra régénérer la Chine et changer l'aspect du pays. Comme maladies particulières à ces contrées, M. Durand-Fardel n'a signalé que l'anémie produite par un climat chaud et humide et une fièvre rémittente due à une sorte de malaria. Il n'a pas parlé de la lèpre ; cependant la lèpre existe en Chine, comme en Cochinchine, au Tonquin, etc. Elle y atteint les Européens, et c'est une grave question que celle de savoir si ce n'est pas par une contagion réelle. J'ai vu pour ma part, depuis peu de temps, trois Français qui étaient partis en excellente santé et qui sont revenus de l'extrême Orient atteints de la lèpre. L'un y était resté pendant quelques années comme pilote et les deux autres comme missionnaires. Ils s'étaient tous les trois trouvés, dans des circonstances diverses, en rapport avec des lépreux, et tous les trois ils étaient convaincus qu'ils avaient ainsi contracté la lèpre.

En Angleterre, on a fait des enquêtes multiples sur cette question. Les premiers rapports concluaient à la négative. Mais voilà que les médecins de la Guyane anglaise sont devenus contagionistes ; ceux qui sont attachés aux grandes léproseries de la Trinidad, etc., partagent la même opinion. On cite des infirmiers, des sœurs de charité, des directeurs de lazaret, etc., qui, après un séjour plus ou moins long au milieu des lépreux, ont eux-mêmes contracté la lèpre malgré toutes les précautions prises. En un mot, il semble qu'en ce moment la même évolution se fasse dans les esprits au sujet de la lèpre qu'il y a une douzaine d'années au sujet du choléra, considéré auparavant presque universellement comme ne pouvant être contagieux à aucun degré.

Dr Victor Revillout.

### HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Laboulbène.

#### De la stomatite ulcéro-membraneuse.

Nous avons ~~vu~~ dans nos salles une jeune fille âgée de treize ans qui est arrivée à l'hôpital se plaignant de ne pouvoir ni ouvrir la bouche ni parler. Elle jouissait auparavant d'une bonne santé, et n'était malade que depuis six jours. Elle présentait des ulcérations de la bouche siégeant sur la muqueuse buccale exclusivement. Du côté gauche, sur la langue, dans l'étendue de sa moitié gauche et assez près du bord, on voyait une ulcération mesurant 6 à 7 millimètres de longueur dans l'axe antéro-postérieur sur 3 ou 4 de largeur ; cette ulcération était peu profonde. Sur la muqueuse de la joue, on en voyait une autre, au niveau de la deuxième molaire inférieure, de forme oblongue et suivant l'axe vertical, mesurant un centimètre de hauteur ; enfin une troisième siégeait sur la lèvre inférieure, à peu de distance du frein.

Ces ulcérations étaient recouvertes d'une mince membrane blanchâtre, saignant facilement dès qu'on la raclait ou que l'on enlevait l'exsudat avec des pinces ; alors apparaissait

l'ulcération avec ses bords en relief, injectée et d'un rouge vif. Les ganglions sous-maxillaires étaient légèrement engorgés. Un mouvement fébrile assez prononcé s'était déclaré en outre des troubles fonctionnels de mastication et de déglutition. Le faciès cependant n'était pas altéré. Il n'y avait pas trace d'infection par contagion.

Deux jours après, les douleurs étaient moins vives; quatre jours après, l'amélioration était encore plus sensible. Le sixième jour, le fond des ulcérations s'élevait, le frottement ne les faisait plus saigner; le huitième jour, cette fillette sortait admirablement guérie.

Étudions quelle est cette affection dont elle était atteinte, affection légère comme le prouve la terminaison rapide, et cependant affection qui, en temps d'épidémie, inspire tant de terreur, parce que l'on croit à l'apparition du croup.

La stomatite ulcéro-membraneuse a été ainsi nommée par Rilliet et Barthez (tome I, page 197); autrefois on la désignait sous le nom de stomatite couenneuse ou ulcéreuse; ils établirent la différence qui existe entre cette maladie et le noma, contrairement à l'opinion exprimée dans le mémoire de Taupin (1839) qui confondait ensemble ces deux maladies. Guersant et Blachez (tome XXXVIII du dictionnaire), Bretonneau, Valleix, ont fait la même confusion. Les étrangers ont défendu l'opinion de la contagion.

En 1855 parut un travail magistral de Jules Bergeron sur la stomatite ulcéro-membraneuse des soldats et de sa non-identité avec les affections diphthéritiques. L'ayant étudiée à l'hôpital militaire du Roule sur 122 cas, Bergeron en fit l'histologie et l'étude au point de vue de l'hygiène. Il en décrit les diverses allures, les formes variables, tantôt superficielles, tantôt fortement ulcéreuses; il montre que la stomatite scorbutique ne relève pas du véritable scorbut. Enfin, pour éclairer la question de la contagion, Bergeron s'est inoculé à lui-même la stomatite. Ayant fait choix d'un soldat âgé de vingt et un ans, non syphilitique, robuste, il prit du pus sanieux d'une ulcération avec une lancette neuve et se l'inocula par une piqûre faite à la face inférieure de la lèvre, près du sillon gingival. Le soir, il aperçut une petite pustule miliaire à ce niveau, puis sept jours se passèrent sans accidents; le septième jour éclata un frisson accompagné de nausées qui disparut une demi-heure après. Le lendemain revinrent de petites vésicules sur le voile du palais; cependant les accidents fébriles se reproduisirent encore.

Cette stomatite, discrète ou modifiée, dura quinze jours, soit trois semaines en comptant la durée de l'incubation. Sur un membre de sa famille, Bergeron observa des vésicules avec des ulcérations manifestes.

C'est là une des formes de la stomatite quand elle n'est pas très-développée.

On l'observe fréquemment chez les soldats, du côté gauche presque toujours, constituée par des sortes de plaques, de taches jaunâtres; les vésicules ont été constatées par Bergeron et par les Anglais, mais rarement. La stomatite siège ordinairement sur la langue, la lèvre ou la joue, rarement sur un pilier du voile du palais ou sur l'amygdale; elle est buccale en un mot et exceptionnellement pharyngienne. Chez les gens qui n'ont pas souci de l'hygiène de la bouche, elle occupe principalement le rebord alvéolaire où elle se fixe. Elle est liée plus spécialement au maxillaire inférieur qu'au maxillaire supérieur; sa chronicité possible lui donne un aspect particulier.

A diverses reprises, on a étudié l'anatomie pathologique de cette affection et l'on a examiné ses produits au microscope. Follin, Luys, Ch. Robin, ont contribué à cette étude. J'ai pu moi-même examiner des produits recueillis par M. Bergeron sur des ulcérations anciennes; j'y ai trouvé des corps celluleux, devenant plus nets par l'addition d'acide acétique et laissant voir trois noyaux; c'étaient des leucocytes qui étaient mélangés d'une grande quantité de corps granulo-graisseux, de bactéries ou d'organismes végétaux. Follin, ayant examiné des produits de stomatite ulcéreuse, y trouva des filaments allongés de fibrine; Robin, des fibres élastiques ne disparaissant pas par l'addition d'acide acétique, et bifurquées. C'était juger la nature de la production; il y avait là des débris de la muqueuse. Sur des enfants atteints de stomatite, j'ai pris la plaque jaune au moment où elle se détache; puis, l'ayant fait durcir pour en faire des coupes minces, j'ai trouvé, dans une coupe perpendiculaire : 1° à la surface, des débris représentant de grandes cellules épithéliales; 2° de grands *tractus* remplis de granulations se perdant au fond de la préparation; 3° suivant l'épaisseur des plaques, des fragments cellulaires et de la graisse. M. Sappey a décrit à la face interne des joues des glandules composées; partant de ce fait anatomique, j'ai pu mettre en évidence ces glandules dont j'ai trouvé le conduit rempli de granulations; j'ai démontré que c'est une partie même de la joue qui est mortifiée et qui se détache, et que, plus tard, on ne trouve plus, à sa place, que des éléments de réparation. Une première période consiste donc dans le soulèvement de l'épiderme, par l'apparition d'une vésicule, puis la mortification d'une partie de la muqueuse est suivie d'une ulcération qui se répare et guérit plus ou moins vite.

L'histoire de la stomatite ulcéro-membraneuse est intéressante quand on la compare aux autres affections couenneuses, surtout au point de vue du diagnostic différentiel. Nous la séparerons immédiatement du noma, de la gangrène buccale; différant essentiellement par leur durée, par leur nature, elles ne sont pas l'une le premier degré de l'autre; elles restent absolument distinctes.

Pour la distinguer de la diphthérie, la difficulté est excessive; il a fallu des siècles pour préciser et fixer cette différence; depuis Hippocrate, qui décrivait ensemble toutes les affections de la gorge, de la bouche et de la partie supérieure des voies respiratoires, on garde la dénomination commune d'aphthes; parfois cependant les anciens ont indiqué, avec une précision vraiment extraordinaire, les aphthes ulcéreux et les distinguent de « quelque chose ressemblant à une toile d'araignée », affection qu'ils qualifient de mauvais augure comparativement à la forme d'aphthes ulcéreux dont ils font un pronostic favorable. Dès 1576, Baillou reconnaît l'existence d'une fausse membrane. Divers travaux apparaissent ensuite où sont confondus le sphacèle de la gorge, les ulcérations syphilitiques, etc. Bretonneau, en 1826, distingue la diphthérie, qu'il désigne ainsi pour exprimer qu'il y a une membrane superposée, quelque chose de surajouté à une membrane existante, une fausse membrane que Marteau de Grandvilliers avait déjà fait dessiner. C'est là ce que l'on a trouvé dans le croup, une affection diphthéritique, c'est-à-dire avec superposition de membrane.

Aujourd'hui la confusion s'est faite dans ces dénominations de diphthéries et de fausses membranes, de maladies pseudo-membraneuses, etc. Assez bien résolue en France, cette confusion est inouïe dans les auteurs étrangers. Précisons un peu mieux ces termes. Le mot diphthérie ne signifie pas autre chose que membrane superposée; en Allemagne, Virchow a décrit le processus diphthéritique comme

consistant en ce fait qu'une matière étrangère s'est interposée entre les tissus, comprime les vaisseaux et les éléments de ces tissus, d'où leur mortification. Cette pathogénie a même été étendue à la dysentérie, qui a un processus différent.

On a voulu rattacher la lésion diphthéritique au croup; mais, en Allemagne, on a réservé ce terme au larynx, de sorte qu'il y a, pour les auteurs de ce pays, une pharyngite croupale qui n'est pas diphthéritique.

Le processus diphthéritique consiste dans la production d'une fausse membrane superposée à la membrane existante, et, pour qu'elle puisse se produire, il se fait une modification de l'épithélium, une exsudation de fibrine qui sort des vaisseaux. Ce n'est plus du tout ce que nous observons dans la stomatite ulcéreuse.

Considérons la question au point de vue simplement clinique : comment peut-on reconnaître la stomatite diphthéritique et la distinguer de la stomatite ulcéro-membraneuse?

En général, il n'y a pas de stomatite diphthéritique bien notable; la diphthérie envahit plutôt le pharynx. Tandis que la stomatite ulcéro-membraneuse occupe surtout le côté gauche de la bouche et la muqueuse des joues, la diphthérie envahit de préférence les amygdales, les piliers du voile du palais, le fond de la gorge, et, en tous cas, se répand indifféremment sur les divers points de la bouche et de la gorge. Elle s'accompagne aussi d'engorgement des ganglions sous-maxillaires qui sont toujours gonflés, presque dès le début, et douloureux, phénomènes qu'on n'observe guère dans la maladie qui nous occupe. L'aphthe fébrile, vésiculo-ulcéreux, indiqué par les anciens auteurs avec ces caractères, *parva, minuta, albicantia*, arrive à la suite de refroidissement, etc., et disparaît en dix ou quinze jours, se guérissant par tous les moyens (herpès guttural de Gubler, angine couenneuse commune).

L'herpès bucco-pharyngien produit de petites ulcérations qui ne renferment pas de fibrine; dès que la vésicule se rompt, il y a déjà quelques éléments de réparation.

Le muguet, millet ou blanchet des enfants nouveau-nés se reconnaît par l'apparition sur la langue de petits points blancs se réunissant en plaques; quelques auteurs n'y voient que des spores ou des moisissures, des filaments feutrés d'oïdium albicans; mais je ne pense pas pourtant qu'il soit exclusivement composé de ces éléments; je crois que la période initiale du muguet est une desquamation spéciale sur laquelle seulement pousse cette moisissure.

La scarlatine peut donner des productions pultacées très-abondantes qui pourraient être confondues avec la stomatite; j'ai vu parfois des productions blanchâtres couenneuses apparaissant sur la langue et qui pourraient embarrasser le médecin. On lèvera la difficulté en cherchant à en avoir un fragment étendu avec des pinces; ce fragment aura une consistance caséeuse. Dans la stomatite ou dans la diphthérie, on ne pourrait extraire des fragments de cette nature. Au microscope, on confirmera le diagnostic en constatant l'existence d'une algue, du *leptothrix buccalis*, implantée perpendiculairement sur les cellules épithéliales comme des baguettes.

La stomatite mercurielle se caractérise immédiatement par la salivation et par l'odeur spéciale.

Je n'insiste pas sur des formes différentes et bien caractérisées, telles que l'ulcération syphilitique, l'ulcération des typhiques (laryngo-typhus), la pustulation stibiée ou arsenicale, les brûlures, les chancres, les ulcérations produites au voisinage des dents cariées, etc. Dans la stomatite ulcéro-membraneuse que nous étudions, il y a bien une membrane, mais c'est une membrane morte et pas du tout une *néo-membrane* analogue, par exemple, à celles qu'on voit se développer dans la pleurésie ; c'est un débris de membrane de l'ancienne muqueuse, ce que je proposerais d'appeler *nécro-hymen, pseudo-hymen, stomatite nécro-hyménique* (νεκρὸς, ὑμὴν), pour bien la distinguer de celles où il y a production nouvelle et vraiment nouvelle membrane.

Quant au pronostic et au traitement, nous devons bien savoir que nous sommes loin de la diphthérie; autant le pronostic de la diphthérie est redoutable et réservé, autant son traitement est aléatoire, autant ici nous avons une affection bénigne qui cède rapidement à un traitement d'une efficacité vraiment admirable et presque spécifique.

M. Bergeron a montré que le chlorate de potasse donne des résultats magnifiques dans le traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse. C'est l'unique médication que nous ayons employée pour le traitement de notre jeune malade : gargarismes avec chlorate de potasse, 8 grammes sur 300 grammes de véhicule, et potion amère avec 4 à 6 grammes de chlorate de potasse sur 120 grammes de véhicule.

Ce traitement réussit neuf fois sur dix, en quelques jours, chez les sujets jeunes et bien portants. Il est un peu plus long chez les militaires, chez les soldats en campagne ; dans les cas où les ulcérations restent avec un aspect blafard de mauvaise nature, on les fait repasser à l'état aigu, par les douches d'acide chlorhydrique, par les attouchements avec le perchlorure de fer; puis, lorsqu'elles sont bien détergées, on emploie le chlorate de potasse qui réussit certainement.

---

## THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE.

### De l'emploi de la lumière bleue conjuguée avec la lumière blanche, dans le traitement des maladies chroniques de la rétine et du nerf optique. — Des bains de lumière et des verres bichromiques.

Par le docteur Émile MARTIN,
médecin-oculiste du bureau de bienfaisance de Marseille.

Depuis la découverte de l'ophthalmoscope, la thérapeutique des maladies oculaires s'est enrichie de brillantes et importantes conquêtes. Le traitement de la plupart des affections de l'œil a acquis un degré de précision et de sûreté en rapport avec le perfectionnement des moyens d'exploration, et, peu à peu, des médications rationnelles ont pris la place des pratiques empiriques aussi préjudiciables à la santé générale des malades qu'au rétablissement de l'organe pour lequel ils réclamaient les conseils du médecin.

Malgré ces progrès immenses, la thérapeutique des maladies profondes de la rétine et du nerf optique en particulier nous offre encore peu de ressources ; et, lorsque les lésions que nous révèlent nos merveilleux instruments ne sont pas sous la dépendance d'un état diathésique ou constitutionnel, ou d'une maladie du système nerveux central que nos modes ordinaires de traitement sont aptes à combattre, nos soins restent bien souvent sans résultat, et nous assistons, presque désarmés, à l'évolution plus ou moins rapide, mais fatale, de la cécité.

J'en appelle à tous mes confrères, à tous ceux qui poursuivent ce but final de toute science médicale, celui de guérir : quel est celui qui, après avoir usé et abusé même de toutes les méthodes préconisées dans le traitement des maladies de la rétine et du nerf optique, des toniques et des reconstituants, des frictions et des injections strychninées, des courants électriques variés; quel est celui qui n'a regretté bien des fois de ne point avoir à son service un moyen thérapeutique agissant directement sur les parties

malades de l'organe visuel, en les stimulant et en augmentant leur mouvement nutritif?

Un agent thérapeutique semblable n'augmenterait-il pas les chances de guérison?

Ce moyen puissant existe cependant, et il est surprenant qu'on n'ait pas cherché à l'utiliser encore. Je veux parler de la lumière, cet excitant naturel de l'organe visuel, ce stimulant par excellence de la rétine. Et non-seulement de la lumière blanche, mais surtout des éléments divers dont elle se compose, dont les propriétés chimiques et calorifiques variées sont démontrées et attestées à chaque pas par tous les phénomènes que nous pouvons admirer, soit dans le règne végétal, soit dans la série animale.

Si l'on consulte les traités les plus récents d'ophthalmologie, on est réellement frappé de voir qu'on ne s'est guère préoccupé de l'influence de la lumière sur l'œil que pour en régler l'accès et pour en tempérer l'action!

On y trouve des prescriptions relatives à l'emploi de l'obscurité comme mode de traitement de certaines affections : on y invite les médecins à soumettre leurs malades à l'usage des verres neutres ou gris de fumée, dans le but d'éteindre en masse tous les rayons de la lumière blanche; mais on ne cherche pas à utiliser sur l'œil l'action de ses divers éléments, soit isolés, soit combinés.

Il est certain cependant que bien des malades atteints d'affections profondes de l'œil manifestent pour des verres de teintes et nuances différentes une préférence bien accusée. Les uns, auxquels on prescrit la teinte bleue, teinte riche en rayons chimiques et qui élimine également les rayons calorifiques, prétendent, contre l'attente du médecin, se mieux trouver de la teinte verte qui appartient cependant à la couleur moyenne du spectre, qui abonde en rayons jaunes et qui semble devoir exercer sur la rétine une action trop irritante. D'autres, au contraire, se louent de la teinte bleue ; ceux-ci affirment leur préférence pour de simples verres blancs, enfin ceux-là trouvent avantage à alterner l'emploi des verres blancs avec l'emploi des verres bleus. Ces sensations accusées par les malades, sensations auxquelles nous avons jusqu'à présent prêté trop peu d'attention, existent réellement et n'ont pas évidemment d'autre cause que l'action directe et variée des différents rayons qui, à travers les verres de lunette, impressionnent la rétine. Quelle est donc cette action? Voilà le problème que les travaux de l'avenir auront à résoudre; mais, en attendant, il est positif que cette action est considérable et qu'elle doit varier selon que la lumière blanche agit seule, ou combinée avec un ou plusieurs autres de ses éléments.

Ces considérations acquièrent aujourd'hui une importance d'autant plus grande que nous savons qu'il existe, dans l'organisation anatomique de la membrane sensible de l'œil, des éléments nerveux séparément impressionnables aux trois couleurs fondamentales et que des recherches récentes viennent encore d'y révéler la présence d'une substance *photo-chimique* appelée *pourpre visuel*, substance décomposable à des degrés divers par les différents rayons du spectre.

J'étais pénétré de ces idées, et je recherchais les moyens de me rendre compte du mode d'action de certaines combinaisons des éléments de la lumière, lorsque j'ai eu connaissance des remarquables expériences faites en Amérique par le général Pleasanton, de Philadelphie, expériences qui démontrent d'une façon incontestable que la lumière bleue, conjuguée avec la lumière blanche, exerce sur la croissance des plantes et sur le développement des animaux une action considérable. Ces effets favorables sont attribués à des courants électriques directs ou d'induction engendrés au contact des rayons bleus et blancs, sans que cependant aucune démonstration scientifique autorise cette assertion. Dans tous les cas, que cette influence vivifiante soit due à une action électrique ou bien à une série d'actions chimiques, soit décompositions, soit combinaisons, j'ai pensé que les faits parlaient assez haut par eux-mêmes pour entrer franchement dans la voie de l'expérimentation; et l'organe de la vue m'a semblé devoir être le premier à bénéficier des bienfaits de cette découverte.

Dans ce but, j'ai fait préparer des lunettes à verres plans, blancs, sur lesquels on a fixé quatre bandes étroites de verre bleui par l'oxyde de cobalt. La monture est elle-même entourée d'une enveloppe de taffetas noir, de façon à laisser, pendant toute la durée de l'application, l'œil complètement soumis à l'action directe de la lumière bleue et de la lumière blanche. Ces *verres bichromiques* (que je fais d'ailleurs perfectionner en ce moment) sont portés par les malades une ou deux heures par jour, surtout pendant la promenade.

En outre, j'ai installé dans ma clinique ophthalmologique un appartement exposé au midi, dans lequel je ne laisse entrer la lumière solaire que par un châssis garni de vitres blanches et bleues alternées, et j'y soumets les malades à un véritable *bain de lumière* combinée pendant une durée variable (une demi-heure environ). Le châssis est mobile et peut recevoir des inclinaisons variables, de façon à donner diverses directions à la lumière.

Je dois dire que le seul malade auquel je viens d'appliquer ce mode de traitement depuis quinze jours environ est en voie d'amélioration considérable. Il est atteint d'un commencement d'atrophie progressive des nerfs optiques sans cause appréciable.

Je me propose, maintenant que mon installation est complète, d'expérimenter de concert avec les moyens thérapeutiques ordinaires dans tous les cas où l'ophthalmoscope me fera découvrir un commencement d'atrophie de la rétine et du nerf optique, quelle qu'en soit la cause pourvu que les symptômes congestifs fassent complètement défaut, alors que l'indication essentielle sera de stimuler l'organe visuel et d'augmenter le mouvement nutritif dans tout l'organisme.

Le traitement par les *verres bichromiques* et par les *bains de lumière* me semble logique et rationnel; j'espère qu'il sera un auxiliaire précieux dans tous les cas où nous aurons à traiter des maladies chroniques de la rétine et du nerf optique, et qu'après avoir été entre les mains de mes confrères le point de départ d'expériences pleines d'intérêt, il sera peut-être aussi pour la science ophthalmologique le signal d'un progrès thérapeutique considérable.

---

## TUMEUR SALIVAIRE

CONSÉCUTIVE A UNE TUMEUR PAROTIDIENNE (1)

Par M. le docteur MARTINET.

(Rapport par M. le professeur VERNEUIL.)

Il s'agissait d'une jeune femme chez laquelle notre confrère avait énucléé un adénome de la parotide; la cavité nettoyée, quatre points de suture furent appliqués et la réunion était complète le quatrième jour. Au dixième jour, la malade, se croyant guérie complètement, croqua une croûte de pain, malgré la recommandation qui lui avait été faite de ne pas faire de mouvements des mâchoires, de ne prendre que des aliments liquides, de ne pas parler, etc. La joue se gonfla aussitôt après et la tumeur se reproduisit exactement semblable à la tumeur enlevée précédemment. Cette tumeur était fluctuante, irréductible, l'incision fut pratiquée et il en sortit quelques gouttes de pus avec de la salive en très-grande quantité. Le médecin fit de nouveau faire des mouvements de mastication et la tumeur se remplit immédiatement de salive. La malade fut remise à son ancien régime; on fit des injections phéniquées dans la cavité. Le lendemain, après une première injection, le liquide de la deuxième passa dans la bouche, et l'on vit que du vin injecté arrivait dans la cavité buccale par l'orifice du canal de Sténon; c'était donc par ce canal que la cavité de la tumeur énucléée communiquait avec la bouche. Quelques jours après, la communication n'existait plus, et la poche s'affaissa ; la cavité disparut, et, le vingtième jour après l'opération, la guérison était complète.

Cette observation, très-intéressante, est encore unique dans la science. Il faut y remarquer d'abord la formation subite d'une collection salivaire dans la coque d'une tumeur glandulaire, la communication de cette cavité avec le canal de Sténon et enfin la subite disparition de la salive dans cette tumeur. Le premier phénomène, collection salivaire, se manifeste au dixième jour après l'énucléation. Il est probable qu'il restait une coque fibreuse, cons-

(1) Voir le numéro du 4 février.

tituant une cavité virtuelle ou même une cavité contenant une petite quantité de liquide après l'opération. D'un autre côté, la sécrétion parotidienne, arrêtée par le repos, s'est exagérée soudain par les mouvements de mastication, et la salive fut sécrétée. Si la plaie était restée béante, on aurait vu sans doute la salive suinter sur la joue de la malade; mais, la salive ne pouvant s'écouler, la tumeur salivaire s'est constituée dans la coque de la première tumeur adénomateuse.

Le deuxième phénomène intéressant est le passage de ce liquide salivaire dans le canal de Sténon. La tumeur répondait à une portion de la glande qui était en communication avec le canal de Sténon; le tronçon ayant été sectionné en un point, le canal restait béant en ce point et pouvait par conséquent recevoir le liquide épanché dans la coque. La cicatrisation avait bien obturé ce canal, puisque la première injection n'a pas passé dans la bouche, mais la seconde a rompu cette petite barrière. La cavité traumatique restait en communication avec le réseau des canaux du reste de la parotide respecté par l'opération. La salive sécrétée par ces acini pouvait venir dans cette cavité; mais cette quantité de salive serait insignifiante. Il faut admettre que la salive sécrétée par les divers lobes glandulaires a pu affluer aussi dans la cavité, c'est-à-dire que la salive sécrétée, au lieu de suivre une direction centripète vers le conduit principal, a pu suivre une direction centrifuge et refluer vers la glande par les petits canaux secondaires jusque dans le canal qui avait été sectionné, et, par cette voie, affluer dans la cavité. Cette marche rétrograde est possible, puisque ces canaux n'ont pas de valvules. Ce fait est unique, mais il serait très-concluant pour expliquer cette hypothèse. Cette interprétation montrerait aussi pourquoi certaines fistules salivaires sont si persistantes, tandis que d'autres se ferment si facilement; il faudrait voir si les fistules tenaces ne sont pas celles dans lesquelles le canal de Sténon serait oblitéré, ce qui, par conséquent, forcerait la salive à s'écouler toujours par la cavité de la tumeur, par un reflux centrifuge en raison de l'obstacle existant dans le conduit principal. Il est évident que, le canal de Sténon devenant libre, la salive reprend sa marche vers la cavité buccale et cesse progressivement de remplir la cavité pathologique. C'est ce qui a dû exister dans l'observation précédente. Pour qu'il y ait reflux, il est probable qu'il doit exister un obstacle, mais ce n'est là qu'une hypothèse, et, avant de l'affirmer, il faut nécessairement le constater; il sera ultérieurement, dans des cas analogues, très-important de vérifier l'état du canal de Sténon.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 février 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet: 1° un rapport sur une épidémie de rougeole observée à Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur Massina (commission des épidémies); 2° les rapports de MM. les médecins-inspecteurs de Forges et de Cusset pour les années 1876, 1877 et 1878.

La correspondance non officielle comprend: 1° une lettre accompagnant l'envoi d'un pli cacheté, par M. le docteur Rambault; 2° une lettre de M. Regnier accompagnant l'envoi d'un pli cacheté relatif à un procédé pour modifier le timbre du violon et en rendre les sons plus beaux (accepté); 3° une lettre de remercîments de M. le docteur Levieux, nommé correspondant national.

### ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de *pathologie médicale*.

La commission, par l'organe de M. Peter, classe les candidats dans l'ordre suivant :

En 1re ligne, M. Maurice Raynaud; en 2e ligne *ex æquo*, MM. Bucquoy et Fournier; en 3e, M. Lecorché; en 4e, M. Olivier.

Le nombre des votants étant de 78 suffrages, majorité 40, M. Maurice Raynaud obtient 50 suffrages, M. Fournier, 20, M. Bucquoy, 7, M. Olivier, 1.

En conséquence, M. Maurice Raynaud, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

### LECTURE

**M. DURAND-FARDEL** fait une lecture sur les *Climats des côtes de la Chine*.

### COMMUNICATION

**M. PROMPT** fait passer sous les yeux de l'Académie des planches et dessins ayant pour effet de produire une illusion d'optique *irréductible*, c'est-à-dire qui reste la même, quelle que soit l'échelle de la figure, la distance à laquelle on la regarde, etc. Voici le procédé :

« Qu'on dessine un losange dont la grande diagonale soit dix fois plus grande que la petite et neuf autres losanges pareils au-dessous. On pourra ensuite ombrer ces losanges pour rendre l'effet plus apparent. On aura une figure carrée qui cependant paraîtra beaucoup plus longue que large. »

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 janvier 1879. — Présidence de M. Hervieux.

### COMMUNICATION

**M. LE PRÉSIDENT** annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Tardieu et invite M. le secrétaire général à donner lecture du discours qu'a prononcé M. Rigal sur sa tombe, au nom de la Société.

**Maladies régnantes. — M. BESNIER** donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes.

Pendant les trois derniers mois de l'année 1878, les conditions de l'atmosphère ont présenté des particularités remarquables. La température moyenne n'a été que de 5°,9; le degré hygrométrique a été élevé, la hauteur de pluie considérable; il est tombé et tombe encore une grande quantité de neige; enfin les vents ont été souvent violents et d'une grande variabilité.

La mortalité générale dans les hôpitaux et hospices est supérieure à celle de la période correspondante des six années précédentes. Quant à la mortalité générale de l'année, elle est sensiblement égale à celle des deux années précédentes. Le mouvement énorme de population qui s'est produit pendant l'exposition a donc été sans influence sur la mortalité.

Les *affections des voies respiratoires*, primitives ou secondaires, ont été prédominantes et ont acquis une intensité plus grande et une gravité plus accentuée; mais les inflammations restent simples, catarrhales au sens anatomique du mot.

Les *affections rhumatismales* sont un sujet inépuisable de recherches thérapeutiques. M. Bucquoy a traité tous ses rhumatisants par le salycilate de soude, à des doses variables, de 6 à 8 grammes par jour; en général il a obtenu une sédation complète en moins de quarante-huit heures. Dans un cas seulement, pour la première fois depuis deux ans, il a perdu subitement un malade atteint de rhumatisme aigu traité par le salycilate. Ce malade a succombé à des accidents urémiques. Quel rôle a joué le salycilate dans cette complication? M. Bucquoy l'ignore, mais il a soin maintenant d'examiner l'urine de tous les malades traités par ce médicament.

M. Fernet, à l'hôpital Saint-Antoine, dit avoir obtenu de bons effets du salycilate de soude à doses modérées (4 grammes par jour); mais il fallait, dit-il, en prolonger l'usage pendant un certain temps, sous peine de voir se produire des rechutes.

M. Rigal, à l'hôpital Ménilmontant, signale également les bons effets du salycilate de soude à la dose de 8 à 10 grammes par jour.

En rapport avec les conditions atmosphériques, plusieurs médecins des hôpitaux ont signalé la présence insolite des *albuminuries* dans leurs formes diverses.

L'épidémie permanente de *diphthérie*, qui a atteint, en 1877, le

point le plus élevé auquel elle ait jamais été observée à Paris, a subi depuis le commencement de 1878 un mouvement de déclinaison lent, mais continu. Le nombre de décès par diphthérie a été encore de 1,995; il avait été, en 1877, de 2393. M. Besnier ne pense pas que ce ne soit là qu'une diminution momentanée, parce que la recrudescence saisonnière habituelle au commencement de l'hiver est restée relativement latente.

La diphthérie dans les hôpitaux de l'enfance a subi le même mouvement de déclinaison. M. Besnier rappelle, à ce sujet, combien la Société des hôpitaux a mis de ténacité à réclamer le bénéfice de l'isolement pour tous les malades atteints d'affections contagieuses, notamment pour les enfants affectés du croup. Après de trop longues années de lutte, nous avons, dit-il, enfin obtenu gain de cause sur le principe. L'administration actuelle, tenant à honneur de réparer les longues fautes des administrations d'une époque antérieure, est enfin entrée dans la voie de l'exécution, et il ne s'agit plus de créer en entier, mais bien de développer, d'étendre, de perfectionner. Toutefois nous sommes à peine aux premiers éléments de l'exécution et les choses sont encore loin de marcher au gré de nos désirs. On n'a pas encore compris dans notre pays, ajoute M. Besnier, que la santé publique réclame, au même titre que l'instruction ou l'armement des citoyens, des sacrifices proportionnés aux besoins réels, et il reste beaucoup à faire dans cette voie.

M. Bergeron se réjouit d'avoir enfin atteint, à Sainte-Eugénie, le but qu'il poursuivait depuis si longtemps, c'est-à-dire l'isolement des enfants affectés de diphthérie. Mais déjà de nouvelles difficultés se présentent et montrent tout ce qui reste à faire encore pour arriver à une prophylaxie sérieuse. Il cite ces deux faits: Un enfant, pendant la convalescence d'une rougeole, est pris de diphthérie; le laisser dans la salle était impossible; mais, en le transportant dans le pavillon d'isolement, ne risquait-on pas d'exposer à la rougeole les enfants qui s'y trouvaient? Autre fait: un enfant est amené mourant d'une scarlatine et d'une angine diphthéritique; que faire? fallait-il le mettre aux scarlatineux ou au pavillon de la diphthérie?

De pareils faits, ajoute M. Bergeron, ne vous rappellent-ils pas, comme à moi, avec un même sentiment d'admiration, ce magnifique hôpital d'enfants que la munificence d'un prince d'Oldenbourg a permis de construire à Saint-Pétersbourg, d'après les plans du docteur Ranchfuss, et dont cet honorable confrère a exposé, au congrès international d'hygiène, les dispositions ingénieuses et dans lequel se trouvent réunies toutes les conditions désirables d'une prophylaxie complète des maladies contagieuses de l'enfance? Ne pensez-vous pas, ajoute M. Bergeron, que c'eût été faire une dépense utile que de reproduire le plan en relief de l'hôpital de Saint-Pétersbourg en trois exemplaires, dont un destiné au cabinet du ministre de l'intérieur, un autre au cabinet du directeur de l'Assistance, et le troisième pour la salle des séances du conseil municipal? Quel plaidoyer éloquent, M. Bergeron ne dit pas pour convaincre ministre, directeur ou conseil qui reconnaissent aussi bien que le corps médical la nécessité de l'isolement, mais pour leur inspirer la volonté et leur faire trouver les ressources nécessaires pour l'exécution de cette grande mesure d'hygiène publique!

La *variole*, dans les hôpitaux comme dans la ville, a reparu et constitué des foyers qui ne se sont éteints que sous l'action des mesures actives d'isolement. Ces menaces nouvelles d'exacerbation doivent être signalées avec soin, parce qu'il y a eu depuis quelque temps un grand relâchement dans la pratique des vaccinations et surtout des revaccinations.

M. Besnier fait observer que, depuis plusieurs années, la variole est stérile sur le territoire parisien, dans des proportions dont il n'a trouvé aucun exemple dans les périodes historiques de l'épidémiologie parisienne. Quoi qu'il en soit, la menace d'exacerbation variolique est sans cesse imminente, et les années stériles ne doivent pas nous faire oublier le retour probablement inévitable des années fécondes, et les moyens ordinaires et extraordinaires d'isolement des malades atteints d'affections contagieuses doivent être organisés et réalisés. Au premier rang de ces moyens, au nombre de ceux dont il faut réclamer avec instance l'institution immédiate, se place la création, dans tous les hôpitaux, d'un pavillon d'isolement temporaire, destiné à donner asile immédiat et d'urgence, soit aux sujets atteints d'affections contagieuses, apportés à l'hôpital dans une situation trop grave pour être transportés ailleurs, soit aux malades du dehors ou du dedans dont l'affection reste momentanément douteuse.

M. Dujardin-Beaumetz signale dans le service de la crèche, à l'hôpital Saint-Antoine, une petite épidémie de varicelle. Tous les enfants qui en ont été atteints avaient été vaccinés.

La *fièvre typhoïde* n'a fourni en 1876 que 1447 décès. Comme fréquence et comme gravité, elle est restée au-dessous de la moyenne des dix années précédentes, selon les prévisions formulées par avance par M. Besnier, et malgré la réunion de toutes les conditions classiques du développement de la fièvre typhoïde: encombrement, acclimatement, etc., réalisées à Paris dans le cours de cette année, la marche de la maladie a été exclusivement réglée par les lois précises que lui imposent les conditions constantes de la saison et les conditions variables de l'état du sol.

**Hémiplégie saturnine guérie par l'application des aimants.** — M. DEBOVE, remplaçant à l'Hôtel-Dieu M. Oulmont, a eu l'occasion d'y observer un cas d'hémiplégie saturnine. Cette variété est très-rare; MM. Vulpian et Raymond, dans la *Clinique de la Charité*, n'en rapportent que cinq ou six observations authentiques.

Le malade dont M. Debove rapporte l'observation est entré, au mois d'août, à l'Hôtel-Dieu, avec des accidents graves d'encéphalopathie saturnine. Ces accidents ont disparu, mais il est resté une hémiplégie du côté gauche, qui, depuis trois mois, était demeurée stationnaire. Les sens spéciaux, le goût, l'ouïe, l'odorat et la vue, du même côté, étaient altérés, altérations qui ont été d'ailleurs constatées par MM. Gellé pour l'ouïe, et par M. Landolt pour la vue.

Cette hémianesthésie présentant de grandes ressemblances avec celle des hystériques et avec l'hémianesthésie d'origine cérébrale, dans lesquelles M. Charcot a fait connaître les bons effets de l'application des aimants, M. Debove a eu l'idée de recourir à cette application chez son malade. Peu de temps après, l'hémianesthésie avait presque complètement disparu, et il n'y avait plus qu'une partie très-limitée de la face qui fût restée insensible. M. Debove fait observer qu'il n'est pas possible d'admettre que, dans ce cas, il y ait eu simulation de la maladie, attendu que le malade se laissait chatouiller l'arrière-gorge, passer des plumes sur la cornée, sans donner le moindre signe de douleur, ni même de gêne. En outre, le malade ignorait complètement ce qu'on voulait lui faire.

M. Proust a, dans son service, un malade également atteint d'hémiplégie saturnine, chez lequel il arrive à faire disparaître aussi l'hémianesthésie par l'application des aimants, mais seulement pour vingt-quatre heures; après ce temps, elle apparaît de nouveau.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ demande à M. Debove s'il s'agissait, dans ce cas, bien réellement d'une paralysie saturnine, et non d'une névropathie, se rapprochant plus ou moins de l'hystérie, chez un homme travaillant dans le plomb. On sait, en effet, que les paralysies saturnines sont généralement très-rebelles. M. Dujardin-Beaumetz rappelle en outre que M. Carpenter (de Londres) a fait de nombreuses expériences relatives à la simulation, par les hystériques, non pas de la maladie, mais du traitement. Or le malade de M. Debove semble se rapprocher des hystériques par plusieurs côtés.

M. DEBOVE donne quelques détails sur les caractères que présentait cette hémiplégie, et sur les antécédents qui ne permettent pas de douter qu'elle fût d'origine saturnine. Il ajoute, relativement à la simulation, certains faits qui la rendent absolument inadmissible.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ rapproche de ce fait celui d'une jeune fille, sans antécédents hystériques, et qui est devenue subitement aveugle. Il la conduisit chez M. Abadie qui, par l'application de plaques d'or, lui rendit la vue. Cette jeune fille avait aussi de l'insensibilité de la face qui disparut également sous l'influence de cette application.

Quoi qu'il en soit, M. Beaumetz soutient que, d'une façon générale, l'hystérie est un terrain déplorable, au point de vue de l'expérimentation thérapeutique.

**M. DUMONT-PALLIER** demande à M. Dujardin-Beaumetz si M. Abadie a examiné, chez cette jeune fille, la perception des couleurs, et s'est assuré de l'ordre dans lequel elle a successivement recouvré cette perception. Ce fait seul lui aurait permis d'affirmer s'il y avait ou non simulation de la part de cette jeune fille. Relativement à l'application des aimants, des plaques métalliques, des courants électriques, il fait observer qu'on oublie peut-être un peu trop M. Burq, dans l'étude de cette importante question de la métallothérapie. Il rappelle, à ce sujet, la discussion qui a eu lieu à la Société de biologie, et revient sur plusieurs des points de cette discussion dont nous avons donné les comptes-rendus dans la *Gazette*.

**M. LABOULBÈNE** demande à M. Dumont-Pallier ce qu'il pense de l'administration des métaux à l'intérieur, chez les hystériques.

**M. DUMONT-PALLIER** rappelle que M. Burq avait tout d'abord formulé cette loi, que toute hystérique sensible à l'application locale de tel ou tel métal pouvait être guérie par l'administration de ce même métal à l'intérieur. La commission chargée par la Société de biologie d'étudier la question de la métallothérapie a à peu près confirmé cette affirmation de M. Burq, en disant, après s'être appuyée sur de nombreuses expériences, que l'administration aux hystériques des métaux auxquels elles sont sensibles localement, *modifie* les manifestations qu'elles présentaient, et les met souvent en état de guérison apparente.

**M. DEBOVE** cite l'exemple d'une jeune fille hystérique à laquelle, sur le conseil de M. Charcot, il a fait prendre de l'or à l'intérieur, et qui n'a éprouvé aucune espèce de modifications.

La séance est levée à cinq heures.

---

Par décret en date du 4 février 1879, M. Jules Ferry, député, est nommé ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en remplacement de M. Bardoux, dont la démission est acceptée.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7787.

N° 16. — SAMEDI 8 FÉVRIER 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 8 FÉVRIER 1879. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



Paris, le 7 février 1879.

Ce n'est pas sans un sentiment de profonde tristesse que nous lisons dans le *Journal officiel* du 6 février le décret suivant :

Par décret en date du 20 janvier 1879, M. Parrot, professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de médecine de Paris, a été transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique des maladies des enfants créée à ladite Faculté.

Monté sans aucun titre spécial dans la chaire de l'histoire de la médecine (1), M. Parrot en descend aujourd'hui après trois années d'essai et demande à tenter à nouveau la fortune dans la chaire de clinique des maladies des enfants.

Cette chaire, nouvellement créée, semblait appeler à elle les médecins qui se sont, toute leur vie, consacrés aux études de la clinique infantile. Parmi les concurrents, nul n'était plus directement désigné que notre savant collaborateur, le docteur Bouchut; nul n'avait à son actif une expérience plus consommée; nul, une réputation mieux établie sur titres. Depuis plus de vingt ans, la *Gazette des hôpitaux* porte jusqu'aux extrémités du monde les travaux si remarquables de l'éminent clinicien de l'hôpital des Enfants-Malades.

Sacrifiant aux plus mesquines considérations les intérêts sacrés de l'Instruction publique, la Faculté a écarté de la nouvelle chaire ses anciens agrégés, médecins des hôpitaux spéciaux ou chargé de cours. De ces travailleurs du plus grand mérite aucun n'a trouvé appui chez elle. Une fois de plus la Faculté a préféré prêter la main au détestable système des permutations.

Devant de telles aventures, le respect pour les maîtres s'en va, et la jeunesse finit par comprendre que le travail ne mène plus seul aux honneurs du professorat.

Dr E. Le Sourd.

(1) Le 2 mars 1876, nous écrivions : « De deux candidats, l'un, rompu aux recherches historiques, est le littérateur distingué auquel nous devons « les Médecins au temps de Molière »; l'autre est un de nos pathologistes qui n'a jamais encore touché aux questions d'histoire.

La Faculté a placé en premier rang ce pathologiste (M. Parrot) et en deuxième rang l'historien (M. Maurice Raynaud). »

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 janvier 1879. — Présidence de M. F. Guyon.

### RAPPORT

**Blessure du nerf médian.** — M. Farabeuf lit un rapport sur une observation de *blessure incomplète du nerf médian*, par M. Richelot.

Nous analyserons, dans la *Revue de la presse*, les considérations anatomiques de l'auteur sur la distribution des nerfs de la main, et sur la suppléance des nerfs.

### COMMUNICATION

**Arthrite blennorrhagique coxo-fémorale.** — M. M. Sée a observé cette arthrite, développée chez un employé âgé de vingt-deux ans, ne présentant aucun antécédent rhumatismal. Un mois après l'apparition de la blennorrhagie, des douleurs à la hanche et au genou se manifestèrent. Outre le fait de la rareté relative de l'arthrite blennorrhagique coxo-fémorale, dont on a observé un exemple sur 39 cas, 5 sur 10 et 10 sur 34, cette observation a présenté une autre particularité. L'ankylose était complète; le chirurgien fut obligé de rompre les adhérences. Le malade fut anesthésié, et des mouvements furent imprimés à l'articulation coxo-fémorale : soudain, pendant un mouvement de flexion, on entendit un bruit sec, éclatant; personne ne mit en doute que le col du fémur ne fût fracturé. Cependant, ayant fait imprimer immédiatement des mouvements en divers sens, M. Sée ne perçut aucune crépitation, mais un simple frottement qui n'était pas trop douloureux. Le malade garda le repos, sans application d'appareil; l'inflammation fut peu vive, et, après le deuxième septénaire, il pouvait marcher. Moins d'un mois après, il se promenait facilement. Cette crainte de fracture du col du fémur rappelle une observation de M. Tillaux qui, il y a deux ans environ, a cru aussi avoir fracturé le col du fémur, en voulant rompre les adhérences articulaires.

M. Desprès a essayé de produire cette fracture, non du col du fémur, mais du col de l'humérus. Il s'agissait d'une femme à laquelle il avait déjà réduit une luxation de l'épaule, et qui, trois ans après, avait eu une nouvelle luxation et la traitait, comme la première, par le mépris. Au bout de trois mois et demi, la luxation intra-coracoïdienne existait toujours. M. Desprès voulut faire une fracture du col de l'humérus, près du col anatomique, afin d'obtenir que la malade pût rapprocher le bras du tronc. fit des tractions dans tous les sens, l'élévation forcée du bras, en le faisant basculer sur la voûte acromio-coracoïdienne. Un craquement se fit entendre : on constata un épanchement de sang dans l'articulation, et de la crépitation. Le coude fut rapproché du tronc, et le bras maintenu dans une écharpe. Tous les jours, on imprima des mouvements à ce bras, pour obtenir une fausse articulation, et empêcher la formation d'un cal. Mais, malgré tous les

efforts, il se forma un cal, et les mouvements furent perdus. On avait seulement gagné le rapprochement du membre du tronc.

Dans les fractures intra-capsulaires du col du fémur, au contraire, le cal s'organise beaucoup plus difficilement. La première observation analogue à celle de M. Tillaux est due à M. Desprès père et à Nélaton, la deuxième à Nélaton, aussi dans le service de Duval; la troisième est celle de M. Tillaux.

M. VERNEUIL a cassé trois fois le col du fémur : il ne faut donc pas douter de la possibilité de cette éventualité. La première fois, il s'agissait d'une coxalgie strumeuse, avec une attitude très-vicieuse. La dernière fois, il a eu un excellent résultat; après la consolidation, le raccourcissement n'est que de 2 centimètres et demi. La simple force de l'épaule a suffi pour produire la fracture, pendant la flexion plutôt que par la traction. Le craquement causé par la rupture des adhérences fait autant de bruit que la véritable fracture. On peut voir actuellement dans le service de M. Verneuil un malade atteint de coxalgie blennorrhagique du genou et de la hanche du même côté. Il y a de la raideur de ces articulations. Mais, dans ces cas, les adhérences ne sont pas très-fortes; elles guérissent sans tentatives chirurgicales. A ce propos, M. Verneuil s'élève contre la pratique des nombreux chirurgiens qui recommandent d'imprimer de petits mouvements aux articulations, pendant la cure des affections articulaires où l'on immobilise les membres. Ces manœuvres quotidiennes, au lieu d'empêcher l'ankylose, ne font qu'augmenter l'inflammation et la production des adhérences. Afin de soulever la discussion de cette proposition, et de faire juger sérieusement cette importante question de chirurgie articulaire, M. Verneuil promet à ses collègues qui ne partagent pas du tout cette opinion, d'apporter prochainement un mémoire dans lequel il précisera la conduite à tenir et formulera la réfutation de ce qu'il appelle l'ankylophobie.

M. LE DENTU signale aussi l'analogie des bruits causés par la simple rupture d'adhérences ou par la fracture osseuse. Dans un cas, chez un enfant atteint de coxalgie avec une flexion de la cuisse assez prononcée, il tenta la rupture des adhérences : on entendit un bruit sec tel que toute l'assistance crut à la rupture du col du fémur. Cependant il devint aussitôt évident qu'il n'en était rien, puisque des mouvements en arc de cercle pouvaient être imprimés à l'articulation dans tous les sens. Il faut pourtant admettre qu'en certains cas on peut faire une fracture du col du fémur; il ne faut pas oublier que le tissu est souvent raréfié, graisseux, et déjà préparé par la maladie à une plus ou moins grande friabilité. Ainsi, dans un autre cas, M. Le Dentu a fracturé le col de l'humérus chez un sujet dont le bras était très-rapproché de la paroi thoracique : pendant un effort, assez violent d'ailleurs, pour rompre les adhérences, on entendit un bruit caractéristique, le col de l'humérus était rompu; la crépitation en était la preuve. Les suites furent d'ailleurs des plus bénignes : au point que M. Le Dentu serait presque tenté de recommander de rechercher cette fracture dans des cas analogues, et en prenant toutefois la précaution de prévenir le malade de cette éventualité chirurgicale.

M. TILLAUX est bien sûr d'avoir fracturé le col du fémur à sa malade : tous ceux qui l'ont vue l'ont pensé également. Il s'agissait d'une jeune femme atteinte d'arthrite coxo-fémorale, et dont le membre était dans une adduction telle qu'il était impossible de passer la main entre les deux cuisses. Elle a même présenté cette particularité que, malgré cette difformité, elle a pu devenir enceinte et accoucher facilement (à l'anglaise). C'est en voulant faire l'abduction brusque, sans pourtant développer beaucoup de force, que la fracture a été produite. M. Tillaux a fait souvent des ruptures d'ankyloses, mais il n'a jamais entendu un bruit pareil à celui de cette fracture.

M. SÉE maintient son opinion que, tant que le col du fémur n'est pas altéré dans sa composition, il sera impossible de le rompre. Il a tenté, maintes fois, et en vain, de faire cette fracture sur des cadavres à Clamart.

M. TILLAUX fait observer que, sur le cadavre, la difficulté de produire une fracture vient de ce que la tête du fémur n'est pas fixée par des adhérences comme dans les cas où l'on agit chez les malades.

### LECTURES

**Ulcères des téguments dans certaines paralysies de l'enfance.** — M. NEPVEU rapporte plusieurs observations et conclut que, dans les paralysies spinales infantiles, il peut survenir des altérations trophiques caractérisées par des vésicules, des bulles, suivies d'ulcères; elles apparaissent sur les extrémités des membres, sont superficielles et indolentes, et cependant la guérison est lente. Ces ulcères, siégeant sur les membres paralysés, peuvent durer quatre, sept, huit mois; l'électricité favorise leur guérison. Ils auraient pour cause la même altération que celle qui produit la maladie principale, mais l'influence du froid devrait aussi être regardée comme une cause essentielle de ces exulcérations. Ces ulcères ne seraient, d'après M. le professeur Verneuil, que des altérations *à frigore* survenues sur des tissus de moindre résistance que le reste de l'organisme.

**Traitement des corps étrangers du rectum.** — M. POULET a réuni tous les faits déjà connus dans la science et a ajouté à cette nomenclature dix-sept nouvelles observations; il a groupé tous ces faits dans un tableau synoptique. Signalons, parmi ces observations, la nature de différents corps étrangers: dans ces divers cas, il s'agit de soixante-dix escargots qui avaient séjourné dans le rectum pendant dix jours (J. Boeckel), d'une boîte d'allumettes de six pouces de circonférence, d'une tasse à café, d'une chope dont l'extraction ne put être faite qu'après que l'on eut coulé du plâtre dans sa cavité, d'une bouteille à champagne, d'une poivrière (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1878, nº 148, p. 1182), de deux gros clous, d'une fourchette, d'un verre, et, à une deuxième récidive, d'une carafe, etc.

### PRÉSENTATION DE PIÈCES

**Calcul vésical.** — M. TILLAUX présente une vessie dont la disposition anatomique paraît expliquer clairement ce fait que nous observons souvent; chez un individu soupçonné d'avoir la pierre, un chirurgien fait le cathétérisme et perçoit la présence du calcul; un deuxième chirurgien procède à un nouvel examen et ne sent plus rien. Or le hasard vient de faire découvrir cette vessie, dans laquelle, à un centimètre en arrière du trigone, on voit un orifice dans lequel on peut passer le petit doigt et qui conduit à une poche, à un diverticulum pouvant contenir une châtaigne et situé dans la portion du bas-fond de la vessie qui est dépourvue de péritoine. Cette poche renfermait sept petits calculs. Dans un examen par le cathétérisme, il eût été fort possible que tantôt on sentit les calculs et tantôt que l'on ne sentit rien, suivant que les calculs auraient été sortis de la cavité ou non. En d'autres points de la surface de cette vessie, on voit bien le mode de formation de ce genre de diverticulum; on voit, entre les colonnettes musculaires charnues, des dépressions de la muqueuse qui peuvent évidemment s'agrandir et constituer des cavités analogues.

M. PERRIN pense que, dans ces cas, la muqueuse vésicale n'est pas intacte; chez les vieillards où il a rencontré des vessies analogues (sans calculs, toutefois), il y avait toujours eu des cystites antérieures.

**Kyste de la prostate.** — M. LE DENTU présente un kyste de la prostate, de nature glandulaire et n'ayant les caractères ni d'une poche urineuse, ni d'un abcès, ni d'une caverne de prostate tuberculeuse. C'est le résultat d'une dilatation glandulaire par fusion de glandules dilatés en forme de kystes. Cette poche est située à la partie inférieure du lobe antérieur de la prostate, qui était très-volumineuse. Cette pièce a été recueillie chez un vieillard; mais, sauf de l'hématurie, on n'a guère pu avoir de renseignements sur les symptômes observés pendant la vie. Ce genre de lésion kystique a déjà été décrit par Morgagni (lettre 44ᵉ, tome VII).

La séance est levée à cinq heures et demie.

---

Séance du 29 janvier 1879. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

**Diathèse et traumatisme. — M. Verneuil** présente, de la part de M. Gross (de Nancy), l'observation d'une jeune fille qui avait subi l'amputation de la jambe pour une difformité grave du pied, et chez laquelle éclata, le *troisième* jour après l'opération, une éruption de syphilides papuleuses. On découvrit qu'elle avait eu la syphilis deux ans auparavant. Le dix-neuvième jour, la p ie devint subitement blafarde et prit l'aspect d'un ulcère syphilitique tertiaire, dont on obtint toutefois la guérison par un traitement approprié. C'est là une des plus belles observations prouvant l'influence du traumatisme sur les diathèses.

INSTALLATION DU BUREAU

M. Guyon, président sortant, et M. Tarnier président pour l'année 1879, prononcent tous deux une allocution fort applaudie.

PRÉSENTATION DE MALADE

**Fracture de l'humérus. — M. Desprès**, à propos du procès-verbal, présente la femme dont il a parlé dans la dernière séance, et à laquelle il a fait une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, pour combattre les résultats d'une ancienne luxation intra-coracoïdienne. La malade était dans l'impossibilité de rapprocher le bras du tronc; après la fracture, la pseudarthrose espérée n'a pas été obtenue, le cal s'est formé, et la tête humérale s'est soudée dans une position analogue à celle de la tête du fémur par rapport au grand trochanter. Mais la malade peut rapprocher le coude de la paroi thoracique et du sternum, et même déjà mettre la main sur sa tête : ce dernier mouvement sera, sans doute, encore plus complet après les électrisations répétées du muscle deltoïde. Ce fait vient à l'appui de la théorie de M. Sée ; la fracture n'a pas été suivie de pseudarthrose, malgré les efforts tentés pour l'obtenir. Il faut toutefois reconnaître que les fractures intra-capsulaires du col du fémur ont moins de chance de se consolider que celles de l'humérus.

M. Verneuil. Lorsque, chez un malade atteint de luxation, on a fait sans succès des tentatives raisonnables de réduction, il convient d'abandonner la luxation à elle-même, et, un an ou quinze mois plus tard, on peut être assuré de voir le membre recouvrer une partie de ses mouvemen s et une mobilité égale à celle de la malade de M. Desprès. Sans vouloir bl er la tentative de M. Desprès (justifiée, reconnais sons-le, pa l'obscurité pr ofonde qui règne encore sur l'étiologie des pseudarthroses), il faut rejeter de la pratique l'idée de traiter les luxations irréductibles par une fracture.

M. Sée. Avant l'opération, le col de l'humérus n'était pas mobile; or, aujourd'hui, nous constatons la mobilité de la tête de l'humérus. S'il y a une plus grande mobilité du membre, cela doit tenir à ce que M. Desprès n'a pas fait seulement une fracture de l'os, mais à ce que ses manœuvres ont d'abord provoqué la rupture d'adhérences qui retenaient la tête de l'humérus, avant d'aboutir à la fracture osseuse. Pour le fait observé par M. Tillaux, il a dû se passer le même phénomène; plusieurs chirurgiens, M. Giraldès, M. Perrin, et moi-même, nous avons senti des mouvements se passer dans la cavité articulaire. Il y avait donc eu rupture d'adhérences, mais il n'est pas démontré qu'il y ait eu une véritable fracture.

M. Tillaux. J'ai fait le redressement pour rectifier une attitude très-pénible; la femme ne pouvait marcher et pouvait à peine se tenir debout; mon but était de redresser le membre, même au prix d'une fracture : je me souciais d'ailleurs très-peu de savoir ce que je briserais, col du fémur ou adhérences articulaires. Que j'aie fait une fracture ou seulement une rupture d'ankylose, peu importe; le but a été atteint, et la malade a recouvré l'usage de son membre. Je dois pourtant dire que tout le monde, à cette époque, a cru à une véritable fracture. Quant à admettre qu'en présence d'une luxation irréductible il faut fracturer le col, c'est vraiment irrationnel : les malades, avec le temps, retrouveront une somme de mouvements égale à celle que possède aujourd'hui la femme présentée par M. Desprès.

M. Desprès. Tous mes collègues qui viennent d'examiner cette femme reconnaissent qu'il y a bien eu une fracture ; le col n'est plus à sa place, la tête de l'humérus n'a plus ses rapports normaux avec le trochanter ; un cal volumineux et irrégulier peut très-bien être senti. Je n'admets pas que, sans traitement, une luxation irréductible permette, après un temps plus ou moins long, des mouvements aussi étendus que ceux dont jouit cette malade : elle peut croiser son bras sur sa poitrine et porter sa main sur la tête; or, dans une luxation sous-coracoïdienne, le trochanter, enclavé et maintenu sous l'apophyse coracoïde, s'opposera toujours à l'élévation du bras, et ce mouvement ne pourra être effectué, malgré la rupture ou le relâchement des adhérences. Je ne veux pas dire, d'ailleurs, qu'il faudra toujours casser le col de l'humérus, quand on se trouvera en présence d'une luxation irréductible de l'humérus.

Je me suis ici inspiré des circonstances spéciales dans lesquelles était cette femme; je n'avais pas le loisir d'employer les moufles, et je ne voulais pas mettre en jeu une force de 250 kilogrammes, pour arracher le bras, comme Guérin et plusieurs autres. J'avais essayé en vain les tractions manuelles, et c'est en voyant que les os étaient de petit volume chez cette femme que j'ai songé à provoquer une fracture, dans l'espoir d'obtenir une fausse ankylose. Mais j'insiste expressément sur le résultat obtenu; il y a allongement du bras de 2 centimètres, et la malade peut mettre la main sur la fourchette sternale et sur l'épaule.

M. Le Dentu. Je crois la fracture de l'humérus incontestable. Pourquoi la mobilité existe-t-elle, malgré la consolidation de la fracture? c'est parce que les manœuvres ont pu, avant la fracture, rompre les adhérences qui immobilisaient la tête sous l'apophyse coracoïde. Il y a deux ans environ, j'ai présenté à la Société une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus avec luxation telle qu'on ne pouvait espérer la formation d'un cal entre les fragments. Je cherchai à produire une pseudarthrose, et j'imprimai au membre des mouvements répétés, avec extension et les manœuvres ordinaires ; je n'arrivai à aucun résultat. La consolidation se fit malgré nos tentatives; il est bon d'ajouter qu'il s'agissait d'un jeune homme.

Chez un deuxième malade, à Saint-Antoine, j'ai vu se représenter le même cas : mais, ayant tenu compte de cette première expérience, je n'ai pas cherché à provoquer une pseudarthose. Récemment encore, à Saint-Louis, j'ai observé une femme âgée d'une cinquantaine d'années, atteinte d'une luxation sous-coracoïdienne datant de six semaines environ, avec fracture non consolidée. Je lui recommandai l'immobilisation du membre; quinze jours après, les signes de la luxation étaient devenus beaucoup plus manifestes ; j'essayai la réduction de la tête de l'humérus, mais mes tentatives, quoique très-modérées, suffirent pour amener la disjonction du cal.

RAPPORT

**Hernie étranglée : pincement d'une petite portion intestinale. — M. Anger** lit un rapport sur l'observation présentée à la Société par le docteur Semée (de Saint-Sever), qui a pratiqué une kélotomie dans des conditions intéressantes à un double point de vue : d'abord l'étranglement ne comprenait pas toute l'anse intestinale, mais il y avait seulement pincement d'une petite portion de paroi intestinale, ce qui n'a pas empêché le développement de plusieurs symptômes d'étranglement tels que les vomissements fécaloïdes, le faciès hippocratique et le pouls filiforme : mais il manquait la constipation absolue et le ballonnement du ventre : la malade avait des selles diarrhéiques. Ensuite le diagnostic était rendu plus difficile à cause de la présence d'un ganglion au-devant de la tumeur de l'aine. Cependant M. Semée se crut autorisé à l'intervention chirurgicale : 1° par l'altération des traits de la malade ; 2° par la constatation, dans l'aine, d'une tumeur duré, récente, douloureuse et irréductible. Si les accidents avaient été causés par le ganglion situé au-devant du sac, ce gan-

glion aurait dû être enflammé. Or il ne présentait aucune trace de processus inflammatoire : il ne pouvait donc être considéré comme la cause des symptômes alarmants observés chez la malade. Il fallut chercher plus profondément, et, en dilacérant ce malencontreux ganglion, le chirurgien put mettre à nu le sac et l'inciser. C'est alors que l'on constata qu'une mince portion d'intestin était seule étranglée : elle fut réduite immédiatement dans la cavité abdominale, sans doute après que l'on se fut assuré de l'intégrité des tuniques intestinales (l'étranglement datait de cinq jours). En remerciant l'auteur de sa remarquable observation, on pourrait peut-être lui reprocher d'accorder une trop grande valeur à l'état du faciès dans le diagnostic de l'étranglement intestinal : car on rencontre la même altération des traits dans des maladies autres que la hernie étranglée, en un mot, dans toutes les maladies abdominales.

M. DUPLAY. Les exemples de pincement de l'intestin sont plus rares ; je n'ai observé qu'un seul cas bien net : il s'agissait d'une femme, âgée d'une cinquantaine d'années, atteinte d'une hernie crurale peu volumineuse, avec des symptômes si peu alarmants que, le soir, les internes de l'hôpital crurent à une simple adénite de l'aine : le lendemain matin, je trouvai tous les signes d'une obstruction intestinale incomplète, avec vomissements, constipation, tumeur irréductible de la grosseur d'une noisette seulement, au niveau de l'anneau crural. La malade rendait encore quelques gaz intestinaux. L'opération fut pratiquée ; au fond du sac, je trouvai une petite portion intestinale qui était pincée dans l'anneau ; elle était rentrée dans la cavité avant que j'eusse le temps de vérifier l'intégrité des tuniques ; la malade guérit en peu de jours.

M. GILLETTE a observé un cas identique à l'hôpital Saint-Louis, chez une femme de soixante-dix ans, qui portait une hernie crurale gauche étranglée depuis sept jours : les symptômes locaux n'étaient pas très-accusés au niveau de la hernie ; mais l'état général n'était pas favorable, les vomissements persistaient depuis six jours. La kélotomie fut décidée et pratiquée séance tenante : on pouvait craindre une gangrène de la paroi pincée dans l'étranglement, mais il n'en fut rien et la guérison fut obtenue sans accidents.

M. DESPRÈZ. Je n'ai pas vu de pincement de l'intestin dans ma pratique de chirurgien des hôpitaux : mais je me rappelle en avoir rencontré un exemple pendant mon internat dans le service de Velpeau. C'était chez une femme atteinte de hernie crurale ; Velpeau avait une certaine répugnance pour la kélotomie ; il temporisa dans ce cas, et attendit six jours, après lesquels la malade succomba. A l'autopsie, on trouva un pincement de l'intestin comprenant le tiers environ de sa circonférence.

M. ANGER. J'ai dit, dans mon rapport, que le pincement intestinal n'est pas très-rare ; si je me suis exprimé en ces termes, c'est parce que je l'ai vu signalé dans tous les ouvrages, et que moi-même j'ai eu déjà l'occasion d'en observer deux exemples. Toutefois on n'a peut-être pas assez insisté sur la différence à établir entre les symptômes de l'étranglement complet et ceux de l'étranglement incomplet. La première de mes observations concerne ma domestique, qui fut prise un jour de douleurs abdominales et de vomissements. J'étais moi-même malade et je ne pouvais la soigner : je priai Dolbeau de la recevoir dans son service : malgré l'examen le plus minutieux, il ne constata aucune trace de hernie, ni aucune pointe de hernie dans l'anneau crural. Cette pauvre fille succomba le dixième jour, et à l'autopsie on trouva une très-petite portion d'anse intestinale pincée dans l'anneau crural. Tout récemment, à l'hôpital, j'ai observé un deuxième exemple chez une malade atteinte d'un étranglement interne dont nous ne pûmes trouver le siège : l'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une petite anse intestinale pincée dans le péritoine.

COMMUNICATIONS

**Irrigations occulaires.** — M. COURSSERANT lit une note sur l'hydrothérapie oculaire. (Sera publié.)

**Greffe dentaire.** — M. MAGITOT donne lecture de la première partie d'un mémoire sur la greffe animale dans ses applications à la thérapeutique chirurgicale de certaines lésions de l'appareil dentaire. La greffe appliquée aux dépens des organes dentaires se divise en plusieurs variétés. Une première catégorie comprend les greffes de dents enlevées de leurs alvéoles et réimplantées soit de suite, soit après un temps plus ou moins long. C'est la *greffe par restitution*, immédiate ou tardive. Dans un second groupe, se placent les cas de dents enlevées de leur alvéole et transplantées dans un autre, soit chez le même sujet, soit chez un sujet différent ; c'est la *greffe par transposition*. Enfin, dans une troisième catégorie se placent les faits de greffes de dents sur divers points du corps autres que les mâchoires. Les expériences de Hunter, d'A Cooper, de Philippeaux, etc., en sont des exemples. Ce sera la *greffe hétérotopique*. Il ne s'agit ici que de la greffe par restitution, et d'une variété particulière : le but est d'enlever un organe à ses connexions normales, d'en supprimer par résection une partie malade, et d'en réintégrer l'autre partie restée saine en son état primitif. C'est une combinaison de la greffe et de la résection. La *Gazette des hôpitaux* a publié les premières expériences (1875, pages 35 et suiv.). Continuées par les docteurs Pietkiewicz et David, elles atteignent le chiffre de soixante-deux, dont cinquante-sept guérisons définitives ont été constatées. De nouveaux succès ont été récemment obtenus par MM. Th. Anger, Péan et Terrillon. Cette thérapeutique conservatrice s'applique dans la périostite chronique du sommet de la racine des dents, compliquée de lésions de voisinage, phlegmon, abcès, dénudations et nécroses des maxillaires, fistules, etc., qui, jusqu'ici, avait toujours été traitée par l'ablation pure et simple. Le traitement consiste dans la résection de la portion affectée de la racine, après ablation temporaire de la dent, et suivie de sa réimplantation immédiate, ou greffe par restitution. La guérison a pour résultat la cessation de tous les accidents, la consolidation définitive de l'organe, par le retour complet de ses connexions vasculaires et le rétablissement de ses usages.

PRÉSENTATION DE MALADE

**Squirrhe du sein chez l'homme.** — M. ANGER présente un homme porteur d'une tumeur squirrheuse du sein, du côté gauche, depuis quinze mois. Plus récemment, depuis quatre à cinq semaines, s'est développée une deuxième tumeur dure, volumineuse sur la clavicule droite, avec engorgement des ganglions de l'aisselle ; cette tumeur est le siège d'élancements douloureux, avec irradiations dans le bras et dans toute la clavicule. Cette tumeur est-elle de la même nature que celle du sein du côté opposé, ou plutôt n'est-elle pas causée par une périostite gommeuse, le malade ayant eu la syphilis, il y a quinze ans, et n'ayant presque traité sa maladie que par le mépris ? Quelle conduite, en tous cas, doit tenir le chirurgien ?

M. TILLAUX. C'est là un cas très-intéressant de squirrhe du sein, qui est fort rare chez l'homme. L'affection de la clavicule doit être de même nature. La conduite à suivre est naturellement de n'y point toucher et de laisser ce malheureux succomber à l'évolution de la maladie. Il faut bien noter qu'il porte une masse ganglionnaire énorme dans l'aisselle.

MM. DESPRÈS et SÉE font remarquer que la tumeur de la clavicule s'est développée dans l'épaisseur même de l'os.

M. PANAS a observé un cas analogue chez un homme de soixante-cinq ans : son histoire était curieuse par ce fait que, quinze ans auparavant, cet homme avait été opéré par Velpeau pour un cancroïde de la lèvre inférieure ; ce qui tendrait à démontrer la généralisation même des tumeurs cancroïdaires.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

---

Séance du 5 février 1879. — Présidence de M. TARNIER.

CORRESPONDANCE

**Amputations de membres avec le thermo-cautère.** — M. DUBRUEIL (de Montpellier) adresse la relation de quatre opérations qu'il a pratiquées avec le thermo-cautère Paquelin. Il a été

amené par le hasard à se servir de cet instrument pour les amputations de membres. En effet, la première amputation a été faite chez un vieillard débilité, atteint de gangrène sèche du membre inférieur, gagnant déjà la partie moyenne de la jambe. M. Dubrueil chercha à arrêter cette gangrène en promenant circulairement le thermo-cautère sur le sillon qui séparait les tissus sains de la partie sphacélée. Il continuait cette cautérisation et rencontrait toujours du tissu mortifié; il avait ainsi creusé un sillon presque jusque sur l'os; ce n'était plus la peine de s'arrêter en chemin, il sectionna les trois artères et scia le tibia et le péroné; l'amputation de la jambe se trouvait pratiquée sans qu'on s'en doutât, pour ainsi dire, en commençant l'opération. Les artères étaient athéromateuses, mais elles ne donnèrent aucune hémorrhagie; le moignon, malgré sa tournure difforme, se cicatrisa assez vite. Le malade se levait déjà, quand il fut pris d'une pneumonie double et succomba.

Une femme, âgée de trente-cinq ans, était atteinte d'un abcès épiphysaire du genou et devait subir l'amputation de la cuisse au tiers moyen. M. Dubrueil résolut d'employer le thermo-cautère pour cette opération; il fit l'amputation à double lambeau en se servant de l'appareil d'Esmarch. Le lambeau antérieur fut tracé avec le thermo-cautère jusque sur l'aponévrose des muscles; le pannicule graisseux était abondant, la graisse se fondait au contact du couteau et les gouttelettes brûlaient les parties voisines qu'il fallut protéger avec des compresses mouillées. Le lambeau postérieur fut attaqué par ponction, puis la section des muscles commencée sur toute la circonférence. La gaîne des vaisseaux ayant été mise à nu, l'artère fut disséquée avec une sonde cannelée, et une ligature fut appliquée. Le fémur fut scié et la moelle fut encore touchée avec le thermo-cautère. L'opération avait duré une heure douze minutes. L'anesthésie avait exigé l'emploi de 200 gr. de chloroforme. La malade perdit environ 200 grammes de sang; la plaie était sèche. La température s'abaissa à 36°,4 le jour, puis à 35°,8 le lendemain de l'opération; elle remonta à 37°, sous l'influence d'inhalations d'oxygène. Quelques jours après apparut une phlébite avec thrombose de la veine fémorale, et la malade succomba. L'auteur ne peut s'expliquer la phlébite que par l'effet de la bande d'Esmarch.

Instruit par cette expérience, M. Dubrueil pratiqua, trois jours après, une nouvelle amputation de cuisse, au tiers inférieur, par la méthode circulaire, après ligature préalable de l'artère fémorale à la racine du membre, et en prenant la précaution de préparer deux thermo-cautères pour ne point perdre de temps; l'amputation ne dura que quinze minutes; elle fut suivie de guérison.

Une quatrième opération fut faite avec le thermo-cautère; ce fut une désarticulation de la hanche, chez un charretier, à la suite d'un traumatisme. L'opération dura trois quarts d'heure; l'opéré succomba le matin de la nuit où il avait subi la désarticulation.

M. Dubrueil termine son mémoire en disant que désormais il continuera à faire les amputations avec le thermo-cautère.

**M. VERNEUIL.** Il importe que la Société se prononce sur les conclusions du mémoire de notre collègue de la Faculté de Montpellier; je crois de mon devoir de m'élever contre le projet de faire du thermo-cautère l'instrument usuel des amputations. Sans doute nous avons tous désiré un procédé opératoire qui économise à tout prix le sang de nos malades; on a proposé, dans ce but, les caustiques, l'écraseur linéaire; je m'en suis servi moi-même. Mais je ne crois pas admissible l'introduction du thermo-cautère dans la pratique des amputations comme procédé général. Je la comprendrais encore, à la rigueur, si l'on avait pour but d'assurer à l'amputation une bénignité plus grande; mais, avec les procédés divers de la méthode antiseptique, on peut écarter beaucoup plus sûrement la gravité des amputations, et il n'est pas du tout nécessaire de modifier, à ce point de vue, nos procédés de diérèse. Les antiseptiques sauvent actuellement l'immense majorité de nos malades.

Je ne veux pas non plus laisser passer sans protestation un passage de cette communication qui fait voir que M. Dubrueil pratique la ligature de l'artère fémorale à la racine de la cuisse, lors même qu'il fait l'amputation au tiers inférieur de la cuisse; on doit, à mon avis, au moins en règle générale, lier l'artère dans la plaie, et ne pas faire la ligature au-dessus du point où l'on pratique l'amputation.

**M. TILLAUX.** J'ai déjà exécuté moi-même deux grandes opérations avec le thermo-cautère; une désarticulation de la hanche et une désarticulation de l'épaule. Mais je partage complètement l'avis de M. Verneuil. Je ne crois pas que l'amputation de cuisse avec le thermo-cautère soit un bon procédé. Si j'ai employé cette méthode, c'est parce que je ne pouvais faire autrement, ayant affaire à deux sujets tellement faibles et émaciés que je redoutais la plus minime perte de sang. Je n'ai pas eu pour ainsi dire une goutte de sang. Le premier des opérés a succombé, le deuxième a guéri. Quant à la théorie de la ligature de l'artère au-dessus de la plaie, je n'en suis pas non plus partisan. On peut lier l'artère dans la plaie; l'appareil d'Esmarch, d'ailleurs, nous permet de faire l'opération sur des membres tout à fait exsangues.

M. Dubrueil a vu guérir un de ses opérés; il ne dit pas après combien de temps, et cette question de la durée du traitement me fournit encore une nouvelle objection : employer le thermo-cautère dans les amputations, c'est refuser les bénéfices de la réunion immédiate dont nous recueillons actuellement de si beaux exemples dans nos hôpitaux de Paris. Après le thermo-cautère, il y a nécessairement cautérisation, gangrène, suppuration. Ce procédé n'est et ne peut être qu'absolument exceptionnel.

**M. SÉE** serait aussi désireux de savoir sur quelles raisons plausibles l'auteur se fonde pour attribuer l'infection purulente à l'usage de l'appareil d'Esmarch.

**M. LE FORT.** Je partage complètement l'opinion de mes collègues. Le grand inconvénient du thermo-cautère est de s'opposer absolument à la réunion par première intention. Quand je dis absolument, c'est une erreur : j'ai vu, une fois, une réunion par première intention après une opération avec le thermo-cautère. C'était dans une extirpation de cancer du sein, l'année dernière; préoccupé alors des diverses théories sur les réunions par première intention, je fis, à la fin de l'opération, des sutures de la plaie, oubliant que j'avais employé le thermo-cautère. A ma grande surprise, la réunion immédiate fut obtenue. Mais il faut remarquer que je n'avais dans ce cas coupé avec le thermo-cautère que du tissu cellulaire, qui se fond pour ainsi dire devant le couteau chauffé, tandis qu'il ne faut plus du tout compter sur un tel résultat quand on aura coupé des muscles; là, il y aura nécessairement des parties escharifiées, et jamais la réunion immédiate ne pourra se réaliser.

Si le thermo-cautère peut être employé pour les amputations, ce n'est que dans de bien rares exceptions; dans ces cas encore, je lui préférerais l'anse galvanique.

Quant à la bande d'Esmarch, pour les amputations de cuisse surtout, je n'en suis point partisan, à cause du suintement considérable qui apparaît après l'opération. Je ne la crois utile dans ces cas que pour refouler le sang du membre que l'on va amputer vers le centre, mais je ne l'admets pas comme moyen hémostatique.

**M. FARABEUF** demande l'avis de la Société sur la ligature de l'artère primitive loin du lieu où l'on va amputer. On laisse des collatérales au-dessous, ne pourraient-elles pas donner lieu à des hémorrhagies consécutives? Un cas observé paraîtrait contraire à cette possibilité, mais il ne faut pas conclure d'après une seule observation; c'était dans une désarticulation de l'épaule, l'axillaire avait été liée au-dessus du point d'origine des branches circonflexes postérieures, qui nourrissaient le lambeau; il n'y a pas eu d'hémorrhagies secondaires précoces, malgré les larges anastomoses de ces circonflexes. L'apparition d'hémorrhagies secondaires, par les collatérales, n'est-elle pas à redouter, lorsque l'on pratique la ligature au-dessus de ces collatérales et loin de la plaie d'amputation?

**M. TILLAUX.** Je ne comprends absolument pas comment notre confrère, amputant la cuisse au tiers inférieur, a lié la fémorale à la racine de la cuisse. Il n'est pas explicable que l'on ajoute à

une opération déjà grave une autre opération grave aussi par elle-même. Outre que cette pratique prédispose aux hémorrhagies par les collatérales, il ne faut pas oublier, dans le cas particulier, que la ligature fémorale à la racine de la cuisse est une mauvaise ligature, plus mauvaise même que celle de l'iliaque externe. On ne doit la faire que lorsque l'on y est absolument obligé, et encore je préférerais lier l'artère iliaque externe.

M. VERNEUIL. Lier l'artère fémorale en haut de la cuisse est parfaitement inutile : ce n'est pas la fémorale qui nourrit la cuisse, c'est la fémorale profonde. L'hémorrhagie pouvait très-bien se produire par les collatérales d'après le mécanisme exposé par M. Farabeuf, à qui je puis donner une réponse à ce sujet. Autrefois, lorsque j'étais à l'hôpital Lariboisière, alors que la mortalité décourageante à la suite des amputations nous autorisait vraiment à tenter tous les moyens, j'ai fait une amputation aprés ligature préalable de l'artère. On avait déjà proposé (Gerdy) d'oblitérer les artères comme moyen antiphlogistique. J'étais en présence d'une jambe broyée au quart supérieur : je liai la fémorale commune, à la pointe du triangle de Scarpa; lorsque j'amputai la jambe, les tibiales antérieure et postérieure donnèrent néanmoins un jet de sang très-appréciable. La ligature ne met donc pas à l'abri des hémorrhagies.

M. LE FORT. Dans le même but, on a fait beaucoup de ligatures de la carotide, préalablement à des extirpations de tumeurs. Dans le plus grand nombre des cas, les hémorrhagies ont été presque aussi fortes que si l'on n'avait pas pratiqué la ligature préalable. Il est juste de remarquer que les branches de la carotide ont des anastomoses plus larges que celles de la fémorale.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous apprenons avec une douloureuse surprise la mort d'un des membres les plus éminents et les plus estimés du corps médical français. M. Émile Chauffard, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général de l'Université (ordre de la médecine), vient de succomber d'une manière presque subite. Nous nous associons de tout cœur aux regrets que cette mort si imprévue va provoquer dans notre grande famille médicale.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. Gallard, médecin de la Pitié; Chéron, médecin de Saint-Lazare; Kedroff, conseiller d'État, docteur en médecine; de Nédats, conseiller d'État, docteur en médecine; Ernest de Fleischl, docteur en médecine, professeur-adjoint à l'Université de Vienne; le docteur Thomaz de Carvalho, directeur de l'École de médecine de Lisbonne.

Sont nommés officiers d'académie : Mme Brès, docteur en médecine ; MM. Faudel, docteur-médecin à Colmar; Ehrmann, docteur-médecin à Mulhouse; Marchal, docteur-médecin à Asnières; Erisman, docteur-médecin, et Zakaroff, conseiller d'État, docteur en médecine; Joseph Weiser, docteur ès sciences et en médecine; Antonio Vio-Bonato, docteur en médecine; Effisio Marini, docteur en médecine; le docteur P. May, commissaire de l'instruction publique de la province d'Ontario; le docteur Julio-Augusto Henriquez, directeur du jardin botanique de Coïmbre; le docteur Antonio-Augusto de Costa Simoès, directeur des hôpitaux de l'Université de Coïmbre; Hollande, docteur ès sciences naturelles; Testaud, pharmacien de première classe; Venet, médecin du bureau de bienfaisance du 6e arrondissement; Andigé, médecin du bureau de bienfaisance du 7e arrondissement; Grenet, docteur-médecin, membre de la commission d'hygiène du 7e arrondissement; Soltas, médecin des délégations ouvrières à l'Exposition universelle de 1878; Le Coin, médecin du bureau de bienfaisance du 7e arrondissement; Henri Perrussel, docteur en médecine, médecin du bureau de bienfaisance du 9e arrondissement.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont chargés des cours auxiliaires ci-après désignés, pendant l'année scolaire 1878-79, MM. les agrégés Charpentier (accouchements); Fernet (pathologie interne); Terrier (pathologie externe); Gariel (physique médicale); Gautier (chimie médicale), et de Seynes (histoire naturelle médicale).

M. de Seynes, agrégé, est rappelé à l'exercice pendant un an, en remplacement de M. de Lanessan. — M. Campenon est institué prosecteur, en remplacement de M. Richelot. — M. Nélaton est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Campenon.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — La durée du temps d'exercice des agrégés de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, ci-après désignés, est déterminée ainsi qu'il suit :

*Section de médecine.* — MM. Négrié et Rousseau Saint-Philippe, deux ans; Solles et Armaingaud, cinq ans.

*Section de chirurgie et accouchements.* — MM. Baudrimont et Ribemont, deux ans; Poinsot et Gervais-Kojsiewicz, cinq ans.

*Section d'anatomie, physiologie et sciences naturelles.* — MM. Testut, deux ans; Léon Périer, cinq ans.

*Section des sciences physiques et chimiques.* — MM. Carles, deux ans; Figuier, cinq ans. — Cet arrêté aura son effet à dater du 16 juin 1879.

M. Testut, chargé des fonctions d'agrégé, est institué chef des travaux anatomiques; M. Dalifet est nommé aide d'anatomie pathologique; M. Blarez, pharmacien de première classe, est institué chef des travaux chimiques et pharmaceutiques; M. Rivalis est nommé préparateur de physiologie; M. Denigès est nommé préparateur de chimie ; M. Tissié (Philippe) est nommé sous-bibliothécaire; M. Raynaud, ancien secrétaire agent comptable, est nommé commis au secrétariat de la Faculté.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Garin (Henri), né à Condrieu (Rhône), le 15 mars 1853, est délégué, pour un an, dans les fonctions d'aide de clinique des maladies des enfants, en remplacement de M. Tédenat, démissionnaire. — M. Colrat, docteur en médecine, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire d'anatomie pathologique, pendant l'année scolaire 1878-79. — M. Stœber, docteur en médecine, est nommé, pendant l'année scolaire 1878-79, chef de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Hocquard, démissionnaire. — M. Walther (Paul-Ernest), né à Strasbourg le 30 septembre 1842, est chargé des fonctions d'aide-bibliothécaire, en remplacement de M. Blaise. — M. Bouveret (Émile-Léon-Emmanuel), docteur en médecine, né le 2 septembre 1850 à Saint-Julien-sur-Reyssouse (Ain), est institué chef de clinique médicale, en remplacement de M. Chauvet, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Cusset (Jean), docteur en médecine, né à Poleymieux (Rhône), le 14 octobre 1846, est institué chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Vincent, dont le temps d'exercice est expiré.

Les docteurs en médecine dont les noms suivent, chargés des fonctions de chefs de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon, sont maintenus dans lesdites fonctions pendant l'année scolaire 1878-79 : MM. Chandelux (anatomie générale); Hubert (physique médicale); Peter (chimie médicale et pharmaceutique); Arloing (médecine expérimentale comparée); Cazeneuve (clinique médicale); Charpy (anatomie); Maguin (matière médicale); Duchamp (histoire naturelle); Rebatel (physiologie); Guérin (pharmacie).

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Grynfelt, agrégé, est nommé maître de conférences de médecine opératoire pendant l'année scolaire 1878-79. — M. de Girard, agrégé, est nommé maître de conférences de chimie et de physique pour l'année scolaire 1878-79.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Gross, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'ophthalmologie à ladite Faculté. — M. Lévy (Émile-Lazare), né le 26 mars 1852 à Strasbourg, docteur en médecine, est institué chef de clinique médicale. — M. Étienne (Pierre-Paulin), né le 17 août 1854 à Peuvillers (Meuse), est nommé prosecteur d'anatomie. — M. Lépagnez (Louis-Alexandre), né le 7 novembre 1856 à Vesoul (Haute-Saône), est nommé aide d'anatomie.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Coutenot, professeur de clinique interne, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1878-79, par M. Gauderon, suppléant des chaires de clinique et de pathologie internes à ladite école.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Vézian, professeur de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Besançon, est nommé doyen de ladite Faculté.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Gayon, docteur ès sciences, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de minéralogie, pour l'année scolaire 1878-79.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Viault, docteur ès sciences, est chargé du cours de zoologie et physiologie, en remplacement de M. Jobert, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Lille.* — M. Barrois, docteur ès sciences, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de géologie, pour l'année scolaire 1878-79.

— *Faculté des sciences de Marseille.* — M. Reboul, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Besançon, est transféré, en la même qualité, à la Faculté des sciences de Marseille, en remplacement de M. Favre, admis, sur sa demande et pour raisons de santé, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. — M. Reboul, professeur de chimie, est nommé doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Favre, admis à la retraite sur sa demande.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Friant, licencié ès sciences, docteur en médecine, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de zoologie, pendant l'année scolaire 1878-79. — M. Jobert, professeur à la Faculté des sciences de Dijon, est chargé du cours de zoologie et physiologie. — M. Viault, docteur ès sciences, est chargé du cours de zoologie et physiologie, pendant la durée du congé accordé à M. Jourdain.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 12 février à huit heures précises du soir, *à l'administration générale de l'Assistance publique (salle du jury des concours).* — Ordre du jour : 1° Constitution médicale du mois de janvier. Policlinique; 2° rapport du trésorier sur sa gestion en 1878; 3° distribution de médailles d'argent aux membres de la Société qui ont assisté régulièrement aux séances; 4° M. Verrier : démonstration du champignon de la pelade. Projections à la lumière oxhydrique; 5° M. H. Bergeron : mémoire sur le traitement de la diphthérie par les inhalations fluorhydriques.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7788.

N° 17. — MARDI 11 FÉVRIER 1879. 52e ANNÉE. MARDI 11 FÉVRIER 1879. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

**On s'abonne hors de Paris**
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.



## CHAUFFARD ET TARDIEU

### I

Émile Chauffard et Ambroise Tardieu, deux esprits d'élite, deux professeurs éminents de notre Faculté parisienne, viennent de nous être enlevés à quelques semaines de distance, Tardieu après une longue maladie qui nous avait préparés peu à peu et habitués en quelque sorte à l'idée de le perdre, Chauffard brusquement, de la manière la plus subite et la plus imprévue, tous deux dans la force de l'âge et dans la plénitude de possession de leur belle intelligence dont nous avions le droit d'attendre encore tant et de si utiles services.

Au mois de juin dernier, en rendant compte du livre que venait de publier alors M. Chauffard, *la Vie, études et problèmes de biologie générale*, livre qui résume en quelque sorte son œuvre scientifique tout entière et qui est, comme il l'a dit lui-même en en faisant hommage à l'Académie de médecine, le fruit d'un travail de méditation persévérante, nous avons essayé de caractériser la pensée dominante de cette œuvre ainsi que de l'enseignement de M. Chauffard et la part contributive qui lui revient dans le mouvement d'idées et dans le remaniement de méthodes et de principes qu'ont entraînés les progrès récents de la physiologie et de la médecine. Nous étions loin de penser alors que nous aurions à revenir à un si court délai sur ce même ordre d'idées. Mais comment mieux exprimer les regrets profonds que suscite cette perte prématurée et l'estime que nous n'avons cessé de professer pour la personne de M. Chauffard, si ce n'est en rappelant de nouveau ici ses titres principaux à ces regrets et à cette estime, c'est-à-dire les œuvres qui ont fait sa légitime réputation et auxquelles il a consacré la plus grande part d'une existence toute d'étude, de réflexion et de méditation sur les problèmes les plus ardus et les plus abstraits de la médecine?

Fils de l'un des médecins les plus distingués de la province, qui, dans sa verte et heureuse vieillesse, va avoir la douleur d'apprendre la mort de celui qui faisait son orgueil et sa joie, M. Émile Chauffard, après de solides et fructueuses études faites à Paris, était retourné à Avignon, sa ville natale, s'associer à la vie active et laborieuse de son père et partager avec lui la charge du service médical de l'hôpital de cette ville. C'est là qu'il a produit ses premiers travaux, la traduction des *Instituts de médecine pratique de Borsieri*, accompagnée d'une étude comparée du génie antique et de l'idée moderne en médecine, premier essai où perce déjà l'esprit philosophique qui marquera plus tard toutes ses œuvres et dont le caractère essentiel est la résistance au courant des idées systématiques en vogue qui passaient alors pour le progrès, et le respect des principes et des enseignements de la tradition. A la même époque, il publiait une lettre sur le vitalisme, qui eut de l'écho dans la presse médicale parisienne. De retour à Paris, où deux concours successifs couronnés de succès, l'un pour l'agrégation, l'autre pour les hôpitaux, le fixèrent définitivement, il publia en 1862 les *Principes de pathologie générale* qui, en dépit ou plutôt peut-être à cause des critiques dont ils furent l'objet, commencèrent à établir sa réputation et préparèrent son avènement à la chaire de pathologie générale de la Faculté. Entre cette publication magistrale et celle dont nous avons rendu compte au mois de juin dernier se placent plusieurs publications qui ont toutes fixé l'attention aussi bien des adversaires que des partisans des doctrines médicales qu'il y défend; telles sont entre autres celles qui ont pour titre: *de la Spontanéité et de la Spécificité dans les maladies* (1867), *de la Fièvre traumatique et de l'infection purulente* (1873), les *Notices historiques et critiques sur Magendie et sur Chomel*, la *Notice sur Andral et la Médecine française de* 1820 *à* 1830, etc.

Son enseignement à la Faculté, qui eut, dans le principe, un certain éclat auquel assurément son talent et l'accent d'une conviction sincère n'étaient pas étrangers, mais qu'il faut bien aussi attribuer un peu à l'attrait de la nouveauté et du contraste pour une partie au moins de ses premiers auditeurs, n'a pas toujours joui de la faveur dont il était cependant bien digne.

Il est curieux de voir en quels termes M. Chauffard en parlait lui-même, ne se dissimulant pas les causes principales qui ralentirent d'abord et qui éloignèrent de plus en plus par la suite, le courant de ses élèves.

« Celui, disait-il dans son introduction du livre sur *la Vie*, qui s'attache aux démonstrations de la Biologie générale semble souvent contredit par tout le monde; il semble parfois rejeté dans l'abandon et l'isolement; on l'accuse même volontiers de lutter contre la science de son temps, de méconnaître les progrès qui font la gloire de la science moderne. Beaucoup, et surtout les jeunes, lui reprochent violemment de ne pas partager les idées de négation et le mépris de la tradition où ils se complaisent. Quoi! en ce

temps-ci, venir répéter ces mots usés de moi et d'unité vivante, alors que l'organisme n'est qu'un essaim de cellules, possédant chacune une vie propre; de spontanéité, alors que le mouvement et les transformations du mouvement sont les seules forces de la nature ; de finalité, de force conservatrice et médicatrice, alors que l'organisme aveugle marche souvent de misère en misère, se dégrade de jour en jour, et que la mort, un peu plus tôt, un peu plus tard, termine tout! Réveiller ces dogmes, n'est-ce pas décrier les progrès scientifiques les plus incontestés, et cela pour étayer le vieil édifice d'un passé dont, chaque jour, un débris s'écroule? Et comme ces contre-vérités biologiques, ardemment soutenues, se lient à beaucoup d'autres contre-vérités philosophiques et sociales défendues avec non moins d'ardeur, il s'ensuit que celui qui ose confesser les grandes doctrines de la biologie semble marcher à une impopularité qui enveloppe tout son enseignement. » Mais cette impopularité, pour nous servir de l'expression même de M. Chauffard, n'était pas telle qu'il n'eût encore des adeptes convaincus, chez qui on peut espérer de voir germer et fructifier l'esprit et le sens de ses leçons. C'est d'ailleurs par l'effet d'un malentendu, pour ne pas dire de préventions injustes, qu'on a présenté M. Chauffard comme une sorte d'opposant aux progrès scientifiques modernes. M. Chauffard n'a résisté qu'aux empiétements de ces doctrines violemment réactionnaires d'outre-Rhin, qui, des sommets nuageux de la métaphysique, ont précipité la science biologique dans le plus concret matérialisme; il n'a fait des réserves à l'égard des travaux de l'École expérimentale que pour les conséquences hâtives ou forcées qu'on en a tirées, mais en s'associant de toutes ses sympathies aux progrès vrais, aux faits nouveaux expérimentalement démontrés. Nous n'en invoquerons pour le moment d'autre preuve que les belles pages que M. Chauffard a consacrées tout récemment aux travaux et à la mémoire de Cl. Bernard, « qui, dit-il, par la détermination des conditions des phénomènes vitaux, a fait, suivant son noble désir et sa noble expression, de la physiologie une science conquérante et une science d'action et l'a introduite dans le monde des sciences et placée au sommet de ce monde ».

Si du professeur nous passons à l'académicien, nous retrouverons M. Chauffard toujours sur la brèche toutes les fois qu'une des grandes questions de pathologie générale ou d'épidémiologie, qui surgissent souvent à la rue des Saints-Pères, lui paraissait réclamer son intervention. Là, devant un auditoire toujours attentif, toujours bienveillant, s'il n'était pas toujours en communauté d'opinion avec lui, il se livrait à des dissertations d'un caractère plus net, plus topique en quelque sorte, mais sans jamais perdre de vue les principes qui lui servaient de boussole et qui donnaient toujours à ses discours prononcés d'un ton grave et quelque peu solennel un caractère de véritable élévation. Depuis l'année 1867, où il est entré à l'Académie de médecine, jusqu'à ces derniers temps, ne l'avons-nous pas entendu, dans les discussions sur la tuberculose, sur le choléra, sur la variole et la vaccine, sur l'alcoolisme, sur l'infection purulente et sur la septicémie, sur le typhus, sur la fermentation, produire des arguments toujours écoutés avec intérêt et s'élever parfois jusqu'à la véritable éloquence?

M. Chauffard manquera à l'Académie comme à la Faculté; à l'Académie où il apportait, avec la dignité de sa personne et de son caractère, sa grande érudition, ses vastes connaissances en pathologie et un sens critique profond rehaussé par la plus parfaite convenance des formes; à la Faculté où il représentait, dans son sens le plus large, la médecine traditionnelle, c'est-à-dire ce faisceau de faits et de vérités dogmatiques que nous ont transmis nos ancêtres et qu'on ne saurait négliger sans voir se rompre violemment le lien qui les rattache aux données scientifiques modernes, auxquelles ils servent presque toujours de base et souvent de moyen de contrôle. Nous faisons des vœux pour qu'on lui trouve un successeur digne de continuer la tâche, peut-être ingrate, mais assurément utile, quoi qu'on ait pu dire, qu'il remplissait avec la conviction et la conscience du devoir accompli.

II

Que de ressemblances comme valeur intellectuelle, comme exemple de succès et d'élévation par le travail, mais que de différences plus grandes encore dans les caractères, dans les dons naturels et dans l'usage et l'application de ces dons, entre M. Chauffard et M. Tardieu! Tandis que chez M. Chauffard, nature méditative et un peu en dedans, presque tout ce qu'il dit ou ce qu'il écrit est le produit d'une étude attentive, d'un savoir longuement et mûrement acquis, assimilé en quelque sorte après une lente et profonde réflexion, jusqu'à sa phrase même qui sent l'élaboration et la pondération; chez M. Tardieu, au contraire, tout semble procéder d'une intelligence vive, alerte, d'un esprit expansif, d'une assimilation prompte et facile, et la parole comme la plume traduisent sa pensée avec une clarté et une netteté merveilleuses. C'est grâce à tous ces dons naturels dont il semblait avoir été comblé par une main bienfaisante, que M. Tardieu a conquis de bonne heure, par une série de brillants concours d'abord, plus tard par la séduction même dont semblait faite toute sa personne, les hautes situations qu'il a successivement occupées. Malgré les nombreux volumes et les plus nombreux mémoires sortis de sa plume, on pourrait demander peut-être si M. Tardieu a donné en produits nets pour la science toute la mesure de son esprit et de ses talents, si sa carrière si active de médecin légiste n'était là pour témoigner des applications si utiles qu'il a faites de sa vive et pénétrante intelligence et de sa merveilleuse sagacité d'analyse, dans l'intérêt de la justice et de la société. Le souvenir de cet immense labeur de tous les jours, disséminé et éparpillé en mille expertises diverses et en autant de témoignages verbaux perdus dans les enceintes du prétoire, est trop présent à l'esprit de nos lecteurs pour que nous pensions devoir nous y arrêter ici. Mais nous n'avons pas voulu laisser échapper l'occasion de rendre à la mémoire de M. Tardieu la part d'hommages et de regrets que nous lui devions, en empruntant l'organe même de celui qui l'a suivi de si près dans la tombe, de son ancien collègue et ami Chauffard, dont l'éloge, sa dernière œuvre, hélas! aura d'autant plus de prix qu'il émane d'un esprit grave et austère. Après l'énumération de tous les travaux et de tous les titres qui recommandent la mémoire de Tardieu à la postérité, et un historique rapide de sa vie, M. Chauffard terminait son discours en ces termes :

« M. Tardieu réalisait le type accompli d'un professeur de Faculté. Sa parole claire, abondante et élégante, la richesse des souvenirs qui nourrissaient son discours, sa manière pleine de bonne grâce et dégagée de toute prétention, captivaient son auditoire; il instruisait en charmant; et la leçon officielle perdait avec lui ses apprêts, ses longueurs, son rigorisme habituel. Il alliait ainsi les dons les plus rares, ceux

qui viennent d'une expérience incomparable, du plus sagace esprit d'observation, du plus rigoureux bon sens, ceux aussi de la parole la plus souple, digne dans sa familiarité, simple et savante à la fois.

« Derrière le professeur et le collègue dont nous étions fiers, il y avait l'homme que nous aimions; et puis-je n'en pas évoquer l'image, alors que nous le perdons sans retour? Quelle affabilité plus aimable que la sienne! Quelle finesse d'esprit, sans mélange d'aucune amertume, d'aucune passion jalouse et dénigrante! Il souriait à tous, et aimait que chacun lui rendît ce sourire; un accueil froid le troublait, et il en voulait connaître le motif caché. Il ne pouvait se résoudre à un refus, qui eût pu paraître blessant; il savait pourtant discerner les mérites de chacun, et établir entre eux de justes comparaisons; mais il le faisait dans son for intérieur, et n'en produisait pas volontiers ses raisons au dehors. Son désintéressement était sans bornes, et il ne semblait connaître le prix de l'argent ni pour lui ni pour les siens. Il était généreux sans limites, et la prodigalité ne l'effrayait pas.

« Issu d'une vieille famille parisienne dans laquelle les vocations artistiques étaient héréditaires, il aimait passionnément les arts, les belles-lettres, les œuvres dramatiques nouvelles, tous les produits, tous les enchantements de ce monde de Paris, où tous le connaissaient, comme il connaissait tous ceux à qui les sciences ou les arts ont fait un nom. Il aimait toutes les fêtes, surtout celles où l'intelligence présidait; et cet homme, infatigable au travail, ne cherchait d'autre repos que les fatigues nouvelles d'une vie mondaine, à qui rien de nouveau ne doit échapper, et qui veut voir et juger tout ce qui éclate, s'élève et tombe dans le tourbillon parisien.

« A cette vie, qui ne sait où est le calme et ce qu'il vaut, les plus forts s'usent. Ambroise Tardieu résista longtemps, et semblait supporter allègrement et sans dommages une vie tourmentée qui aurait accablé tout autre. Mais, tout à coup, la résistance a été vaincue, et le mal a frappé cette existence si brillante, si forte en apparence, déjà minée dans ses profondeurs. Il a senti de loin venir la mort; peu à peu, il a abandonné cette vie du monde dont il avait poursuivi toutes les séductions; et il s'est enveloppé de pensées sérieuses et graves, comme d'un vêtement dernier qu'il ne devait plus quitter.

« Nul n'a connu le travail caché de son esprit durant ces deux dernières années, et peut-être même durant tous les entraînements de sa vie; mais ce travail a eu lieu, et le désir des Collines éternelles, suivant la parole de l'Écriture, s'est réveillé en lui, et il a accueilli la mort en chrétien convaincu.

« Illustre collègue et cher ami, il est des miséricordes infinies, et le mérite vous en sera attribué. Votre vie de travail, votre amour de la vérité, votre bonté envers tous, seront vos témoins et recevront leur récompense. Je vous adresse, au nom de la Faculté de médecine, le dernier et le plus tendre adieu; vous l'avez honorée et grandie dans l'estime publique; c'est une dette contractée envers votre mémoire, et elle ne sera pas oubliée! »

Une lourde tâche incombera à celui qui sera appelé à recueillir la succession de Tardieu à la Faculté de médecine; nous lui souhaitons, quel qu'il soit, le même succès.

Dr Brochin.

---

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

### Érysipèle du scrotum à forme gangréneuse galopante.

Vous avez vu, au n° 4 de la salle des hommes, un sujet qui nous est entré avec une forme assez peu commune de l'érysipèle et de la gangrène du scrotum, forme qu'il importe que vous connaissiez, pour éviter, lorsque vous la rencontrerez plus tard, des erreurs de diagnostic et de pronostic.

C'est un homme de quarante-deux ans, se disant ingénieur, entaché d'alcoolisme. Bien qu'il ne soit pas glycosurique, il était atteint, depuis deux ou trois ans déjà, d'un eczéma du scrotum donnant lieu à de très-vives démangeaisons, quand, il y a huit jours, il fut pris tout à coup d'un mouvement fébrile assez intense, et constata que son scrotum était devenu rouge et tuméfié. Comment les choses se sont-elles passées ensuite, le malade l'ignore; toujours est-il que, dix jours plus tard, lorsqu'il entra à l'hôpital, la peau des bourses était modifiée dans une étendue considérable.

Voici, en effet, ce qu'il présentait à ce moment. On constatait d'abord une eschare énorme, molle, grisâtre, sans odeur bien appréciable, occupant presque toute l'étendue du scrotum, et ayant détruit la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, jusqu'à l'enveloppe fibreuse du testicule qui paraissait intacte.

Il existait, de plus, une rougeur assez vive, disparaissant par la pression du doigt, très-douloureuse à la fois au toucher et spontanément, s'étendant dans toute cette partie inférieure droite de la paroi abdominale qui correspond au cordon inguinal; c'est-à-dire qu'elle s'étendait de la ligne médiane, jusqu'au-dessus et même en dehors de l'épine iliaque antérieure et supérieure, dans le sens horizontal, et que, verticalement, elle envahissait la paroi abdominale, dans une étendue de 3 à 4 centimètres. Celle-ci formait, en outre, dans la partie malade, une procidence assez marquée qui, au premier abord, aurait pu faire penser à une tuméfaction de cette région du ventre; mais, comme il n'y avait pas d'empâtement, comme le doigt ne laissait aucune empreinte à ce niveau, et qu'il était possible de refouler les tissus aussi facilement que du côté opposé, on ne pouvait croire qu'il s'agissait là d'un phlegmon sous-cutané ou interstitiel de cette partie de l'abdomen. Chose remarquable, il n'y avait aucune rougeur appréciable du scrotum dans la partie très-restreinte qui, en avant, avait été respectée par l'eschare.

Enfin, avec ces phénomènes locaux, il existait un état fébrile assez intense, mais qui paraît être aujourd'hui un peu moins prononcé que les jours précédents, car la température qui, hier, s'élevait à 36°,2, est tombée, ce matin, à 37°,7, et le pouls, qui oscillait entre 96 et 100 pulsations par minute, est descendu actuellement à 84.

Quant à l'état général, il était satisfaisant.

Quel est donc cet ensemble de phénomènes? Comment l'appellerons-nous?

La maladie du scrotum n'est évidemment autre chose qu'une gangrène de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, s'étendant jusqu'à la tunique fibreuse du testicule. Quant à la rougeur, c'est une rougeur érysipélateuse. Il n'y a pas à en douter, car cet homme a eu de la fièvre au début, et, à défaut de frisson, il a éprouvé un état de malaise très-sérieux.

Mais qu'est-ce qu'une maladie se traduisant, au dixième jour, par une eschare du scrotum aussi étendue, et par une rougeur érysipélateuse des parois abdominales?

Cela peut être, d'abord, une infiltration urineuse. Vous n'ignorez pas, en effet, que la présence de l'urine dans le tissu cellulaire sous-cutané, lorsqu'elle est bien réalisée, se traduit par la gangrène des bourses, ainsi que par la propagation d'un phlegmon diffus aux parois abdominales, lequel même peut être suivi d'escharification.

Ici, il ne saurait cependant en être ainsi : d'abord, parce qu'à aucun moment cet homme n'a eu de maladie de vessie, parce qu'il n'a jamais eu de rétention d'urine, et jamais de troubles de la miction; parce que ses urines n'ont jamais été purulentes; enfin, et surtout, parce que nous ne trouvons pas chez lui ce gonflement phlegmoneux dur que présentent au périnée les individus qui ont une infiltration urineuse des bourses.

Qu'est-ce donc alors? Une pustule maligne? Une maladie charbonneuse? Non, car non-seulement cet homme n'est pas en rapport avec des animaux susceptibles d'inoculer le virus charbonneux, mais son affection occupe une région sur laquelle ne se développe généralement pas la pustule maligne qui, ainsi que vous le savez, affecte de préférence les régions découvertes.

La maladie à laquelle nous avons affaire ici, je suis parfaitement en état de vous la dire, parce que je l'ai déjà vue un certain nombre de fois, et parce que je crois être un des premiers qui en aient fait la description.

J'ai fait connaître en effet, tout dernièrement, à l'article *Érysipèle* du nouveau Dictionnaire de médecine, une forme d'érysipèle gangréneux spéciale, dans laquelle l'escharification de la peau survient en même temps que la cystite, dans laquelle, autrement dit, aussitôt que la peau commence à devenir rouge, hyperémiée, immédiatement la gangrène arrive, et cela avec une rapidité telle que l'on n'a même pas le temps de voir l'érysipèle.

Chez cet homme, les choses doivent avoir marché de la sorte. Ce qui prouve, en effet, qu'il y a eu un érysipèle gangréneux galopant, ainsi que je l'ai appelé, c'est d'abord que la maladie a débuté, chez lui, de la même manière que l'érysipèle; c'est ensuite que nous retrouvons la cystite qui caractérise cette affection dans le voisinage du scrotum, à la partie inférieure de l'abdomen. Actuellement, cet érysipèle est stationnaire, peut-être même est-il parvenu à sa période de déclin, car ce malade n'a presque plus de fièvre; mais rien ne dit que, d'ici à quelques jours, cet érysipèle ne reprendra pas sa marche envahissante, et nous aurons ainsi la confirmation de ce que j'avance.

Telle est, à n'en pas douter, la maladie dont cet homme est atteint. J'ai tenu à vous le signaler, parce que, si vous n'étiez prévenus, il pourrait arriver que, dans des cas analogues, croyant avoir affaire à une infiltration urineuse, vous fussiez conduits à ouvrir largement, avec le bistouri, les parois abdominales dans la partie qui est le siége de la rougeur, ou bien encore, dans la pensée qu'il s'agit d'une affection charbonneuse, que vous fussiez tentés de circonscrire les eschares dans un cercle de cautérisation, de manière à les empêcher de s'étendre, et à enrayer la marche de la maladie.

J'ai tenu à vous le signaler, enfin, parce que, chose remarquable, cette gangrène érysipélateuse du scrotum est peut-être un peu moins grave que lorsqu'elle survient dans toute autre région. Quelle que soit, en effet, la raison de cette disposition spéciale, il faut bien convenir qu'il y a, dans la peau et dans les tissus qui constituent les enveloppes des bourses, une tendance particulière à la mortification, sous l'influence de la moindre cause irritante. Je n'en veux d'autre preuve que la rapidité avec laquelle les eschares se forment dans les cas d'hydrocèle, alors que, en injectant du vin chaud ou de la teinture d'iode dans la tunique vaginale, quelques gouttes de liquide se sont infiltrées dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Grâce aux moyens que nous possédons aujourd'hui, ces accidents sont rares; mais je les ai vus se produire plus d'une fois, au commencement de ma carrière. J'ai même observé de ces cas de gangrène galopante chez des gens atteints d'hydrocèle, tout simplement après l'infiltration d'une certaine quantité de sérosité, dans le tissu cellulaire, par le fait de la rupture de la poche.

Quelle est la cause, physiologique ou autre, en vertu de laquelle la gangrène arrive aussi rapidement, sous la forme d'un érysipèle? Je ne saurais vous le dire. Est-ce parce que les artères sont athéromateuses, est-ce parce que les individus sont alcooliques que, lorsque l'érysipèle arrive, ces vaisseaux s'oblitèrent plus facilement?

Tous ces points sont à élucider.

Quoi qu'il en soit, c'est en raison même de cette prédisposition spéciale de la peau du scrotum et du dartos à l'escharification que je n'attache pas une gravité très-grande à la maladie dont il est en ce moment question. Peut-être, cependant, le diagnostic est-il un peu moins favorable ici, parce que nous avons affaire à un individu qui se livre à des excès de boisson : néanmoins, comme il n'a plus de fièvre aujourd'hui, j'espère que la maladie est terminée, et que nous allons assister à la chûte des eschares, qui commencent d'ailleurs à se détacher sur leurs bords, et que, avant peu, nous allons voir arriver la période de réparation.

---

## DES IRRIGATIONS OCULAIRES

### ET DE L'EMPLOI MÉTHODIQUE DES COLLYRES.

Par le docteur COURSSERANT.

Dans ce travail, M. Coursserant rappelle les idées professées, à différentes reprises, par son père, sur la meilleure manière d'administrer les collyres dans le traitement des ophthalmies externes, et sur les excellents effets produits par l'irrigation de la muqueuse oculo-palpébrale pratiquée aussitôt après la cautérisation de la conjonctive. Les collyres ou crayons agissent lorsqu'ils ne font qu'effleurer les surfaces malades, et quand ces dernières ne sont pas placées dans de bonnes conditions de contact et d'absorption. Pour obtenir de bons effets thérapeutiques, il faut laver d'abord les surfaces malades (bien déplissées, s'il s'agit de la conjonctive), au moyen d'une courte irrigation pratiquée avec de l'eau *tiède* aromatisée avec du goudron, de l'acide phénique, etc., suivant les cas.

On peut alors appliquer les collyres ou passer les crayons, sans que le principe actif du médicament soit décomposé. La douleur causée par les caustiques, lorsqu'on agit ainsi, est nulle ou presque nulle, tandis qu'elle est souvent très-vive lorsque le médicament est altéré au contact des liquides pathologiques sécrétés par les membranes malades qui baignent la surface de l'œil au moment de la cautérisation. La douleur serait en raison directe de la décomposition chimique.

M. Coursserant conseille, lorsque la cautérisation aura été pratiquée, et que le contact a été reconnu suffisant par le médecin, de pratiquer une seconde et courte irrigation de la muqueuse cautérisée. Cette petite manœuvre a pour but d'enlever l'excès du

médicament, de faire cesser l'impression pénible laissée par le caustique employé, et de permettre à l'œil malade de bénéficier de tous les bons effets de cette douche locale. M. Coursserant préconise cette méthode dans presque toutes les formes de conjonctivite accompagnées ou non de catarrhe, surtout lorsqu'il existe en même temps des altérations cornéennes.

En modifiant la sécrétion conjonctivale, en restituant à la muqueuse de l'œil sa vie physiologique, l'irrigation favorise la résorption des engorgements pathologiques, active la réparation des lésions cornéennes, et tel ulcère cornéen atonique se cicatrise rapidement sous l'influence de cette thérapeutique.

L'irrigation seule agit : 1° par la température de l'eau employée; — 2° par le volume de la veine liquide; — 3° par la hauteur de chute donnée à cette veine.

Toutes ces actions sont toujours à la disposition du médecin.

Un des principaux résultats de l'irrigation est de permettre aux malades de reprendre presque immédiatement leurs travaux habituels, avantage précieux dans la clientèle ouvrière et nécessiteuse des cliniques.

Des expériences comparatives faites dans le service de son maître, M. le professeur Trélat, et suivies de résultats heureux et rapides, ont engagé M. Coursserant à vulgariser ce procédé si pratique et si simple.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 février 1879. — Présidence de M. P. Bert.

### COMMUNICATION

**Injections intra-veineuses de lait.** — M. DE SINÉTY, à l'occasion de la communication faite, dans la dernière séance, par M. Laborde, fait observer que les résultats obtenus doivent varier suivant que le lait est injecté longtemps après avoir été extrait de la mamelle, ou, au contraire, tout de suite après. La composition histologique du lait varie très-notablement suivant ces cas. En effet, dans le lait qui a été tiré déjà depuis un certain temps, les globules s'entourent d'une enveloppe, il se fait des coagulations spontanées, dont le rôle est sans doute très-important au point de vue des accidents emboliques dont a parlé M. Laborde. Or il existe déjà un certain nombre de ces coagulations spontanées dans le lait, alors que l'œil n'y découvre encore absolument rien et que le microscope seul permet de les distinguer.

M. LABORDE admet avec M. de Sinéty que la composition histologique du lait doit jouer un grand rôle dans les résultats obtenus. Il rappelle cependant que ces résultats, dans ses expériences, variaient surtout selon la quantité de lait injecté.

**Structure de la cornée.** — M. RANVIER fait depuis quelque temps une série de recherches sur la structure de la cornée. Il communique aujourd'hui quelques faits relatifs à la transparence de la cornée. Cette transparence n'a lieu, dit-il, qu'à la condition que les éléments constitutifs de la cornée présentent le même indice de réfraction. Il résulte des nombreuses recherches auxquelles s'est livré M. Ranvier, que chez l'animal vivant les corpuscules de la cornée ne se voient pas à l'état normal ; ces corpuscules n'apparaissent que lorsque l'œil en expérience a séjourné quelque temps dans de l'humeur aqueuse. M. Ranvier a démontré que, si les cellules de la cornée deviennent apparentes sous l'influence des vapeurs d'eau, cela tient à l'imbibition de la membrane. Il fait observer, à cette occasion, que les fibres de la cornée jouissent d'une propriété hygrométrique telle qu'un œil de bœuf, plongé dans l'eau distillée, augmente de plusieurs fois son diamètre.

**Altérations des nerfs dans la paralysie saturnine.** — M. DÉJÉRINE, dans deux cas de paralysie saturnine, a trouvé deux fois sur cinq une atrophie dégénérative des racines antérieures de la région cervicale.

M. CHARCOT n'a jamais trouvé, dans la paralysie saturnine, d'altérations des racines antérieures qui puissent être comparées à celles que l'on rencontre, par exemple, dans l'atrophie musculaire dite spinale.

M. RANVIER n'admet pas qu'après la section des nerfs le bout central puisse dégénérer comme le bout périphérique.

M. DÉJÉRINE a eu l'occasion d'examiner de vieux amputés, et a constaté, chez eux, ce que les chirurgiens ont appelé le névrome terminal, quelquefois un peu de névrite ascendante ; mais jamais il n'a trouvé aucune altération dans les racines antérieures ni dans les racines postérieures. M. Déjérine a examiné également des segments centraux de nerfs sectionnés et n'y a jamais rien trouvé.

**Variations de la température périphérique dans les affections fébriles.** — M. COUTY fait une communication sur ce sujet.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 février 1879. (Fin.) — Présidence de M. Tarnier.

### COMMUNICATION

**Luxation ovalaire ancienne de la cuisse. Réduction.** — M. DESPRÈS lit une observation de luxation ovalaire (ischio-pubienne, sous-pubienne), *ancienne*. Cette variété est très-rare. Il l'a observée récemment à l'hôpital Cochin chez un homme qui y a été amené, probablement après avoir essayé du savoir-faire d'un rebouteur de la barrière de Montrouge, successeur de l'ancienne Dame blanche. C'est un puisatier qui, travaillant au fond d'un puits, fut pris sous une masse de terre qui se détacha et tomba sur son côté gauche en l'aplatissant pour ainsi dire sur le sol, pendant que la jambe du côté droit se fléchissait sous la charge. Lorsqu'on déblaya l'éboulement on trouva cet homme assis pour ainsi dire sur sa cuisse qui faisait un angle droit avec le tronc. Ses camarades s'empressèrent naturellement de tirer sur la cuisse, et tentèrent de la ramener dans la direction normale. Le rebouteur avait aussi probablement tenté ce traitement. Deux mois après l'accident, lorsque le malade vint à l'hôpital, avec des béquilles et soutenu par deux hommes, on constata une luxation ovalaire du fémur ; la jambe était fléchie et portée dans l'abduction et la rotation en dehors, le tronc fléchi sur le bassin. On avait trouvé 2 centimètres d'allongement du membre. Après deux grands bains prolongés, les tentatives de réduction furent commencées. Le malade fut soumis à une chloroformisation complète et poussée jusqu'à la résolution absolue et la respiration stertoreuse. L'exploration put alors être faite d'une façon plus satisfaisante. Tous les assistants constatèrent la présence de la tête du fémur à une distance exactement égale de la racine de la verge et de l'ischion, placée sous la masse des adducteurs et sous le pectiné. En cherchant le trochanter à sa place normale, on trouvait un vide des plus manifestes. Nous avions évidemment tous les signes de la luxation ovalaire. Il fallait la réduire. Après avoir fait les tractions dans l'extension, poussées jusqu'à une force de 250 kilogrammes, en augmentant de 10 kilogrammes à la fois, M. Desprès essaya la réduction ; il n'y parvint pas. Le malade, qui était réveillé, fut de nouveau endormi. Les mêmes tractions furent répétées, en y ajoutant la traction en dehors. M. Desprès se servit d'un manche à balai recouvert d'une alèse, pour soulever fortement la cuisse en dehors pendant que les aides faisaient les tractions dans l'extension. Même insuccès : la luxation paraissait réduite, mais elle ne l'était pas, car on ne pouvait pas encore rapprocher la jambe gauche de la jambe droite. Le malade fut soumis une troisième fois à la chloroformisation complète, et les tentatives furent renouvelées, mais avec tractions dans un autre sens, tractions horizontales pour faire glisser la tête du fémur. Cette fois, dans un dernier mouvement d'impatience, les aides poussèrent les tractions jusqu'au chiffre de 300 kilogrammes. On entendit quelques légers craquements : on lâcha tout : la réduction

n'était pas encore obtenue, cependant le membre avait une plus grande liberté, mais le pied gauche ne pouvait se croiser sur le pied droit. La luxation fut donc déclarée incomplètement réduite. Le malade fut reporté dans son lit : on lui appliqua des cataplasmes sur la hanche et le genou, où s'étaient formées de petites eschares superficielles causées par les tractions avec les lacs. Le lendemain le malade se trouvait très-bien. Quand on voulut l'examiner à la visite, quelle ne fut pas la surprise en trouvant la luxation réduite ! On pouvait faire croiser les pieds, et imprimer des mouvements de rotation à la cuisse dans la cavité coxo-fémorale. Deux mois et demi après, le malade sortait avec des béquilles et pouvait marcher.

Les exemples de réduction de luxations ovalaires anciennes sont fort rares. A. Cooper a cité une luxation datant de deux à trois semaines, réduite par les procédés de force : on entendit le bruit caractéristique que fit la tête en rentrant dans la cavité cotyloïde. Deux autres observations sont rapportées par Malgaigne, l'une d'un mois, l'autre de huit mois. Legouest a cité un exemple de réduction, mais de luxation spontanée survenue à la suite d'une fièvre typhoïde. Bigelow n'en fait pas mention, non plus que les Bulletins de la Société de chirurgie lorsqu'on a discuté la réduction des luxations anciennes. Notta (de Lisieux) a cité à la Société, en 1874, l'observation d'une luxation ovalaire datant de six semaines, dont la réduction avait été tentée sans succès par les tractions sur la cuisse fléchie à angle droit.

Je sais bien, ajoute M. Desprès, que les luxations ovalaires peuvent se réduire spontanément, mais, dans le cas particulier, je m'explique cette réduction par ce fait que les tractions avaient préparé cette réduction : il est possible que l'infirmier, en reportant le malade dans son lit, ait achevé de réduire la luxation, ou même que le simple creux du lit ait suffi pour achever de faire glisser la tête du fémur dans la cavité.

Je pense que la tête du fémur a été ramenée près de sa position normale par l'effet des tractions en dehors, avec le bâton soulevant le fémur. A ce moment, on a vu une saillie très-manifeste du grand trochanter; la tête était donc presque rentrée dans sa cavité, ou peut-être elle ne pouvait rentrer complètement, à cause du sang épanché, de lambeaux de capsules, etc. En tout cas, voilà le fait tel qu'il a été observé; je n'avais pas pour me guider l'expérience de mes prédécesseurs : j'espère que, dorénavant, cette observation aidera ceux qui se trouveront dans les mêmes circonstances.

M. BERGER a observé une luxation analogue, mais récente, et il l'a provoquée en réduisant une luxation ischiatique : la réduction a d'ailleurs été obtenue par la méthode de douceur.

M. LE FORT, malgré le succès obtenu, trouve que la force de 300 kilogrammes est trop élevée; il pense qu'il ne faut pas dépasser le chiffre de 250, auquel même il n'oserait pas arriver. On n'a pas encore dépassé celui de 275 avant M. Desprès. A ce degré, il y a sérieusement à redouter les fractures du col du fémur, surtout dans les tractions en dehors. Quant à se fier aux méthodes de douceur, comme le dit M. Berger, il n'y faut guère compter dans les luxations anciennes : ce qu'il importe alors de réaliser, c'est de commencer des manipulations, des mouvements de 50, 75, et même 100 kilogrammes, à plusieurs reprises, et pendant plusieurs jours, sur le membre luxé, avant de tenter la vraie réduction : on rend les adhérences plus mobiles, la capsule qui s'était rétrécie se distend peu à peu, la légère inflammation ainsi provoquée ramollit un peu les ligaments.

Les réductions spontanées ont déjà été observées : l'un des cas de Malgaigne concerne un malade qui avait été envoyé aux eaux pour se traiter de sa luxation : son état ne s'était pas amélioré, quand, à son départ, en montant en voiture, il vit soudain sa luxation se réduire complètement. L'autre observation est celle d'une luxation réduite dans le lit. Je puis ajouter à ces faits deux autres observations ; dans la dernière, il s'agit d'un enfant atteint de luxation ovalaire récente : on le transportait sur une brouette, quand, pour franchir la porte de la maison, l'enfant fit instinctivement un mouvement d'adduction pour retirer sa jambe luxée qui était à angle droit avec le bassin et horizontalement; la luxation était réduite.

M. TILLAUX. Je félicite M. Desprès de son beau succès. Je voudrais seulement faire une petite remarque sur le mécanisme de la luxation. Elle s'est produite, dit-on, par un mouvement d'abduction, mais je crois qu'il faut ajouter : et ensuite par un mouvement de flexion. Je ne pense pas qu'on puisse obtenir la luxation en exagérant simplement l'abduction sans fléchir la cuisse. Abduction et rotation d'abord, mais en même temps flexion, voilà ce qu'il faut réunir pour déterminer cette luxation. Les pièces anatomiques du musée Dupuytren en sont une nouvelle preuve. Ces sortes de luxations se produisent toujours à la suite d'éboulement, d'écrasement du corps de haut en bas, circonstances dans lesquelles il y a toujours une certaine flexion du membre. Je veux aussi faire ressortir un autre détail : MM. Berger et Notta ont transformé une luxation ischiatique en luxation ovalaire ; on s'explique parfaitement cette transformation réciproque d'une de ces luxations en l'autre, parce que, dans ces deux luxations, la déchirure de la capsule se fait en bas, tandis que, dans les deux cas, la portion supérieure de la capsule reste intacte. La luxation sera ovalaire si la cuisse est fléchie en dehors; elle sera ischiatique si la flexion a lieu en dedans. La transformation est toute naturelle, puisqu'il y a même lésion de la capsule.

M. LE FORT. J'ai vu aussi une transformation de luxation ischiatique en ovalaire. Dans ces cas, c'est le ligament de Bertin qui est le centre des mouvements. Le malade étant couché sur le sol, j'ai fait l'extension en haut, en tirant sur le jarret ; on comprend que la tête du fémur peut passer au-dessus du rebord de la cavité et être ramenée à sa position, si l'on fait une certaine traction pour lui faire franchir le rebord cotyloïdien.

M. DESPRÈS. Je pense que les tractions seules peuvent suffire pour obtenir une réduction ; mais, malgré le respect que je professe pour la mémoire de mon père, je ne crains pas de dire ici mon opinion sur le procédé de réduction qu'il a imaginé, et dont tous les chirurgiens ont reconnu la valeur. Depuis que nous avons la ressource de chloroformiser nos malades, et de vaincre absolument toute résistance musculaire, je crois qu'il suffira désormais de faire simplement la traction, afin de mobiliser la tête et de la dégager. J'ai ainsi réduit quatre luxations ovalaires, dont une chez un homme de constitution athlétique. Il est vrai que j'ai poussé la chloroformisation jusqu'à résolution complète, et je pense que l'on doit toujours agir ainsi.

### PRÉSENTATION D'APPAREIL

M. Mégissier présente un petit chariot mécanique très-ingénieux, fabriqué pour permettre de faire marcher, se lever, s'asseoir, etc., un enfant paralysé.

La séance est levée à cinq heures et demie.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 16 janvier 1879, M. Hergott, professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Nancy, a été transféré, sur sa demande, à la chaire de clinique obstétricale, vacante à ladite faculté.

— Par arrêté du 6 février 1879, M. Rambaud, professeur à la Faculté des lettres de Nancy, est nommé chef du cabinet du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts.

— *Hôpitaux de Paris.* — Un concours pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central s'ouvrira le lundi 24 mars 1879, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. — Le registre d'inscription des candidats, ouvert de midi à trois heures, le samedi 22 février, sera clos le samedi 8 mars, à trois heures.

— Par arrêté ministériel en date du 30 janvier 1879, ont été nommés : MM. les docteurs Grancher, Dieulafoy et Straus, médecins à l'hôpital Ménilmontant; M. le docteur Liouville, médecin à

l'hospice La Rochefoucauld; M. le docteur Legroux, médecin à l'hôpital Laennec; M. le docteur Rendu, médecin à l'hôpital de Lourcine; M. le docteur Gillette, chirurgien à l'hospice de Bicêtre.

— MM. les docteurs Dubuisson, Manguin et Charpentier, sont nommés membres de la commission des logements insalubres de la ville de Paris, pour une période de six ans.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Vertheimer (Émile), né le 24 juillet 1852 à Rosheim (Bas-Rhin), docteur en médecine, est institué prosecteur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Hugonin (Henri-Abel-César), né à Grenoble le 9 mai 1853, est nommé commis au secrétariat.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Gérard, licencié ès sciences, préparateur des travaux pratiques de botanique, est, en outre, nommé préparateur du cours d'histoire naturelle à ladite école, en remplacement de M. Feca. — M. Gaudin, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Curie, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — La chaire de pharmacie prend le titre de chaire de pharmacie et matière médicale. — La chaire de pathologie externe prend le titre de chaire de pathologie externe et de médecine opératoire. — La chaire d'histoire naturelle et matière médicale prend le titre de chaire d'histoire naturelle. — La chaire de chimie prend le titre de chaire de chimie et toxicologie. — Il est créé une chaire d'hygiène et thérapeutique.

M. Huguet, suppléant, est nommé professeur de chimie en remplacement de M. Bertrand, admis à la retraite.

— *École de médecine de Rennes.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'ouvrira, le 1er mai 1879, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Joly, ancien professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé professeur honoraire.

— *Faculté des sciences de Caen.* — M. Renault, bachelier ès sciences, aspirant répétiteur au lycée de Caen, est nommé préparateur de botanique à la Faculté des sciences de cette ville, en remplacement de M. Crié, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Rennes.* — M. Crié, docteur ès sciences naturelles, est chargé du cours de botanique, en remplacement de M. Barthélemy, non acceptant.

— *Faculté des sciences de Toulouse.* — M. Joly, ancien professeur à la Faculté des sciences de Toulouse, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire.

M. Filhol, docteur ès sciences, est chargé du cours de zoologie à la Faculté des sciences de Toulouse, en remplacement de M. Joly, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

MM. Joulin et Filhol, docteurs ès sciences, sont maintenus dans les fonctions de maîtres de conférences pendant l'année scolaire 1878-79.

— M. le docteur Lang est nommé médecin-adjoint au lycée de Toulon (emploi nouveau).

— M. le docteur Legeal est nommé médecin du lycée de Valenciennes (emploi nouveau).

— *Erratum.* — Page 115, ligne 6, au lieu de *nécro-hymen, pseudo-hymen*, lisez : *nécrohyméne* et *pseudohyméne*.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7803.

N° 18. — JEUDI 13 FÉVRIER 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 13 FÉVRIER 1879. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Certes M. Chauffard avait été un membre assez éminent de l'Académie de médecine, un professeur assez en vue, un orateur et un écrivain assez remarquable : mais de son vivant il n'avait pas eu les honneurs de la présidence, et c'est pourquoi on n'a pas cru devoir lever la séance en signe de deuil après l'annonce de sa mort.

On a écouté dans le plus grand silence, avec émotion, le discours que M. Roger avait prononcé sur sa tombe et qui fourmillait de traits d'éloquence dignes du maître dont il parlait.

Puis on est revenu à la discussion interminable sur la septicémie. M. Trélat a pris la parole, comme d'ordinaire, à peu près sans notes, se laissant aller à la fougue d'une improvisation nerveuse et appuyant, pour ainsi dire, sur le mordant d'une critique à l'emporte-pièce. Dr Victor Revillout.

## HOPITAL NECKER. — M. Potain.

### De l'examen des malades.

Lorsque l'étudiant aborde les études cliniques proprement dites, il doit y apporter, outre les connaissances suffisantes de pathologie, deux qualités indispensables, la méthode et l'attention. Il ne suffit pas, en effet, d'avoir vu un grand nombre de malades pour être un habile médecin. On n'acquiert par cette expérience qu'une habileté d'infirmier ou de sœur d'hôpital, qui n'ont pas grande peine à reconnaître qu'un malade est atteint de phthisie ou de fièvre typhoïde, ou qu'il n'a plus que quelques instants à vivre. Il faut, dans l'examen des malades, une attention plus considérable qu'on ne le pense; il ne suffit pas de leur poser quelques questions sans avoir un but déterminé, et ce qui paraît être fait si tranquillement n'est souvent obtenu que par une extrême tension de l'esprit.

Les homœopathes, après Hahnemann, recommandent de laisser dire le malade, d'écouter tout son récit, et de baser sa thérapeutique sur ce qu'il a raconté. Or les réponses des malades ne dépendent guère que de leurs idées théoriques : un malade émet beaucoup trop souvent une idée théorique, suivant ce qu'il suppose de sa maladie, au lieu de raconter ses sensations au médecin qui l'interroge. Il faut se méfier beaucoup de cette méthode.

L'exploration des malades doit donc être faite suivant certaines règles et suivant certaine méthode, et non pas suivant cette pratique homœopathique qui est presque la négation d'une méthode.

L'examen d'un malade comporte trois ordres de faits : 1° établir l'histoire du malade; 2° faire l'exploration proprement dite; 3° tirer les conclusions et instituer le traitement qui en découle. Le premier acte exige une grande habitude des malades, aussi bien que le dernier; ce n'est pas sur ces points que j'insisterai aujourd'hui, ne voulant que vous donner les préceptes généraux qui doivent précisément vous conduire à cette pratique habituelle des malades.

L'exploration des malades est le côté matériel, pour ainsi dire, de l'art : elle comprend cependant autant de difficultés intellectuelles que de difficultés mécaniques.

Une première question se pose, à savoir, dans quel ordre on doit pratiquer l'exploration des malades. Tous les médecins ne sont pas d'accord sur ce point.

Après l'interrogatoire préliminaire du malade, on s'est fait une idée, souvent très-arrêtée, de la maladie qu'il présente, et on cherche alors à vérifier, par les questions ultérieures, l'exactitude de ce diagnostic posé presque *à priori*. Cette pratique, commode pour les gens habitués à l'exercice médical, a aussi l'avantage d'être très-rapide. Mais, en général, il faut s'en défier : elle conduit aux erreurs de diagnostic les plus considérables. Parfois, dans les concours du bureau central par exemple, on a vu des candidats ayant précisément dirigé leurs études de manière à s'exercer à poser un diagnostic très-rapidement, être conduits à laisser tout un côté de la maladie dans l'obscurité parce que, dès l'abord, ils n'ont cherché à vérifier que le diagnostic posé dès le commencement de l'exploration.

Vous n'emploierez donc pas cette méthode : en effet, il ne faut pas être pressé quand on fait de la médecine, il faut toujours prendre le temps d'examiner les malades afin de porter un diagnostic précis : afin de ne point, par exemple, confondre de l'anémie avec de la tuberculose et prescrire des douches froides, des exercices violents, qui, très-utiles dans l'anémie, ne font qu'accélérer le développement

des accidents de la phthisie. Il ne faut jamais donner un conseil, une prescription, qu'ils ne soient bien légitimement indiqués. On devra donc renoncer à une méthode qui ne repose que sur une idée préconçue.

Un autre système, diamétralement opposé, est celui qui fut préconisé par Rostan et par Chomel : il consiste à examiner un malade *à capite ad calcem*, appareil par appareil. Cette méthode serait assurément d'une longueur démesurée, car il faut plusieurs jours pour connaître le fonctionnement d'un organisme. De toute nécessité, il faut prendre un terme moyen. On a toujours, après l'interrogatoire, une présomption de diagnostic : on voit qu'on a affaire à des troubles portant sur quelques organes seulement, et parmi eux un principalement est le plus troublé. Il sera donc juste et logique de commencer l'exploration par cet appareil. On passera ensuite aux autres, toujours en examinant ceux qui ont les relations physiologiques et pathologiques les plus intimes avec le premier appareil. C'est ainsi qu'on explorera successivement, et dans un ordre déterminé, les appareils nerveux, digestif, respiratoire, circulatoire, génito-urinaire.

Il y a une dernière exploration, qui doit même être faite dès l'arrivée : c'est celle du faciès, de l'habitude extérieure du malade. Ce point est d'une grande importance ; il donne de suite des notions très-importantes qui, pendant tout le reste de l'examen, dirigent le médecin dans un ordre d'idées plutôt que dans tel autre où il ferait fausse route. Ainsi on doit tenir compte de la couleur de la peau, de l'expression de la physionomie, du regard, de la température approximativement par le simple contact de la main, des caractères du pouls, de sa fréquence ; de la situation du malade dans son lit, surtout chez les enfants où, par exemple, la tête cachée sous l'oreiller, les genoux repliés vers la face, sont des symptômes de méningite probable.

Si l'on n'avait aucune raison, ce qui est rare, de commencer par tel appareil plutôt que par tel autre, il est rationnel d'examiner d'abord l'état des voies digestives. L'appareil digestif est celui qui est le plus facilement troublé ; souvent, sans doute, les phénomènes qu'il présente sont d'une banalité peu utile au diagnostic, mais il en est quelques-uns qui peuvent avoir une certaine valeur, dans des circonstances particulières. Les symptômes sont de deux sortes : subjectifs et objectifs. Il est, pour l'appareil digestif, deux choses qu'il ne faut jamais oublier : c'est l'examen de la langue (un malade ne pardonnerait pas à un médecin de ne pas lui avoir fait tirer la langue), et l'*examen de la gorge*. Il faut toujours explorer la gorge des malades ; chez les enfants surtout, une angine est souvent prise pour une méningite, etc. ; elle est souvent méconnue. C'est là une indication très-importante.

On passera ensuite à l'exploration de la cavité abdominale proprement dite : elle comprend l'exploration avec l'œil, la palpation, la percussion, l'examen des produits.

L'aspect du ventre, à la simple vue, renseigne sur son volume et sur sa forme. Le volume peut être augmenté par l'ascite, par les gaz distendant l'intestin, par les tumeurs, par l'utérus gravide, par la distension de cavités telles que la vessie, les uretères, etc. Rien que par l'aspect, on peut se faire des probabilités en vue de tel ou tel diagnostic. De même pour la forme du ventre aplati au milieu et étalé sur les côtés, ou ballonné, ou allongé en pointe, etc.

La palpation doit être faite avant la percussion, qui est faite pour compléter cette première exploration ; d'autre part, le malade n'étant pas fatigué, les muscles pas contractés par des percussions successives, la palpation est plus efficace. Elle donne d'ailleurs plus de renseignements que la percussion. Elle se pratique de deux façons : d'abord, avec la main posée à plat, on fait une exploration générale de toute la surface abdominale ; mais il faut faire ensuite une palpation profonde, avec les extrémités des doigts, pour vérifier et compléter les sensations perçues par la première palpation plus superficielle. La palpation est réellement un art : pour qu'elle soit utile, il faut la faire avec beaucoup de patience, lentement et progressivement, en allant des régions libres vers celles qu'on suppose dures, en faisant la comparaison entre la résistance des parties plus souples avec celles qui le sont moins. Ainsi, pour la palpation du foie, on partira du milieu de l'abdomen ; par une pression lente, on plonge les doigts progressivement dans la cavité abdominale jusqu'à ce qu'on arrive à un point plus résistant. Je n'ai pas à rappeler ici les précautions de température qu'il ne faut pas négliger, les indications qu'on tire de la palpation, par exemple pour diagnostiquer la position d'un fœtus, etc.

La percussion donne deux renseignements : le degré de sonorité des organes, et la délimitation de ces organes. Il faut commencer par percuter la région au voisinage de ce que l'on suppose mat : une fois la matité constatée, on s'arrête ; quelques coups de doigt suffisent ; il est absolument inutile de parcourir en percutant, par exemple, toute la hauteur du foie. On obtient ses dimensions en ne percutant que vers ses bords.

La percussion profonde n'est guère utile que pour l'exploration de la cavité thoracique : elle l'est moins pour les organes de la cavité abdominale, à cause de la trop grande sonorité des anses intestinales.

Pour l'appareil respiratoire, l'exploration porte sur le rhythme, la modalité de la respiration.

On passe ensuite à la percussion, à la palpation et à l'auscultation. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans ces détails.

L'exploration de l'appareil de la circulation comprend l'exploration de la circulation centrale, et celle de la circulation périphérique.

Celle des organes urinaires comprend l'examen des produits, des urines, puis l'exploration des organes, des reins, de la vessie, du canal de l'urèthre. Il faut apporter dans l'exploration des reins une grande attention. On cherche souvent l'hyperesthésie des reins dans la région lombaire ; il faut aussi la rechercher par la palpation de l'abdomen, ou encore, en pressant d'une part sur l'abdomen et d'autre part sur la région lombaire.

L'exploration des organes génitaux est soumise à des règles particulières sur lesquelles je n'insiste pas aujourd'hui. Je m'arrêterai un peu plus longtemps sur l'exploration du système nerveux. Le cerveau et la moelle sont peu accessibles ; les organes des sens sont d'une exploration plus commode, mais assez compliquée. Tout appareil des sens comprend des organes de réception, de transmission, de perception ; il faut ensuite tenir compte du jugement qu'on porte de la perception. Chacun de ces termes peut être troublé isolément : il faut chercher à quelle partie de l'appareil on doit rapporter la lésion.

La peau peut présenter une diminution de sensibilité qui peut tenir à ce que la peau est calleuse et l'épiderme très-épaissi ; de même pour l'ouïe, une sorte de paroi peut être

interposée, ainsi du coton oublié dans les oreilles; pour la vision, une hypersécrétion des larmes produit un résultat analogue; pour l'odorat, les polypes, les mucosités épaissies, accumulées dans les fosses nasales, etc.

L'appareil de perception peut être altéré : ainsi les leucomes de la cornée, la cataracte, l'épaississement de la membrane du tympan, de la muqueuse olfactive. Mais ces appareils de perception sont aidés par des appareils d'accommodation, lesquels, eux aussi, subissent des altérations qui ont une part considérable dans les troubles fonctionnels. Je ne ferai que citer les troubles de l'accommodation pour la vision. Les altérations nerveuses, paralysies des muscles des osselets, ont les mêmes résultats pour les troubles de l'ouïe. Les paralysies de la face gênent l'accommodation des narines pour l'olfaction. Dans tous ces cas, l'organe est intact : seuls, les moyens de transmission sont altérés.

L'intervention du jugement peut nuire considérablement à l'appréciation des fonctions : le degré de sensibilité, mesuré avec le compas de Weber, est une indication tout à fait subjective; il varie suivant l'attention du malade, suivant l'exercice; il ne faudra pas prendre pour un trouble de la sensibilité ce qui est un trouble de jugement.

L'exploration de la sensibilité cutanée comporte les notions de sensibilité au contact et à la chaleur, puis la sensibilité pour la douleur, qui n'est pas distincte des deux autres. Pour juger de la sensibilité au contact, il faut avoir soin que l'objet employé ait la même température que la peau de l'individu examiné; sinon l'on confondra les deux notions, et l'on croira à tort à l'altération de l'une ou de l'autre. Il faut, en outre, presser légèrement, afin de ne pas prendre pour une perte de sensibilité superficielle une perte de sensibilité profonde. La recherche de la sensibilité thermique exige aussi les plus minutieuses précautions : en effet, ce que la peau sent, c'est la différence entre sa température et la température de l'objet. On explorera donc le degré de sensibilité de la peau pour des différences connues de températures. Pour cela, on a imaginé des appareils qui sont trop compliqués pour pouvoir être utilisés quotidiennement. Quel que soit le moyen d'exploration employé, il est nécessaire que les objets qui sont appliqués sur la peau, à des températures différentes, aient toujours une même dimension constante et une conformation semblable, et qu'ils soient mis en rapport avec les mêmes points de la peau, afin que chacun touche la même surface de la peau. Ce qui est le plus commode pour ces recherches, c'est l'emploi de deux cuillers, dont on chauffe l'une dans de l'eau chaude ou sur un fourneau. Il faut se rappeler que la peau, à l'état normal, est sensible à des différences de température très-légères; on peut distinguer jusqu'à un demi-dixième de degré en plongeant la main dans des vases remplis d'eau à cette différence de température.

La sensibilité à la douleur ne doit pas être confondue avec celle de la température : ainsi la douleur produite par le contact d'un objet très-chaud. Il importe de distinguer ce qui est sensation de contact de ce qui est sensation de chaleur. Il faut encore distinguer la sensibilité des régions de profondeurs différentes : tel malade présente une analgésie des parties superficielles, tandis qu'il sent bien dans les parties profondes, et réciproquement.

Tel est l'aperçu très-rapide des difficultés de l'exploration : on voit qu'il faut y apporter l'attention la plus rigoureuse et la plus méthodique pour éviter les erreurs et les causes de désaccord.

Ce n'est pas à dire qu'il faudra entrer dans tous ces détails pour chaque malade, ni qu'il faudra toujours parcourir ce cercle de recherches minutieuses.

Enfin il ne faut pas croire qu'il est indispensable d'employer tous les nombreux appareils qui ont été imaginés pour pratiquer l'exploration des divers organes avec la rigueur scientifique que comporte la médecine actuelle. Sans doute ces instruments sont d'une utilité très-considérable; mais il ne faut pas se croire désarçonné parce qu'on ne les possède pas, et qu'on ne les applique pas au diagnostic. Ils servent surtout à l'enseignement clinique pour l'analyse précise des faits et pour leur interprétation. Ils servent surtout à transmettre à autrui les faits constatés et les preuves de l'interprétation qu'on en donne. Ils expliquent nos sensations, mais ne nous dispensent nullement de savoir les percevoir; et même, pour tirer un parti utile de ces appareils, il ne faut pas supposer qu'il suffit de les appliquer, car leur maniement exige une habileté et une habitude aussi indispensables que l'exercice de nos sens. Le sphygmographe ne donne pas autant de renseignements que le doigt d'un médecin. Le cardiographe de Marey, en expliquant le mécanisme des mouvements du cœur, a fermé l'ère des discussions sur le souffle qui ont agité toute une génération; mais il ne nous dispense pas de savoir reconnaître ces souffles chez les malades, et, sans cardiographe, le praticien doit arriver à porter un diagnostic exact.

---

## CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

### Hémorrhagie traumatique de la main.

Par M. E. Sonrier, médecin principal en retraite.

La récente publication du docteur Sorbets (des Landes), dans la *Gazette des hôpitaux* du 10 décembre dernier, qui préconise la compression dans les plaies artérielles de la main, nous remet en mémoire quelques cas semblables traités avec succès par le même moyen; et, comme notre confrère fait appel aux observations pour élucider cette question si controversée, nous nous empressons de lui envoyer ces souvenirs déjà vieillis, mais toujours pleins d'actualité.

Dans cette question des hémorrhagies de la main, on est loin d'être d'accord. Faut-il, comme le recommande Nélaton, lier les deux bouts du vaisseau dans la plaie récente ou suppurée? se contenter, d'après Bérard, de la compression indirecte aidée des astringents? ou bien, à l'exemple des chirurgiens plus hardis, notamment M. Fleury, de Clermont (*Gazette des hôpitaux*, 1874, n° 26), porter la ligature, d'après la méthode d'Anel, loin du foyer hémorrhagique?

Cette question, comme on le voit, comporte de bien grandes difficultés, et suscite des controverses loin d'être épuisées, si on en juge par l'animation qu'elle soulève au sein de la Société de chirurgie toutes les fois qu'elle reparaît.

Obs. I. Le 16 mai 1868, un soldat du 33e régiment fut apporté à l'ambulance du camp de Châlons, pour lésion de l'artère radiale droite, à l'endroit du pouls, par un coup de ciseaux. Immédiatement un jet rutilant, saccadé, gros comme une plume de corbeau, s'élance à la hauteur d'un mètre. Le blessé applique lui-même son pouce au-dessus de la plaie et arrête le sang; le médecin-major, aussitôt appelé, après avoir constaté que c'est bien la

radiale qui est ouverte, exerce une forte compression sur la plaie, et envoie le blessé à l'hôpital.

1° Arrêter le cours du sang, par une double pression sur les bouts de l'artère divisée; 2° briser l'impulsion de la colonne sanguine par la flexion forcée et continue de l'avant-bras sur le bras, lui-même étreint par un lien constricteur; 3° ralentir les pulsations artérielles par l'administration de la digitale; 4° favoriser enfin la formation du caillot par l'ingestion de perchlorure de fer : telles nous paraissent être les indications à remplir.

Nous appliquons, sur la radiale et la cubitale, pour fermer le double cercle artériel de la main, deux demi-bouchons de liége entourés de diachylum pour les faire adhérer à la peau et reliés ensemble par des bandelettes agglutinatives. Cet appareil solide arrête immédiatement l'hémorrhagie.

17 mai. Rien n'a reparu, l'avant-bras est maintenu dans la flexion forcée : perchlorure de fer sur la plaie, et à l'intérieur alterné avec la digitale.

18. L'appareil est bien supporté : sommeil, appétit, le pouls tombe à 50.

Du 19 au 23. Rien à signaler, on continue le traitement.

26. On enlève l'appareil sans que rien n'apparaisse. Les battements de la radiale, au-dessus et au-dessous de la plaie, ne sont plus perçus. On continue la compression jusqu'au jour de la sortie, le 21 mai.

Obs. II. T..., douze ans, de Puxieux (Vosges), est tombé le 28 octobre 1868, le poignet droit sur une faux, et s'est fait, à un centimètre au-dessus du pisiforme, une plaie profonde qui a pénétré jusqu'à l'articulation, sans léser les tendons. Hémorrhagie abondante que réprime incomplètement un lien constricteur : à la levée de cet appareil provisoire, un jet rutilant, isochrone aux pulsations, s'élance à une hauteur de 2 mètres. La compression digitale l'arrête et aurait certainement suffi, si l'artère, facile à saisir, dans cette vaste plaie, n'eût décidé notre irrésolution; une pression exercée sur la radiale complète l'opération. Rien n'a reparu, et l'enfant, revu huit jours après, est considéré comme guéri.

Obs. III. J... Auguste, neuf ans, de Hergugney (Vosges), nous est amené le 20 août 1876, pour plaie faite, il y a cinq semaines, à la base de l'éminence thénar avec lésion du rameau radio-palmaire; hémorrhagie abondante, environ un litre, sans déterminer de syncope. Un médecin appelé applique des compresses aluminées et de perchlorure de fer. Trois jours après, nouvelle effusion sanguine, un verre. Trois semaines plus tard, un verre et demi. Enfin, le 19 août, un demi-verre. L'enfant est pâle, débilité; souffles anémiques dans les artères, mais l'état général est assez bon, la plaie est presque cicatrisée.

Traitement indiqué plus haut, régime tonique, quinquina; j'ajoute la poudre de fève de Saint-Ignace. Sous l'influence de ce traitement l'hémorrhagie n'a plus reparu à la levée de l'appareil quatorze jours plus tard : la compression est encore continuée pendant le même temps et la guérison est définitive.

Obs. IV. L... Mathilde, onze ans et demi, de Racécourt (Vosges), est opérée le 23 décembre 1877, pour rétraction cicatricielle des doigts de la main droite consécutive à une brûlure qui remonte à huit ans. En détruisant les brides cutanées et fibreuses de la région palmaire au niveau des articulations des phalanges et phalangines, j'ouvre une collatérale interne de l'annulaire qui donne un peu de sang. Compression des radiale et cubitale, flexion du doigt lésé et de l'avant-bras, perchlorure de fer sur la plaie. L'hémorrhagie est arrêtée.

30 décembre. L'écoulement sanguin reparaît assez abondant. Compression circulaire du doigt. Traitement *ut suprà.*

1er janvier. Suintement modéré dans la plaie. Compression continuée pendant huit jours. Rien n'a plus reparu.

Obs. V. En octobre 1846, on apporta à l'hôpital militaire d'Oran un Espagnol jeune encore, presque mourant d'hémorrhagie de la tibiale postérieure au niveau de la malléole interne, produite depuis huit jours par un coup de hache. Il raconte que, malgré les applications répétées de bouse de vache, il a eu des hémorrhagies successives avec syncopes, lipothymies, vertiges. En effet, il est pâle, exsangue, lèvres livides, pouls fréquent, misérable ; aussi le sang ne coule-t-il plus qu'en bavant.

Après des tentatives réitérées de ligature, mais trop impressionnées par l'état du moribond et la vue du sang, on dut y renoncer, pour se contenter d'exercer une double compression sur la crurale et la tibiale, en maintenant le membre fléchi sous des irrigations froides et astringentes. L'hémorrhagie s'arrête aussitôt pour ne plus reparaître. Huit jours après, le blessé sort radicalement guéri.

Tels sont les faits que nous avons observés et d'autres que nous regrettons de n'avoir pas consignés dans nos notes pour prouver l'excellence de ce traitement.

Nous n'ignorons pas que cette manière de faire va soulever une foule d'objections, et qu'on ne manquera pas de nous dire que nous faisons là de la chirurgie expectante et pleine de dangers, quand la ligature offre tant de sécurité et d'avantages ; et que, si nous avons obtenu des succès si constants, c'est qu'une série exceptionnellement heureuse nous a favorisé.

Les faits ont répondu pour nous, et combien de confrères ne pourraient-ils pas apporter leur contingent de preuves en faveur de la compression !

Les raisons qui inclinent nos préférences vers cette méthode, nous les trouvons dans les dispositions anatomiques et physiologiques des vaisseaux lésés. En effet, les artères de la main, avec leur calibre étroit, ne donnent lieu qu'à un écoulement lent que vient suspendre ou arrêter une syncope salutaire ; d'un autre côté, l'hémostase n'est-elle pas favorisée par la résistance des plans osseux qui augmentent l'énergie de la compression ? Est-ce que dans la saignée de la temporale on est obligé d'en faire la ligature ? L'hémorrhagie primitive est donc impossible ; l'hémorrhagie secondaire ou récurrente n'est guère plus à redouter par cette raison que des anastomoses nombreuses, en opérant une dérivation du fluide sanguin, permettent au caillot obturateur de se former et de rendre chaque jour les hémorrhagies de plus en plus faibles. (Obs. III et V.)

Les raisons, par contre, qui nous font rejeter la ligature dans la plaie, ou sur les gros vaisseaux, c'est que cette opération est très-difficile, pleine de dangers et incertaine dans ses résultats. Êtes-vous bien sûr de découvrir au fond d'une plaie étroite, sinueuse, remplie de sang, un vaisseau filiforme qui se dérobe à vos savantes recherches ? Et dans les dissections profondes, aveugles, que vous faites pour trouver une arcade palmaire, ne craignez-vous pas d'intéresser les gaînes tendineuses contiguës et d'ouvrir ainsi une porte à l'inflammation, à une synovite purulente, à la septicémie ? Enfin, après tant de recherches infructueuses, si vous êtes obligé d'avoir recours à la ligature portée plus haut sur les sources hémorrhagiques, ne craignez-vous pas de voir survenir la gangrène du membre, le sang s'écouler avec la vie et nécessiter l'amputation ?

Pour toutes ces raisons nous pensons que, dans les hémorrhagies de la main, la compression suffit ;

Que tout autre traitement, ligatures dans la plaie ou à distance, cautérisation, sont des moyens insuffisants, dangereux et le plus souvent impossibles.

On pourrait encore, dans un cas désespéré, produire l'ischémie artificielle au moyen d'une bande en caoutchouc.

---

## CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. DE WECKER.

### Valeur séméiologique de la mydriase et du myosis. — Traitement.

Les changements fonctionnels de l'iris, dilatation ou contraction, peuvent avoir une grande importance dans le diagnostic des maladies où ils se rencontrent, et il est important de les analyser exactement dans leurs détails pour reconnaître la cause qui les a produits.

La *mydriase* est un symptôme concomitant de la paralysie de la troisième paire des nerfs crâniens (nerf moteur oculaire commun). Dans ces cas, elle n'est cependant pas complète : si l'on pratique l'instillation d'atropine, on obtient encore une dilatation plus grande. La mydriase n'est donc pas sous la seule influence de la troisième paire; la dilatation complète de la pupille est le résultat : 1° de la paralysie du nerf oculo-moteur commun; 2° de l'excitation des fibres du grand sympathique, qui est dilatateur de la pupille.

La mydriase est donc d'origine *paralytique* ou d'origine *spasmodique*.

La mydriase qui est le résultat d'une paralysie est symptomatique d'une affection *cérébrale*, tandis que la mydriase spasmodique apparaît dans les affections où l'irritation *spinale* joue le rôle principal. En dehors de ces deux classes bien distinctes, il arrive qu'une irritation primitivement cérébrale a son maximum de retentissement sur le système sympathique : ainsi, au début d'une méningite, des attaques apoplectiformes. Un traumatisme, un choc sur la tête produira l'excitation, d'une part, et la paralysie, d'autre part. En un mot, une même et unique cause peut amener en même temps la paralysie du nerf oculaire commun et l'excitation du grand sympathique. Cette variété a été reproduite expérimentalement un grand nombre de fois dans des expériences sur les animaux.

Chez les enfants, la mydriase est très-souvent due à une excitation spinale : ainsi elle est le résultat fréquent de l'irritation causée par des vers intestinaux, par des habitudes invétérées d'onanisme, etc.

La mydriase apparaît, pour la même raison, dans la période initiale des attaques d'hystérie, des attaques épileptiformes.

Le traitement de la mydriase variera, évidemment, selon la cause à laquelle on rapportera ce symptôme, selon le diagnostic : *paralysie* ou *excitation*.

Or, toutes les mydriases d'origine paralytique sont ordinairement accompagnées de lésion paralytique du muscle ciliaire, tandis que les mydriases spasmodiques laissent généralement le muscle de l'accommodation intact. Il suffira donc, le plus souvent, d'*étudier le pouvoir accommodateur* pour déterminer si la cause probable de la mydriase est paralytique ou spasmodique. On pourra donc déclarer, si le malade atteint de mydriase ne présente aucun trouble de l'accommodation, que la cause de la mydriase est spinale; si, au contraire, l'intégrité du pouvoir accommodateur n'est pas conservée, la cause est cérébrale. Dans ce dernier cas, l'on reconnaît facilement les troubles de l'accommodation : ainsi, l'hypermétrope, ne pouvant plus accommoder régulièrement, ne voit distinctement ni de près ni de loin. L'emmétrope, qui a besoin de son accommodation pour voir de près, ne distinguera plus nettement les objets rapprochés. Enfin, chez le myope, on observera que la faculté de lire est réduite au voisinage de son punctum remotum. L'un ou l'autre de ces accidents, selon les cas, indiquera donc une lésion cérébrale; comme cause de la mydriase. Il est bien entendu que tous les malades atteints de mydriase, paralytique ou spasmodique, se plaignent d'éblouissement par la lumière, qui tient à la seule dilatation de la pupille; on ne confondra pas ce phénomène avec un trouble de l'accommodation proprement dite.

La mydriase d'origine spinale est un symptôme de grande valeur pour le pronostic, et parfois pour le diagnostic des affections de cette nature. Ainsi, elle est un symptôme anticipé de l'ataxie locomotrice. Dans la paralysie générale, elle a de même une grande valeur. Cependant il ne faut pas oublier que, dans la manie des grandeurs, dans l'ataxie, la mydriase est transitoire.

On doit renoncer actuellement aux traitements autrefois employés : la seule médication convenable me paraît être l'instillation d'une solution d'ésérine ou de pilocarpine. On en prescrit un collyre avec 5 centigrammes d'eau distillée. Il faut ensuite, après l'instillation de ces collyres, observer combien de temps l'effet produit persiste. C'est sur la durée de leur action (contraction de la pupille) qu'il convient de se guider, et c'est d'après cette durée qu'on devra mettre entre chaque instillation des intervalles de plus en plus longs. Mais, si l'on n'observe aucun changement, il sera inutile de fatiguer le malade par une médication qui est à peine palliative. On pourra aussi tirer des avantages du traitement par les courants continus : on fait aboutir les électrodes (environ cinq éléments) à un bandeau qui fait le tour de la tête.

Le *myosis* présente deux formes tout à fait analogues à celles de la mydriase : une forme *spasmodique*, déterminant la contraction du sphincter par l'excitation de la troisième paire, et une forme *paralytique* dépendant du grand sympathique.

On observe, pour les mêmes raisons, les mêmes effets sur l'appareil de l'accommodation. La paralysie des fibres sympathiques n'atteint pas le muscle de l'accommodation; l'irritation spasmodique du nerf oculo-moteur commun entraîne les troubles de l'accommodation. On devra donc examiner cet appareil, afin de déterminer à quelle forme on doit avoir affaire.

Le myosis spasmodique est symptomatique d'une irritation cérébrale; la forme paralytique se rapporte aux affections spinales.

Le myosis paralytique a surtout une grande valeur : un malade qui n'a encore présenté aucun signe manifeste d'ataxie locomotrice est pris de myosis très-prononcé. S'il est dû à l'ataxie, on observe un fait remarquable : le malade peut encore contracter la pupille un peu plus qu'elle ne l'est déjà. L'iris cependant ne se contracte pas lorsqu'on soumet l'organe visuel à l'éclairage oblique; mais on le voit se contracter lorsque, le malade regardant des objets éloignés, on le prie de regarder des objets plus rapprochés, c'est-à-dire quond on lui fait mettre en activité son accommodation. Aujourd'hui même vous avez encore vu un exemple manifeste de cette assertion.

Le myosis paralytique peut encore être le résultat d'un phénomène de compression du nerf grand sympathique par une glande, par un goître, par une tumeur; lorsqu'il est ainsi provoqué par une cause directe, il peut être unilatéral, et il cesse quand la cause de compression disparaît.

On voit donc qu'il y a, encore ici, une importance réelle à déterminer exactement le diagnostic de la forme; malheu-

reusement, au point de vue du traitement, on ne peut espérer beaucoup : l'atropine n'a qu'une action très-passagère. Mais l'examen du malade est surtout utile, en ce sens qu'il permet de prévoir une affection qui n'est pas encore reconnue par les autres signes cliniques ordinairement pathognomoniques, et, par conséquent, d'instituer un traitement approprié qui pourra retarder un peu son évolution.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 février 1879. — Présidence de M. RICHET.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales de Balaruc, de La Malou et de Saint-Sauveur pour l'année 1879.

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. le docteur Duché, de Ouanne (Yonne), qui se porte candidat au titre de membre correspondant.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. le professeur Chauffard, et il invite M. H. Roger à donner lecture du discours qu'il a prononcé à ses obsèques. Cette lecture est accueillie par de vives marques d'approbation.

### DISCUSSION SUR L'OSTÉOMYÉLITE DE L'ADOLESCENCE ET SUR LA SEPTICÉMIE.

M. TRÉLAT annonce qu'il parlera sur les deux points en discussion : 1° sur le sujet même du travail de M. Lannelongue, l'ostéomyélite de l'adolescence ; 2° sur la question que M. Colin a reprise à cette occasion, à savoir la septicémie.

Le nom d'ostéomyélite de croissance, qui a été proposé par M. Lannelongue et que M. Gosselin repousse, semble à M. Trélat convenir beaucoup mieux pour désigner la maladie en question que le terme de périostite ou d'ostéite épiphysaire imaginé d'abord par M. Gosselin.

En effet, ce dernier mot semblerait indiquer que les épiphyses des os sont le siège de l'inflammation. M. Trélat l'avait d'abord compris ainsi après avoir lu le travail de M. Gosselin, et cette impression, il a été plus de cinq ans à s'en remettre. (Sourires.)

M. Trélat insiste ; un terme mal choisi a de grands inconvénients. Le mot épiphysaire ne saurait convenir pour une affection qui ne porte pas exclusivement sur les épiphyses.

En étudiant cette question, il y a trois ans, pour la traiter dans son cours à l'école, M. Trélat a subi de son côté la même évolution d'esprit qui entraîne les jeunes chirurgiens, MM. Lannelongue et Panas, à exprimer par un nouveau terme le siège anatomique exact de cette maladie redoutable. Ce siège, ce sont les éléments embryonnaires, les éléments formatifs de l'os, les médullocelles, ce qu'on a nommé les myéloplaxes et aussi tout dernièrement les cellules angioplastiques des os. C'est là que se forment les vaisseaux des os comme leurs autres éléments ; c'est dans ce tissu de formation si abondant sous le périoste, comme dans les canaux de Havers, que se fait l'hypertrophie osseuse par laquelle commence cette ostéite, ainsi que l'a dit M. Gosselin.

Quant à l'objection qui consiste à dire que cette ostéite, ne ressemblant nullement par sa marche à l'ostéite simple ou traumatique, ne devrait pas être nommée d'un nom qui conviendrait également à ces espèces différentes, elle ne touche pas M. Trélat, car on pourrait l'appliquer de même aux mots péritonite, pneumonie, panaris, puisqu'il y a des péritonites extrêmement bénignes et d'autres mortelles, etc., etc.

Bref, M. Trélat ne croit pas que la diversité des tableaux cliniques doive faire négliger le siège anatomique, qui est la vraie base des classifications bien faites. Il y a tout avantage à ranger ainsi sous une rubrique générale les maladies qui portent sur les mêmes éléments.

Quant à la question de la septicémte, que M. Colin a reprise dans un mémoire considérable, M. Trélat ne veut pas la traiter d'une façon aussi étendue. Mais, ayant relu à plusieurs reprises le travail de M. Colin pour s'en bien pénétrer, il va examiner brièvement les idées qui lui paraissent dominantes dans cet ensemble touffu de faits et de choses un peu trop diverses. M. Colin a émis d'abord deux propositions qui ne sont pas de lui, puisqu'elles résument les expériences de Gaspard, que personne ne songe à contester. Personne ne conteste que la septicémie ne puisse naître autrement que par la pénétration des agents infectieux au moyen d'une plaie.

La troisième proposition de M. Colin, au contraire, lui est propre, et celle-là, elle est contestable et contestée. M. Colin soutient que la *grande* condition pour la septicémie est la mort préalable des éléments anatomiques.

Qu'on remarque d'abord le peu de netteté de cette expression, la *grande* condition. Que ce soit une condition, soit; mais est-ce celle qui détermine? la condition vraie ?

Est-ce que M. Colin contesterait le rôle des agents septiques dans la putridité ?

M. COLIN. Je le conteste.

M. TRÉLAT. Cependant M. Colin s'exprime de manière à faire supposer qu'il admet ce rôle, au moins dans une certaine mesure. Il dit en effet que pour amener la septicémie il faut une quantité un peu considérable de substances putrides, et il semble donner comme caratéristique de la putridité la présence des organismes inférieurs dans les substances qu'il inocule.

L'hypothèse que soutient surtout M. Colin est venue à l'esprit de tout le monde. M. Verneuil l'a exprimée il y a sept ans, quand il a parlé de la *sepsine*, poison spécial que les plaies produiraient. M. Colin reprend à peu près le même ordre d'idées et, sans preuve nouvelle, il parle d'éléments désagrégés, de globules, tout prêts pour la putridité, qui se produiraient dans les interstices des tissus entourant les plaies et qui pourraient, soit être versés avec le pus à leur surface, soit être absorbés et servir à la production de la septicémie.

Mais tout cela est dit d'une façon hypothétique dans le cours du mémoire, sans être repris dans les conclusions ; et en effet, tout cela n'a rien ni de certain ni d'original. M. Colin donne aux chirurgiens un bon conseil : celui de ne pas se borner à faire la chasse aux germes, mais de s'attacher au traitement des plaies. Si M. Colin était allé voir ce qui se passe actuellement dans les services de chirurgie, il se serait convaincu qu'on y traite les plaies. On les y traite si bien que l'on a modifié leur aspect habituel, leur sécrétion, leur marche. Sur ce point tout le monde est d'accord. Tous actuellement se préoccupent de la plaie, aussi bien ceux qui acceptent pleinement les idées de M. Pasteur et craignent surtout l'accès des germes atmosphériques que ceux qui repoussent cette théorie et, à l'exemple de M. Le Fort, attribuent la putridité toujours à la contagion, jamais à des germes venus du dehors. Tous prennent les mêmes précautions, tous s'en trouvent bien. Est-ce à dire qu'une fois les agents septiques introduits, il en résultera forcément, dans tous les cas, une infection putride? Non sans doute. Mais M. Colin n'a pas le mérite d'avoir fait le premier cette remarque. Un Allemand, Fisch, a fait des centaines d'expériences pour voir ce que deviennent les organismes inférieurs de la septicémie, les bactéridies, une fois introduites dans la cornée d'un animal tel que le lapin. Elles s'y agitent d'abord et y pénètrent plus ou moins loin. Puis il peut arriver de trois choses l'une : ou bien elles meurent rapidement et sont résorbées ; ou bien elles se multiplient sur place, irritent les tissus, provoquent une inflammation phlegmoneuse qui peut découvrir la cornée, et sont éliminées alors avec les liquides inflammatoires, ou bien elles pénètrent dans tout l'organisme et l'infection putride a lieu. Pourquoi ces différences ? Voilà ce qu'il faudrait savoir et démontrer. Que M. Colin fasse des expériences à ce sujet, qu'il explique la cause de la mort des bactéridies dans un cas, leur pullulation indéfinie dans un autre, il aura rendu à la science un service immense ; mais on n'a que faire d'hypothèses.

M. Colin a fait un tableau fort inexact de ce qui se passe le plus

souvent, quand le chirurgien porte le couteau dans les chairs, à l'occasion d'un traumatisme. On a toujours soin d'opérer au milieu de tissus très-sains, qui ne sont nullement mortifiés ni près de l'être, comme M. Colin le suppose. Et cependant, parfois, aussitôt après le traumatisme, commence à paraître une terrible intoxication qui, le lendemain, déjà plus grave, va emporter en trois ou quatre jours l'homme qui paraissait parfois le plus robuste. M. Trélat vient d'en voir un exemple sur un individu auquel il avait enlevé un lipôme par le moyen d'une simple incision.

Cet homme n'avait pas souffert, il était plein de force et de courage; cependant, dès le même soir, il avait déjà un aspect qui devait inspirer des craintes ; trois jours après il était mort. N'était-ce pas là une intoxication ? Et cela sans meurtrissure de tissu, sans état morbide antérieur, sans même suppuration. La plaie avait suffi, si petite qu'elle fût, pour donner entrée à l'agent toxique, et la mort, une mort rapide, inévitable, en était résultée.

Ainsi, la question est bien posée actuellement. Il est incontestable que l'introduction des germes septiques en petite quantité n'est pas suffisante, à elle seule, pour amener la septicémie indifféremment chez tous les sujets. D'ailleurs, tous les jours, n'arrive-t-il pas que le chirurgien, faisant de larges incisions pour un phlegmon diffus, rencontre des tissus mortifiés en grande partie, des liquides putrides, et que, dans de telles conditions, il voie guérir une partie de ses malades sans que la septicémie résulte de pareils foyers de putridité? On ne sait donc pas si, même en grande quantité, les germes putrides seraient chez tous fatalement mortels. Mais, ce qu'on sait bien, c'est qu'il en suffit parfois de bien peu pour amener cette septicémie que, chez d'autres sujets, ils ne produiraient pas en quantité beaucoup plus grande. — Reste à découvrir le pourquoi.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

---

Par décret en date du 10 décembre 1879, M. le professeur Gavarret a été nommé inspecteur général de l'instruction publique, pour l'ordre de la médecine, en remplacement de M. Chauffard, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Paul Gervais (de l'Institut), décédé le 10 janvier 1879, à l'âge de soixante-trois ans, rue de Navarre, 11 (rue Monge).

Ses obsèques auront lieu le jeudi 13 courant, à midi très-précis, en l'église Saint-Étienne-du-Mont.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7817.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### De la dyspnée nerveuse des néphrites.

Tous les auteurs qui se sont occupés, dans ces dernières années, de l'histoire de la néphrite, ont signalé la dyspnée urémique comme un des signes révélateurs d'un degré déjà avancé de cette affection. Ils en ont même distingué deux formes, une qu'ils ont désignée sous le nom de forme aiguë foudroyante, qui est toujours nerveuse; l'autre, plus commune que la précédente, à marche plus lente, à paroxysmes nocturnes qui sont pris souvent pour des accès d'asthme. Sans nous engager ici dans une discussion sur la question de savoir si cette distinction est bien fondée et si ces deux formes de dyspnée sont réellement différentes dans leur cause et dans leur nature, ou si elles ne sont que les degrés divers d'un même fait, nous allons esquisser, d'après un très-bon travail de M. le docteur Émile Ortille, de la Faculté de Lille, les traits principaux de la forme aiguë de la dyspnée nerveuse des néphrites.

L'accès de la dyspnée aiguë foudroyante des néphrites débute brusquement, le plus souvent sans autres prodromes que ceux résultant de l'affection rénale; la gêne de la respiration augmente rapidement et arrive jusqu'à une orthopnée formidable, alors que rien, à l'auscultation ni à la percussion, ne vient donner la clef de cette oppression. Ce qui la caractérise, c'est qu'elle est presque toujours accompagnée d'une anxiété précordiale avec pressentiments funestes, craintes de mort imminente. Cette respiration peut prendre le type de Cheyne-Stokes; d'autres fois, au lieu de l'accélération, on voit une diminution du nombre des mouvements respiratoires. Cette dyspnée est presque toujours précédée, accompagnée ou suivie de vomissements alimentaires ou bilieux (vomissements urémiques). En outre, on constate le plus souvent un certain abaissement de la température, cependant il y a des exceptions. D'autres phénomènes se joignent souvent à cette dyspnée : c'est une inspiration bruyante, sifflante, croupale; c'est encore un certain degré de raucité de la voix. Ces derniers signes, joints à l'orthopnée, peuvent donner le change et faire croire à une affection du larynx.

Voici, parmi quelques exemples de ce genre de dyspnée que rapporte M. E. Ortille, l'un des faits qu'il a relevés lui-même et qui nous a paru de nature à donner une idée très-précise de cette dyspnée et de ses redoutables effets.

Un jeune homme de vingt-deux ans, demeurant à Lille, tombe, pendant la nuit du 2 au 3 avril 1876, dans un accès d'oppression extrême. Appelé à la hâte par la famille épouvantée, M. Ortille le trouve dans l'état suivant :

Le malade est assis sur son lit, la face pâle, accusant une grande anxiété. Il est plongé dans un demi-coma dont on peut cependant le tirer en excitant la sensibilité. La respiration est bruyante, anxieuse, se suspendant de temps en temps. « Il se sent mourir, » dit-il. L'auscultation donne partout une respiration nette, avec un léger retentissement bronchique, mais pas le moindre râle; la sonorité de la poitrine est complète.

Les battements du cœur sont assez forts : 80 p.; les bruits sont normaux, aucun souffle, aucune rémittence; température 37°,5. En un mot, ni l'auscultation ni la percussion ne donnent la clef de cette effrayante oppression. Croyant à une congestion cérébrale amenée peut-être par une indigestion, M. Ortille fit promener des sinapismes toute la nuit, donner une potion éthérée et un lavement purgatif.

Le lendemain matin, le malade avait vomi plusieurs fois, le coma était complètement disparu, ainsi que l'oppression; le malade était brisé et accusait de la céphalalgie, mais le cœur et le poumon étaient toujours sains; la langue était chargée à la base.

Le troisième jour, le malade continuant à aller mieux d'ailleurs, M. Ortille remarque un symptôme qui ne l'a jamais quitté complètement pendant toute sa maladie : ce sont de petites secousses musculaires rapides siégeant soit dans les fléchisseurs, soit dans les extenseurs des membres, soit à droite, soit à gauche, mais plus prononcées dans les membres supérieurs.

Pendant les trois jours suivants, on ne constate qu'un certain degré de paresse intellectuelle, avec de la somnolence dans la journée, de l'agitation la nuit.

Le 9 (septième jour), il survient un vomissement, la langue est saburrale, toujours peu de fièvre ; le malade marche en conservant son équilibre, en coordonnant ses mouvements. On examine les urines ; elles sont claires, limpides, déposent un léger nuage d'albumine par la chaleur; leur densité est descendue, elle est à 1009.

L'attention de M. Ortille, qui s'était portée d'abord sur une fièvre typhoïde anormale ou une affection cérébrale, fut détournée, et, faisant coïncider les vomissements que le malade venait d'avoir, sa paresse pendant le jour avec l'agitation de la nuit, l'absence de fièvre, la température normale, la faible densité des urines, l'augmentation de force des battements du cœur, il se demanda s'il n'avait pas affaire à un empoisonnement urémique, suite d'une double néphrite interstitielle.

Ce diagnostic fut confirmé par M. le professeur Hallez, appelé en consultation. Le traitement fut institué en conséquence : potion avec extrait de quinquina, lait pour boisson.

Après quelques jours d'amélioration légère, mais presque toujours avec des nuits agitées, dans la nuit du 16 au 17, vers quatre heures du matin, arrive un nouvel accès d'oppression avec un sentiment d'angoisse inexprimable; le malade exprime énergiquement la peur qu'il a de mourir; cependant les poumons sont absolument sains, le cœur ne présente aucun désordre. Pour combattre cette affreuse dyspnée dont n'approche pas le plus violent accès d'asthme, M. Ortille se décide à recourir à une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine ; il en injecte environ 5 milligrammes; au bout de quinze à vingt minutes, l'oppression se calme ; le malade urine alors 250 gr. d'urine presque aqueuse, mais albumineuse et d'une densité de 100 g. Le pouls est à 80, la température à 38. Mais quelque temps après éclate une convulsion formidable avec écume à la bouche, morsure profonde des lèvres et de la langue. Cette convulsion dure environ trois minutes. Dix minutes après, pendant lesquelles il n'a pas repris connaissance, arrive une seconde crise convulsive, laquelle, à peine finie, fut suivie d'une troisième qui amena la mort.

Les faits les plus remarquables qui ressortent de cette observation sont d'abord le caractère de l'accès, la forme cérébrale de l'oppression dans laquelle la respiration a présenté au plus haut degré le type particulier décrit par Cheyne-Stokes et sa terminaison par une convulsion foudroyante; en second lieu, l'élévation de la température quelques instants avant la mort, fait qui contraste avec l'abaissement constaté dans un grand nombre d'autres observations du même genre.

Les limites obligées de cet article ne nous permettant pas de rapporter les autres observations que renferme cet intéressant travail, nous en résumerons les points principaux en en déduisant, d'après l'auteur, les signes qui pourront servir à poser le diagnostic de ce genre de dyspnée.

La dyspnée nerveuse à forme cérébrale des néphrites est le plus souvent accompagnée de vomissements urémiques. Elle est indépendante de toute lésion des organes respiratoires; l'auscultation ni la percussion n'en révèlent la cause; seul, le bruit de galop cardiaque, lié si souvent à la néphrite interstitielle, peut mettre le praticien sur la voie du diagnostic.

Cette dyspnée s'élève souvent à une orthopnée formidable et est presque toujours accompagnée d'une anxiété précordiale remarquable et de pressentiments funestes, comme on l'a vu dans l'observation ci-dessus. Dans le plus grand nombre des cas il y a, avant et pendant les phénomènes dyspnéiques, un abaissement de la température qui tombe au-dessous de la normale. On a vu que c'est l'inverse qui a eu lieu dans le fait précité. Les deux cas se sont présentés, en effet, plusieurs fois. Rosenstein dit même n'avoir vu que des cas avec augmentation de température, mais il n'en admet pas moins les cas avec abaissement comme parfaitement avérés. D'après ce pathologiste, la température dépendrait, pour une part, des convulsions, et, pour une autre part, de l'état général du malade, ainsi que d'un haut degré de débilitation et d'inanition.

Dans tous les cas, le praticien devra avoir recours à l'examen des urines qui, sauf de très-rares exceptions, seront albumineuses et dont la densité sera toujours bien au-dessous de la normale.

Tous les cas n'ayant pas l'issue funeste de celui que nous avons rapporté, bien que ce soit le fait le plus ordinaire, il y a lieu de se préoccuper du traitement. Celui qui a semblé donner les meilleurs résultats à notre confrère consiste à employer contre les paroxysmes les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, contre l'empoisonnement urémique les moyens capables d'amener une diaphorèse abondante, tels que le chlorhydrate de pilocarpine en injections sous-cutanées, à la dose de 2 centigr. et demi, le jaborandi, les bains d'air chaud, etc. On doit chercher à agir, en outre, sur l'intestin, par des purgatifs en rapport avec son irritabilité ; sur les voies respiratoires, par une gymnastique pulmonaire, inspirations larges et profondes d'air pur; enfin sur le rein, quand l'organe répond encore aux agents appropriés.

M. le docteur Ortille signale, en outre, un médicament dont l'emploi lui a paru reculer de quelques jours l'issue fatale de la maladie, c'est le phosphure de zinc. Il le donne à la période ultime de l'affection, quand la sécrétion urinaire semble s'arrêter, alors que les diurétiques dont l'effet est d'augmenter la pression intra-vasculaire, comme la digitale, n'agissent plus. Est-ce en excitant les nerfs du rein et en le provoquant à l'action, est-ce en surexcitant le système nerveux général, qu'il agit? c'est là un problème théorique réservé. Mais ce qu'il importe de ne pas perdre de vue en ayant recours à ce moyen, c'est l'action souvent désastreuse que produit le phosphore sur le rein en provoquant sa stéatose. Aussi doit-on bien se garder de le donner dans tous les cas et surtout d'en continuer longtemps l'usage. M. Ortille est d'avis qu'on ne doit l'employer que lorsque le malade urémique est à sa fin et qu'il ne s'agit plus que de retarder l'issue funeste, en excitant le système nerveux et en provoquant une diurèse abondante.

### Action comparée du chloroforme, du chloral, de l'opium et de la morphine sur la femme en travail.

Ce n'est peut-être pas un des faits les moins curieux de l'histoire de l'anesthésie obstétricale, que de voir l'indifférence que semblent affecter la plupart des accoucheurs à l'égard de cette pratique, en présence des plaidoyers chaleureux appuyés de témoignages nombreux qui viennent de toutes parts affirmer à la fois l'innocuité de l'emploi du chloroforme administré d'une certaine manière et les services qu'il rend aux femmes qui en font usage, en atténuant ou en annihilant même les douleurs de l'accouchement. Il y a là évidemment autre chose qu'une simple résistance vulgaire de la routine, quand bien d'autres exemples journaliers nous montrent avec quelle rapidité se propagent les pratiques nouvelles reconnues bonnes ; il y a comme un double sentiment de doute sur l'utilité réelle de l'anesthésie obstétricale pour les accouchements naturels et d'appréhension à l'égard de cette prétendue innocuité absolue, qui pourrait peut-être bien se démentir cruellement un jour; et qui ne sent dès lors les cuisants regrets que le praticien pourrait se créer !

Cette question de l'anesthésie obstétricale, qui a déjà fait l'objet de bien des discussions, reprise tout récemment encore dans plusieurs sociétés savantes et devant les congrès scientifiques, a été donnée, lors du dernier concours d'agrégation, comme sujet de thèse, mais dans des termes qui en ont un peu modifié le sens et la portée, c'est-à-dire en enjoignant au candidat d'envisager son sujet au point de vue de l'action comparée du chloroforme, du chloral, de l'opium et de la morphine sur la femme en travail. C'est à M. A. Pinard qu'est échue cette délicate et difficile question. La voie de l'expérimentation clinique était évidemment la seule qui pût fournir les éléments suffisants d'une pareille étude. C'est aussi la voie qui a été suivie. C'est dans le service de M. Tarnier à la Maternité et avec l'autorisation de ce maître que M. Pinard a fait les recherches nécessaires. Dans le trop court intervalle de 20 jours, du 24 mai au 13 juin, il a soumis 28 femmes en travail à l'épreuve de l'un ou de l'autre des agents dont il avait à étudier les effets. Il a ainsi successivement étudié d'abord séparément l'action du chloroforme, celle du chloral, de l'opium et de la morphine, puis l'action de ces agents combinés et enfin leur action comparative sur la contractilité, pendant la période de dilatation, pendant la période d'expulsion, et sur la rétractilité, pendant la période de la délivrance, sur la contraction des muscles abdominaux, de ceux du périnée, sur la marche générale du travail, enfin sur la circulation, la respiration, la température, les fonctions psychiques. Il serait beaucoup trop long, bien que cela fût intéressant sans doute, d'énumérer ici les résultats partiels obtenus dans les diverses séries d'expériences instituées; nous pourrons revenir sur quelques-uns d'entre eux, à mesure que l'occasion s'en présentera; nous nous bornerons, pour le moment, à énoncer la dernière conclusion générale de ces recherches, celle qui se rapporte à l'action comparée des principaux agents anesthésiques.

Comme agent anesthésique véritable, le chloroforme tient la première place. Loin de posséder une action primitive et élective sur l'utérus, il paraît n'agir sur cet organe qu'après avoir influencé d'abord l'état général.

Dans le cas de douleurs violentes, dues exclusivement à la contraction utérine énergique, il est nécessaire, si l'on veut produire l'anesthésie, d'employer les inhalations constantes et à doses massives.

Le chloroforme atteint d'une façon plus active et plus durable la rétractilité utérine que la contractilité. Cette action, pour se faire sentir, ne nécessite point l'anesthésie complète, mais bien plutôt des inhalations prolongées. La contraction des muscles abdominaux est elle-même plus amoindrie, lors de l'anesthésie par le chloroforme, que la contraction utérine. Mais, tandis que ces deux effets sont en rapport direct avec l'intensité de l'anesthésie, ils disparaissent rapidement dès qu'on cesse les inhalations, tandis que le défaut de rétractilité persiste plus longtemps. Enfin le chloroforme inhalé pendant quelque temps modifie les caractères du sang et, en particulier, sa coloration.

Les effets du chloral, beaucoup plus difficiles à apprécier en raison de son absorption lente, presque toujours indéterminée, du moment qu'il n'est pas introduit directement dans le torrent circulatoire, semblent montrer qu'il est plutôt hypnotique qu'anesthésique, quand il n'est pas excitant. Il a été impossible à M. Pinard, faute de matériaux suffisants, de préciser son action sur la contractilité et la rétractilité, ainsi que sur celle des forces expulsives en général. Il lui a paru que ces propriétés étaient toutes atteintes, mais sans qu'il ait pu en constater les degrés.

L'opium, soit à l'état d'extrait, de poudre ou de solution, en raison de sa nature complexe et de la difficulté de savoir toujours dans quelle proportion il a été absorbé, s'il l'a été lentement ou rapidement, n'a donné, comme le chloral, que des résultats incertains.

La morphine, administrée en injection hypodermique, a donné, au contraire, des résultats très-nets, et qui ont permis d'apprécier exactement ses effets très-marqués sur l'utérus au moment du travail. Elle influence la contractilité utérine plus qu'aucun des autres agents étudiés comparativement. Elle possède donc une action paralysante sur la fibre musculaire de l'utérus gravide qui, contrairement à celle du chloroforme, se fait sentir primitivement. La rétractilité est moins atteinte, ainsi que la contractilité des muscles abdominaux. Cette action spéciale élective de la morphine sur la contractilité utérine paraît d'autant plus marquée que l'injection est pratiquée plus près de l'utérus lui-même.

Circonscrit dans les termes de son programme, M. Pinard a principalement étudié, comme on vient de le voir par ce court résumé, l'action comparée des divers agents anesthésiques ou hypnotiques. La question de la généralisation de l'application de la méthode anesthésique aux accouchements naturels n'a été, en quelque sorte, qu'effleurée. Elle reste telle que les discussions précédentes l'ont faite.

Cependant nous ne pouvons nous empêcher de donner ici comme des éléments de la question, bien qu'ils ne s'y rattachent peut-être que d'une manière fortuite ou indirecte, les résultats concernant la mortalité comparative par suite de couches qu'a constatés M. Pinard.

Des 23 femmes soumises aux influences du chloroforme, 21 sont sorties de la Maternité en assez bon état, 2 sont mortes de péritonite, l'une cinq jours, l'autre six jours après l'accouchement.

Pendant la même période de temps (du 26 mai au 12 juin), 83 femmes accouchèrent à la Maternité : 60 n'avaient pas été soumises aux influences du chloroforme, mortalité 0 ; 23 avaient été soumises aux influences du chloroforme, 2 cas de mort par suite de couches.

Certes rien ne démontre que l'usage du chloroforme ait été pour quelque chose dans l'issue funeste de ces deux cas, nous imiterons à cet égard la prudence de M. A. Pinard qui ne tire de ces faits aucune conclusion ; mais, même en admettant qu'il n'y ait là qu'un fait fortuit, il n'était pas moins utile, à notre avis, de le faire connaître.

### Plaie pénétrante du genou.

M. le docteur A. Bazin (de Saint-Brice), le frère de l'éminent dermatologiste que nous venons d'avoir la douleur de perdre, nous transmet l'observation suivante, qui nous a paru assez intéressante pour être mise sous les yeux de nos lecteurs :

« Le 27 août, nous écrit notre confrère, je suis appelé pour donner des soins au fils d'un boucher. Ce jeune homme, le matin, à six heures, en tuant un veau, s'était blessé au genou avec son couteau. Cet instrument, dont la lame était très-longue et très-effilée, fit deux plaies : l'une, de 2 centimètres d'étendue, oblique, située à 20 millimètres de l'articulation ; l'autre, de la même étendue, entre le condyle et la rotule. Cette dernière n'était pas pénétrante, et, par consé-

quent, n'offrait pas de danger. La première, au contraire, pénétrait dans l'articulation, comme l'a prouvé l'écoulement de la synovie.

« Malgré ces blessures, le jeune homme continua à travailler pendant deux heures environ, mais alors la douleur devint si vive qu'il fut contraint d'interrompre ses occupations et de se coucher.

« A mon arrivée, je constate la présence des deux plaies; la première laisse écouler du sang en petite quantité et de la synovie en abondance : je puis en recueillir jusqu'à une cuillerée; la seconde est superficielle. Je rapproche les bords de la première plaie et je pratique deux points de suture; je me contente de faire appliquer des compresses imbibées d'alcool camphré sur la seconde. J'établis une légère compression, la jambe demi-fléchie. Je recommande le repos absolu. Je mets le malade aux potages.

« Le 28, la nuit a été assez agitée; il y a peu de gonflement inflammatoire; l'état général est satisfaisant. Le 29, la nuit n'a pas été meilleure; les bords de la plaie sont gonflés; une légère pression fait sortir une quantité de synovie aussi considérable que le premier jour. Je remarque que l'écoulement se fait à la partie supérieure de la plaie, où l'affrontement est moins exact; j'ajoute un nouveau point de suture à ce niveau.

« Le 30, la journée et la nuit ont été bonnes; le même traitement est continué.

« Le 31, je retire les sutures et je maintiens les lèvres de la plaie à l'aide de bandelettes de diachylon. Je fais continuer les applications résolutives et je maintiens le membre élevé à demi-fléchi; une bande comprime toujours légèrement les surfaces.

« Le 1er septembre, le gonflement des bords de la plaie a disparu; le blessé est calme. Même pansement.

« Le 3 septembre, j'enlève les bandelettes; je les remplace par d'autres.

« Le 7 septembre, le mieux s'est continué; je supprime les bandelettes; la réunion est complète.

« Une légère compression est exercée sur le genou, et quelques jours plus tard je me contente de faire porter au malade une genouillère.

« La guérison a été obtenue en douze jours. Le membre est resté faible pendant quelque temps, mais aujourd'hui il a repris toute sa vigueur.

Cette observation de plaie pénétrante du genou est surtout intéressante par l'importance qui paraît résulter de l'emploi de la suture immédiate de la plaie, pour s'opposer à l'écoulement de la synovie, à la pénétration de l'air, et pour éviter les accidents inhérents à ce genre de blessure.

Dr Brochin.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 février 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### RAPPORT

**Pansement de Lister. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** lit un rapport sur un mémoire adressé par M. Gross (de Nancy) et contenant l'exposé des résultats obtenus à l'hôpital Saint-Léon avec la méthode antiseptique de Lister. Bien qu'elle porte sur un petit nombre de faits et que les détails soient peu étendus, cette communication est intéressante parce que le pansement a été employé pour de grandes opérations, amputations et désarticulations pour la plupart. Ces opérations ont été suivies de guérison assez rapide, moins prompte, pourtant, que nous n'avons l'habitude de l'observer dans nos hôpitaux. Cependant une amputation de cuisse s'est terminée par réunion immédiate, fait dont la possibilité a été niée par d'autres observateurs. Mais, contrairement encore à ce que nous voyons ordinairement, les désarticulations, et surtout les extractions de tumeurs, ont été suivies de suppurations. Il est certain que M. Gross, en persévérant dans ses expériences et en se perfectionnant dans l'application exacte de la méthode de Lister, obtiendra ultérieurement de meilleurs résultats. Il a fait suivre ses observations de réflexions qui méritent l'attention; il attribue notamment la réunion immédiate dans l'amputation de cuisse à l'affrontement minutieux des plaies; je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'y mettre une si grande précision; je n'ai pas pris tant de précautions, et cependant je n'ai pas observé plus de trois cas où je n'ai pas eu cette réunion.

L'épanchement sanguin, même minime, entre les lèvres de la plaie serait, encore d'après l'auteur, un obstacle considérable à la réunion; je ne crois pas non plus qu'il faille attacher une telle importance à cette condition qui est, dans le pansement de Lister, beaucoup moins indispensable que dans les autres méthodes de pansement. Enfin, M. Gross dit que la réunion ne sera immédiate que si les plaies ne sont pas contuses et si les tissus affrontés ne contiennent qu'une petite quantité de veines. J'ai vu de nombreux succès dans des conditions tout opposées. De même, au sujet de l'immobilisation, je la crois bien moins nécessaire que M. Gross; même pour les grandes articulations, je me soucie peu d'obtenir un repos absolu, je ne les immobilise plus même lorsqu'il y a des lésions osseuses. J'approuve d'ailleurs complètement les considérations de l'auteur sur l'action topique de l'acide phénique; à ce titre on peut dire de l'acide phénique tout ce que l'on dit de l'alcool.

### COMMUNICATION

**Expériences : l'acide phénique ne tue pas les germes. — Pansement à l'alcool. — M. PERRIN.** Dans la difficile question des pansements, tout le monde est partisan de la méthode antiseptique; mais, à une époque où il semble que cette méthode consisterait uniquement dans le pansement de Lister, qui en serait la meilleure formule, il m'a paru opportun de réagir contre cet entraînement. S'inspirant des idées de Pasteur et de Tyndall, Lister a posé en principe que ce sont les germes atmosphériques qui produisent les accidents des plaies, et il a cherché un procédé de purger l'atmosphère de ces germes malfaisants et de les détruire dans le voisinage de la plaie aussi bien que sur la plaie elle-même. Il se préserve des instruments, des mains des aides, de la peau des malades, de l'air même où, pour ainsi dire, il tue les germes au vol, pour se constituer une atmosphère entièrement aseptique. Je suis depuis longtemps partisan de la théorie de Pasteur, mais je trouve qu'en cette occasion on a le tort de ne considérer que les germes, tandis qu'il faudrait encore, à mon avis, tenir compte d'une deuxième condition tout aussi grave, le terrain propre à la culture de ces germes. Or le pansement de Lister ne vise que le premier point, les germes. Sauf le luxe de précautions que l'on connaît, son pansement ne diffère en rien de celui préconisé depuis longtemps par Azam et l'école de Bordeaux. Mais, au moins, ces précautions sont-elles efficaces? purgent-elles l'air de quelque chose? Obtenir une atmosphère vraiment aseptique, c'est une entreprise difficile; nous savons que les germes, dans leur état corpusculaire, résistent complètement à une température de 140 degrés, résistent à l'acide phénique et à l'alcool. J'ai voulu contrôler les théories par des expériences, et voici le résultat de celles que j'ai instituées avec le professeur de chimie du Val-de-Grâce.

Si les pulvérisations phéniquées détruisent les germes, elles devraient avoir pour effet d'empêcher tout travail de fermentation. Si, au contraire, ce travail se produit, elles ne seraient qu'une garantie illusoire. Or nous avons pris des liquides divers, décoction d'orge, lait, sang, urine, et nous les avons placés, une partie dans des ballons contenant de l'air recueilli dans une salle de chi-

rurgie, et l'autre partie dans d'autres ballons contenant le même air, mais purifié par des pulvérisations phéniquées telles que les prescrit la méthode de Lister et avec l'appareil recommandé par M. Lucas-Championnière. Ces expériences ont démontré que l'acide phénique n'empêche pas du tout les bactéries de se développer dans les liquides; dans les solutions exposées à l'action de l'acide phénique, on trouva d'abord, comme dans les solutions soumises au contact de l'air simple, des bactéries vivantes et en outre des monades parfaitement vivantes. Ainsi, par exemple, l'urine dans le ballon à l'air recueilli dans la salle d'hôpital était, le douzième jour, claire et sans organismes, tandis que la même urine, exposée aux pulvérisations phéniquées, était trouble, fétide et peuplée de monades vivantes. Ces expériences, faites déjà l'année dernière, furent encore répétées au mois de novembre 1878, avec cette nouvelle précaution de maintenir les liquides à une température constamment égale à celle des salles d'hôpital, de 12 à 14 degrés. Au cinquième jour, une décoction d'orge, à l'air libre, était louche, contenait des bactéries et des monades sans mouvements; la décoction d'orge exposée à l'air des salles de chirurgie était limpide, avec un grand nombre de bactéries vivantes; enfin, la décoction d'orge, soumise à l'acide phénique, était limpide aussi, mais renfermait des bactéries vivantes et des monades vivantes en grande quantité. Le sang, exposé à l'air des salles de chirurgie, était alcalin, sans odeur, contenait beaucoup de bactéries, la plupart mortes; tandis que le sang phéniqué avait une odeur plus désagréable et contenait beaucoup de monades vivantes.

En résumé, le sang et les urines ont été plus altérés dans le milieu aseptique, désinfecté par l'acide phénique, que dans le milieu septique constitué par l'air recueilli dans une salle d'hôpital.

On pourra dire que ces résultats sont l'effet du hasard, et qu'ils prouvent simplement la façon irrégulière dont se fait dans l'air l'ensemencement des germes; en tous cas, ils nous autorisent à douter de l'efficacité si absolue attribuée au pansement de Lister; ils nous donnent le droit d'avancer qu'il n'est pas encore l'idéal, et de chercher à déterminer sa valeur, comparativement aux autres procédés de la méthode antiseptique.

On trouve des germes d'espèces différentes dans le sang exposé à l'air des salles, et dans le sang exposé à l'air phéniqué : dans ce dernier, ce ne sont plus des bactéries, mais ce sont des monades et des vibrions; on peut donc dire que les pulvérisations ne rendent pas l'air aseptique.

On m'objectera les fort beaux résultats obtenus avec ce procédé; ils s'expliquent naturellement par la bonne réunion immédiate, par l'usage du drain, par les pansements si bien surveillés et si bien exécutés. Mais je pense que toute méthode de pansement qui ne reposera que sur la seule destruction des germes doit être acceptée avec défiance, parce qu'elle est impuissante à atteindre un tel effet.

Je crois qu'en matière de pansement nous devons nous borner à un autre but : à celui d'agir sur le terrain exposé à l'influence des germes que nous ne pouvons détruire. C'est pourquoi j'emploie le pansement à l'alcool, de préférence au pansement phéniqué, et en voici les principales raisons : l'alcool rend imputrescibles les liquides albumineux, il a un pouvoir hémostatique incontestable, il pénètre facilement la trame des tissus sans les irriter comme l'acide phénique, dont l'action est si vive que Lister s'est trouvé obligé d'en préserver la surface même de la plaie au moyen d'une membrane (*protective*). A tous ces titres, l'alcool me paraît le meilleur et aussi le plus pratique des antiseptiques.

Avec le pansement de Lister, dit-on, les plaies sont désormais exemptes de complications; on arrive au minimum de suppuration, on supprime la septicémie, l'infection purulente, la pourriture d'hôpital, etc. Ces avantages sont d'abord fort exagérés, comme l'a fait remarquer M. Léon Le Fort, à l'Académie de médecine : l'acide phénique irrite la surface de la plaie, et y amène souvent un érythème qui fait craindre même l'érysipèle.

La fréquence de cet érythème est accusée par les plus ardents défenseurs de l'acide phénique, Langenbeck, par exemple, et Volkmann qui l'a, depuis, abandonné et remplacé par le thymol. Or, instruit par l'exemple de Nélaton, j'emploie l'alcool depuis longtemps, chez tous mes opérés, avant, pendant et après la guerre, et je n'ai pas encore observé un seul cas d'érysipèle, ni même d'érythème de la plaie.

Il est donc indispensable, pour juger la question, de comparer les résultats définitifs de l'une et de l'autre méthode. Pour l'acide phénique, nous avons diverses statistiques : celles de Lister qui, en 1867, comptait 15 pour 100 de morts (sur 40 amputations, 6 morts); et de 1870 à 1874, il avait 26 à 27 pour 100 de décès dans les amputations de cuisse. Saxtorph (de Copenhague), sur 102 opérations, compte 27 pour 100 de morts. Volkmann (de Halle), avant 1874, avait 6 morts sur 40 amputations ; dans une statistique plus considérable, de 1874 à 1877, il établit des catégories distinctes de ses opérés, suivant la gravité de l'opération et l'état des opérés : on peut compter une moyenne de 7 pour 100; sur 95 résections de grandes articulations, on trouve 7 morts, soit 9,47 pour 100; sur 10 résections dans la continuité des os, pas de décès; sur 100 ablations de tumeurs du sein, il y a 8 morts.

On voit, par ce rapide aperçu, que l'on a déjà fait quelques statistiques sur les résultats obtenus avec le pansement de Lister. Je voudrais que l'on en fît autant sur les effets du pansement à l'alcool dont je connais de nombreux partisans, et dont on n'a cependant jamais fait de relevé. Il n'y a pas encore eu de mouvement sérieux vers l'emploi de l'alcool; et c'est pour le provoquer, s'il est possible, que je commence aujourd'hui à publier une statistique : elle ne porte malheureusement pas sur un grand nombre de cas, mais la gravité des opérations pratiquées compensera le petit nombre des observations. J'espère que mes collègues de la Société apporteront aussi le résultat de leur expérience.

Pendant les deux sièges de Paris, et depuis cette époque, j'ai pratiqué 20 grandes opérations, j'ai toujours pansé à l'alcool, et je n'ai perdu que 2 malades : l'un, après une désarticulation de la hanche, avec fracture du fémur et hémorrhagie de la fémorale profonde; l'autre, à la suite de désarticulation de l'épaule avec fusées purulentes et tuberculose pulmonaire. Ainsi donc, en admettant ces deux décès dans la statistique, je n'ai que 5 pour 100 de décès. Nélaton, en 1863, sur 54 amputations diverses, comptait 53 guérisons. Plus tard, sur 48 cas, il avait 45 guérisons, et seulement trois morts par généralisation de cancer, par tuberculose et par pyohémie.

L'alcool, autant que l'acide phénique, ne nous donne ni pourriture d'hôpital, ni fièvre traumatique. Ses services ne sont pas limités à son action sur les plaies chirurgicales : la chirurgie conservatrice, et notamment celle des armées pour les blessures de guerre, en tire aussi d'excellents résultats. Dans les cas de plaies contuses graves, de broiement des tissus, je fais depuis longtemps, et avec le plus grand succès, les injections et les *irrigations continues* avec l'alcool à 90°, étendu de son volume d'eau. L'action sur les plaies est très-heureuse : l'installation de l'appareil irrigateur est des plus simples : un flacon laveur, rempli d'alcool étendu d'eau, est placé sur la table de nuit, et un tube en caoutchouc, terminé par un tube de verre effilé, suspendu au cerceau qui protège le membre blessé, conduit l'alcool sur la plaie : le liquide, après avoir lavé la plaie, s'écoule dans un récipient ; le tube traverse, si c'est nécessaire, les gouttières métalliques à travers des valves mobiles. L'irrigation alcoolique est instituée aussitôt que possible après le traumatisme; elle est continuée sans relâche jusqu'au moment où la plaie bourgeonne régulièrement. S'il s'agit d'une plaie d'amputation, avant le réveil de l'opéré, et pendant qu'il est encore sous l'influence du chloroforme, on y applique un tampon de ouate imbibée d'alcool à 90°, jusqu'à ce que l'écoulement sanguin ait cessé ; puis on affronte les lèvres de la plaie le plus exactement possible, et on la recouvre de deux ou trois couches d'ouate constamment imbibée d'alcool, recouvertes elles-mêmes d'une feuille de taffetas gommé. Le pansement n'est renouvelé qu'une fois par jour ordinairement; le tube à drainage est enlevé vers le huitième jour, ainsi que les sutures, s'il y a lieu.

Ce pansement à l'alcool est le moins encombrant et le moins cher. Il mérite d'être étudié par les chirurgiens et de subir l'épreuve du temps et d'une plus longue expérience. Autant il est certain que la méthode antiseptique constitue un grand progrès dans la chirurgie moderne, autant il serait prématuré de se prononcer actuellement sur la supériorité de l'un ou de l'autre de ses procédés, à l'exclusion des autres. Étudions et comparons : plus tard nous aurons seulement le droit de prononcer un jugement.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

#### LECTURE

**Ovariotomie.** — M. POZZI lit deux observations d'ovariotomie pratiquée avec succès chez deux jeunes filles.

#### PRÉSENTATION DE MALADE

**Épithélioma de la langue chez la femme.** — M. BERGER présente une malade atteinte de cancroïde de la langue; cette femme a eu des accidents de syphilis tertiaire, mais la nature épithéliale de l'ulcération de la langue, datant de deux années, ne reste pas douteuse.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

## BIBLIOGRAPHIE

### Le Climat de Brest et ses rapports avec l'état sanitaire (1),

Par le docteur BORIUS, médecin de la marine.

L'influence des éléments atmosphériques sur l'état sanitaire d'un pays est puissante. Hippocrate, s'occupant des eaux, des airs et des lieux, en a fourni la plus éclatante preuve, et depuis vingt siècles les médecins qui ont su tenir compte de cette grande force modificatrice des maladies ont vu leurs efforts couronnés d'un succès qu'espéraient vainement bien de leurs confrères.

Mais, il faut le reconnaître, l'étude de la climatologie n'est pas chose facile ; elle nécessite des observations d'une précision mathématique, d'une variété grande, observations qui doivent être poursuivies pendant un temps toujours long, car rien n'est trompeur comme nos impressions quand il s'agit d'apprécier le climat d'une contrée. Si l'on ne se fiait qu'à elles, on verrait dans un même moment des gens trouver qu'il fait trop chaud, trop froid, trop humide ou trop sec; on entendrait les affirmations les plus opposées, suivant que l'on consulterait les jeunes ou les vieux, les bien portants ou les valétudinaires; et même, pourrait-on dire, le même individu avant ou après le repas, pendant qu'il travaille ou qu'il est inactif, quand des passions tristes l'obsèdent ou que la joie le déborde.

Aussi, pendant de longues années, presque jusqu'à nos jours même, la climatologie resta à l'état embryonnaire; c'est à peine si, pour quelques très-rares pays, les médecins avaient entrepris d'utiliser les données de la météorologie pour en déduire l'influence que certaines conditions de l'atmosphère ont sur l'homme sain et sur les malades.

Pensant que l'étude détaillée de chaque climat en particulier est la première étape du progrès réel en climatologie médicale, une pléiade de travailleurs s'est mise à l'œuvre dans tous les pays, et chaque jour nous apporte un nouveau travail dans cet ordre d'idées. Aujourd'hui un des laborieux pionniers de cette science, récente si nous faisions allusion à l'emploi de procédés précis et exacts, bien ancienne si nous voulions remonter à ses origines, nous apporte une pierre pour l'édifice de la climatologie médicale.

Il y a quatre ans, revenant d'une longue campagne au Sénégal, le docteur Borius, médecin distingué de la marine, nous faisait connaître les particularités du climat de la côte occidentale d'Afrique, où la France possède une si importante mais si malsaine colonie. Il fixait les idées sur mille informations contradictoires qui avaient cours sur les allures des saisons dans ce pays. Fidèle à ce sentiment louable qui distingue l'homme désireux de se rendre utile à ses semblables, il a continué à travailler une fois rentré dans son pays au lieu de se reposer après un premier effort, et il nous décrit actuellement avec son soin habituel le climat de Brest, entrant dans les détails nécessaires pour en donner un tableau exact au météorologiste; montrant les influences de ce climat sur les individus sains ou malades de manière à renseigner le médecin et à lui permettre de marcher d'un pas assuré dans sa pratique sans crainte des mécomptes dépendant de ce que l'on appelle les conditions extérieures à l'individu.

Le *Climat du Sénégal* a obtenu les succès les plus flatteurs et, ajoutons, les mieux mérités. Couronné par l'Institut et par la Sorbonne, il a placé du premier coup son auteur au rang des médecins de la marine qui ont fourni les meilleurs éléments pour la pathologie exotique.

Le *Climat de Brest* est le digne pendant de son aîné, et, sans crainte de nous voir démentir par le temps, nous lui prédisons un accueil aussi favorable, car il est d'une utilité incontestable à tous égards.

Ce livre, écrit dans un style sobre et correct, plein de faits, de chiffres, d'horizons intéressants, et n'avançant que des conclusions appuyées sur une discussion sévère, justifie l'épigraphe : *Res non verba*, qu'a adoptée son auteur. Il s'adresse également, comme le dit le docteur Borius, au médecin comme au météorologiste. Nous lui souhaitons cordialement la bienvenue, considérant qu'il sera utile non-seulement aux météorologistes et aux médecins de la vieille Armorique, mais qu'il sera lu avec profit par tous ceux qui s'occupent de la climatologie médicale de notre beau pays de France.

(1) In-8°, avec une carte coloriée et planches lithographiques. — Prix : 7 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Facultés de médecine : Bourses d'études.* — Un arrêté, en date du 5 novembre 1877, rendu en exécution de la loi de finances du 29 novembre 1876, institue des bourses d'études dans les Facultés. Les candidats doivent être Français et âgés de dix-huit ans au moins. Ils doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident, et produire les pièces suivantes :

1° Leur acte de naissance ; 2° leurs diplômes dans les lettres et les sciences; 3° une note revêtue de leur signature et indiquant la profession et la demeure de leur père, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis leur sortie de ces établissements; 4° un certificat du chef ou des chefs desdits établissements, contenant, avec une appréciation du caractère et des aptitudes des candidats, l'indication des succès qu'ils ont obtenu dans le cours de leurs classes et des renseignements sur la situation de fortune de leurs parents.

Les bourses sont données au concours. Les concours ont lieu chaque année au siège de la Faculté, à l'époque fixée par le ministre. Les sujets de concours sont déterminés chaque année par le ministre de l'instruction publique, sur la proposition des Facultés.

Les bourses sont conférées par le ministre pour un an, mais cette durée peut être prolongée jusqu'à quatre années, sur un rapport du doyen adressé à M. le ministre, année par année. La durée de quatre ans ne peut être prolongée qu'en faveur des internes ou externes des hôpitaux ou des lauréats des Facultés. (Extrait de l'arrêté ministériel du 5 novembre 1877.)

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — La chaire de pathologie générale est déclarée vacante.

— M. Chambard, interne des hôpitaux, répétiteur au laboratoire d'histologie du Collège de France, ouvrira son cours d'histologie normale et pathologique le 1er mars 1879. Ce cours sera complet en soixante leçons.

Pour les renseignements, s'adresser à M. Chambard, au Collège de France, les lundis, mercredis et samedis, de deux à quatre heures.

— Les lundi 3 et mardi 4 mars 1879 aura lieu une vente de livres de médecine et de littérature. Le catalogue est en distribution à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

— *Erratum.* — Page 132, ligne 43, au lieu de : « Les collyres ou crayons agissent lorsqu'ils... », il faut lire : « Les collyres ou crayons agissent *peu* lorsqu'ils... »

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Climatologie médicale. Le Climat de Brest,** ses rapports avec l'état sanitaire, par A. Borius, professeur agrégé à l'École de médecine de Brest. Paris, 1879. In-8° de 384 pages avec une carte coloriée. — Prix : 7 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

**Manuel de pathologie interne,** avec figures intercalées dans le texte, précédé de la manière d'examiner le malade et de faire les autopsies, par le docteur J.-A. Fort, ancien interne des hôpitaux, etc., avec la collaboration du docteur Guichet. 1 vol. in-18. — Prix : 6 francs. — Ve Adrien Delahaye et Ce.

**De la syphilis infantile acquise,** par le docteur Pontet. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7820.

N° 20. — MARDI 18 FÉVRIER 1879. 52e ANNÉE. MARDI 18 FÉVRIER 1879. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



---

Paris, le 17 février 1879.

Les journaux politiques ont, les premiers, annoncé l'apparition de la peste en Europe, et il est impossible que, malgré l'exagération des premiers récits, les journaux de médecine n'expriment pas une opinion motivée sur cet évènement.

Oui, la peste, originaire du Levant, où elle est endémique, mais où elle n'a pas toujours le caractère d'une épidémie, vient de quitter son berceau, s'est répandue dans quelques provinces de la Russie méridionale et, ce qui est plus grave, est arrivée aux environs de Moscou. C'est là une conséquence de l'ambition de ces souverains qui jettent les peuples les uns contre les autres et amènent, par l'amoncellement des vivants soumis à toutes les privations et par l'immense quantité des morts laissés presque sans sépulture, ces foyers d'infection d'où sortent le typhus et la peste. La Russie a été chercher des lauriers en Orient, mais ces lauriers sont empoisonnés, et, si le mal s'étend, on pourra dire que les vaincus auront exercé une terrible vengeance contre leurs vainqueurs.

Quoi qu'il en soit, un mal que les uns, dans leur ignorance, disent être nouveau, que les autres appellent déjà la peste et dont il semble qu'on veuille provisoirement cacher la véritable nature, s'est montré à Vetlianka près d'Astrakan le 18 novembre 1878. Le docteur Döppner, médecin en chef des troupes cosaques, a vu mourir là très-rapidement un certain nombre d'individus parmi lesquels sept médecins, des prêtres, et la plupart des Cosaques chargés d'enlever les cadavres. Tout cela n'avait rien de rassurant, et l'on comprend que les populations se soient affolées et que la terreur se soit propagée au loin.

L'épidémie n'est pas restée dans ces limites. Elle s'est étendue au loin, dans la province de Sarratow et à Uyssokaio qu'on dit être proche de Moscou.

C'est cette extension qui est grave pour l'Europe et qui peut faire craindre une invasion de la peste dans l'Occident. Aussi les gouvernements limitrophes ont-ils pris des mesures préventives qu'on ne saurait trop encourager. Il n'est pas probable que nous ayons à subir les désastres pestilentiels du seizième et du dix-huitième siècle, mais il est indispensable de prendre des précautions en temps utile.

Cela dit, voici quels sont, à peu près, les symptômes de la maladie : les sujets affectés sont pris tout à coup de maux de tête, de frissons, suivis de chaleur dévorante, d'apathie et de courbature excessive, de tension du ventre, avec déjections liquides fréquentes, parfois involontaires, de miction urinaire rougeâtre, de délire, de taches ecchymotiques sur tout le corps, de bubons inguinaux et axillaires, de prostration absolue, température 41° ou 42° de coma, quelquefois de convulsions et de mort.

C'est là le tableau en raccourci de la *peste à bubons* de l'Orient ou de l'Égypte, tel que les récits du moyen âge et du siècle dernier à Marseille nous l'ont laissé. Il n'y a pas de doute à avoir. Espérons que le malheur d'une épidémie de ce genre, actuellement limitée à la Russie, ne viendra pas jusqu'à nous ; mais nous tiendrons nos lecteurs au courant de la marche éloignée du fléau et des narrations qui en seraient faites par nos confrères de l'étranger.

---

## HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

### De la leucocythémie aiguë causée par la diphthérite.

En 1868, j'ai montré que dans la diphthérite grave, c'est-à-dire compliquée de septicémie, il y avait une notable augmentation des globules blancs du sang. La *Gazette* a enregistré ces faits. Il me suffisait alors de mettre une goutte de sang sous le microscope et de compter approximativement les leucocytes. La démonstration était évidente, car dans les cas légers le nombre des globules blancs était peu considérable, tandis que dans les cas graves leur abondance était extrême.

En 1877, j'ai repris ces recherches avec mon ami le docteur Dubrisay, et, utilisant les procédés nouveaux de numération des globules du sang, nous nous sommes mis à compter les globules d'une façon précise, par millimètre cube. Le résultat de nos travaux a été communiqué à l'Académie des sciences. Nous avons travaillé la question pendant six mois et rassemblé les 177 observations, suivies jour par jour, avec un soin minutieux. Tout calcul douteux était rigoureusement recommencé. De cette façon, nous avons un grand nombre de cas suivis, du premier jour au dernier, avec des numérations quotidiennes ou presque quotidiennes,

absolument comme on fait les observations de température morbide et comme on doit faire toute observation clinique. Nous avons pensé que cette rigueur et cette exactitude étaient nécessaires pour donner à nos conclusions le caractère sérieux de la bonne clinique.

Les vingt-sept premières observations seulement ont été publiées. Elles m'avaient paru en nombre suffisant pour la démonstration de la *leucocythémie aiguë diphthéritique*. J'ai continué et je continue, parce qu'il est important de se contrôler soi-même et que d'ailleurs, dans ma clinique, la découverte de cette nosohémie diphthéritique joue un grand rôle dans les considérations de pathologie générale et de pronostic que j'ai l'habitude de présenter.

Le fait absolument certain qui ressort de ces recherches, c'est que *dans la diphthérite grave septicémique, il y a toujours une leucocythémie aiguë qui augmente avec l'aggravation du mal et qui diminue lorsque les enfants ont le bonheur de guérir.*

Au contraire, *dans la diphthérite légère sans septicémie, il n'y a pas de leucocythémie et les enfants guérissent toujours.*

D'après nos premières recherches, le nombre des globules blancs sur vingt-quatre cas étudiés jour par jour pendant toute la maladie a varié de 5 à 10,000 dans douze analyses, de 10,000 à 100,000 sur 81 autres calculs et la moyenne a été de 26,824, chiffre presque triple du chiffre moyen normal.

La découverte de cette altération considérable du sang a été sinon contestée, cela était impossible, du moins atténuée par M. Cuffer, à l'aide de quatorze observations faites sur des diphthérites dont il ne m'a pas paru indiquer suffisamment le caractère de gravité et sur lesquelles il s'est borné à une seule numération. Sur treize malades, il n'y a eu qu'un seul calcul et sur un autre il n'y en a eu que deux.

Ce sont là des recherches bien incomplètes quand il s'agit de découvrir la vérité, car il ne suffit pas d'une seule numération faite on ne sait à quel jour de la diphthérite ni dans quelle espèce de diphthérite grave ou légère pour étudier la leucocythémie aiguë diphthéritique.

Il faut suivre les malades du début à la fin du mal et compter les globules blancs du sang, jour par jour, du premier au dernier, si l'on veut connaître l'influence que l'évolution morbide a sur l'augmentation ou sur la diminution de ces globules. Alors on fait un tracé analogue à ceux de nos relevés de température, et on a une courbe qui indique les variations ascensionnelles ou décroissantes de la leucocytose aiguë.

En outre, il faut savoir à quelle espèce de diphthérite on a affaire et distinguer deux catégories de diphthérite : l'une sans septicémie, sorte de diphthérite locale qui guérit toujours, et l'autre avec septicémie qui peut guérir, mais dont on meurt le plus souvent. Celle-ci est accompagnée d'adénite, d'albuminurie, d'endocardite végétante, de thrombose cardiaque, d'infarctus pulmonaires, de pneumonie embolique et parfois d'abcès du poumon. C'est là la vraie diphthérite.

M. Cuffer, qui a eu le désir de contrôler mes expériences, n'a pas fait ces distinctions nécessaires et n'a pas fait de tracé indiquant la courbe leucocytique. En parlant d'après quinze numérations des globules blancs dans la diphthérite, quelle qu'elle soit, et en comparant les résultats obtenus à nos numérations, il n'est pas suffisamment autorisé à conclure contradictoirement. Il est évident qu'une moyenne tirée de 15 numérations isolées, une par malade à n'importe quel jour de la diphthérite, ne peut être comparée à une moyenne tirée de 147 numérations suivies sur chaque malade, tous les jours, comme tous les jours on suit les courbes du pouls et de la température. D'ailleurs, dans ces 15 numérations faites un peu trop au hasard, il a trouvé six fois des chiffres de leucocytes semblables aux miens et qui varient de 15,370 à 31,036 et à 32,218. Si les expériences de M. Cuffer avaient été aussi multipliées que les miennes, et si elles avaient été faites journellement sur chaque malade, je ne doute pas qu'elles n'eussent été conformes aux résultats que j'ai publiés. Dans un sujet de cette nature, la vérité est la même pour tous les savants de bonne volonté.

Vous allez en avoir la preuve sur ces faits de diphthérite septicémique compliquée de croup actuellement en observation dans le service.

La présence de ces malades est pour moi l'occasion de revenir sur cette question de la *leucocythémie aiguë* que j'ai introduite dans la science il y a vingt ans et sur laquelle j'appelle à chaque instant l'attention de ceux qui suivent ma clinique. Je profiterai de la circonstance pour vous reparler de la leucocythémie, de la diphthérite et du croup.

Voici les faits :

Aug. Bl..., six ans, entrée le 8 juillet, morte le 12 après trachéotomie.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Elle avait le 9 juillet, | 4,321,500 | rouges | — | 12,562 | blancs |
| le 10 — | 3,718,500 | — | | 17,587 | — |
| le 11 — | 3,417,000 | — | | 37,687 | — |
| le 12 — | 3,417,000 | — | | 25,125 | — |
| Sa moyenne est donc, | 3,718,500 | — | | 23,265 | — |

Dans l'autre cas, relatif à une diphthérite avec croup et trachéotomie, chez la nommée V..., âgée de cinq ans et demi, qui est morte, vous avez vu :

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Le 10 juillet, | 4,070,250 | rouges | — | 7,537 | blancs |
| Le 12 — | 4,798,875 | — | | 15,075 | — |
| Le 13 — | 4,145,625 | — | | 17,587 | — |
| Le 16 — | 2,914,500 | — | | 15,075 | — |
| Le 17 — | 2,964,750 | — | | 20,100 | — |
| En moyenne, | 3,778,800 | — | | 15,074 | — |

A côté de ces deux faits, permettez-moi de vous en rapporter qui n'ont pas été publiés et qui ont été recueillis dans le service.

L..., âgée de onze ans, atteinte de diphthérite septicémique mortelle sans croup et morte le lendemain de son arrivée.

4,045,000 rouges — 10,050 blancs.

A..., seize mois, morte après deux jours d'hôpital par diphthérite septicémique sans croup.

5,175,750 rouges — 8,793 blancs : : / : 600
4,329,750 — 9,412 — : : / : 488

L..., âgée de deux ans et demi, sortie mourante après un séjour de quarante-huit heures pour une diphthérite septicémique, a offert dans les deux seules analyses qu'on a pu faire :

2,989,875 rouges — 16,331 blancs.
4,321,500 — 17,587 —

C..., âgée de trois ans, morte de diphthérite septicémique le lendemain de son arrivée. Une seule analyse.

2,989,875 rouges — 41,486 blancs.

L..., âgée de sept ans et demi, morte dans la journée de son entrée par diphthérite septicémique.

5,351,625 rouges — 12,562 blancs.

B..., âgée de six ans, entrée le 2 août, morte le 6 par diphthérite, croup et trachéotomie.

Le 5 août, 2,839,125 rouges — 13,818 blancs.
3,693,375 — 20,100 — mort.

L..., âgée de quatre ans, séjourne à l'hôpital quatre jours pour une diphthérite septicémique avec croup et trachéotomie.

Avant l'opération elle avait :

4,800,375 rouges — 23,531 blancs.

Après l'opération, le lendemain :

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 4,110,125 rouges | — | 31,375 blancs. |
| puis. . . . . . . . . . | 5,490,625 | — | 34,512 — |
| et le jour de la mort, | 5,020,000 | — | 84,712 — |
| En moyenne, | 4,800,375 | — | 29,806 — |

B..., âgée de deux ans et demi, arrive avec la diphthérite septicémique, croup et anesthésie qui amène la mort dans la journée.

3,859,125 rouges — 72,162 blancs.

Dans tous ces cas de diphthérite septicémique grave, comme dans tous les autres que j'ai vus depuis deux ans et que je ne puis rapporter ici, l'altération leucocythémique est la même. Il y a toujours augmentation des globules blancs du sang. Elle peut varier comme chiffres entre 10,000 et 84,000 d'après les observations que je viens de vous communiquer, mais il est bien rare qu'elle n'existe pas. D'ailleurs, si elle n'existe pas un jour, elle se produit le lendemain ou les jours suivants. De là l'utilité des numérations quotidiennes pour avoir des observations exactes et complètes. Cette leucocytose augmente avec la septicémie dont elle est la mesure, et elle diminue avec elle. C'est à ce point que, lorsque les enfants sont guéris, on constate presque aussitôt le retour du chiffre de l'état normal ou à peu près normal. En voici la preuve sur quelques cas de diphthérite terminés par guérison :

B..., âgée de huit ans, atteinte de diphthérite dont elle a pu guérir, entre le 4 juin avec 18,825 globules blancs, et le 25 elle n'en avait plus que 6,275.

H..., âgée de onze ans, entre avec une diphthérite des amygdales.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Le 19 juin, | 5,490,625 rouges | — | 47,062 blancs. | |
| Le 20 | — | 5,333,750 | — | 15,687 — |
| Le 22 | — | 5,239,625 | — | 18,825 — |
| Le 25 | — | 4,803,125 | — | 31,375 — |
| Le 28 | — | 5,225.000 | — | 15,075 — |

Le 4 juillet, elle sort guérie avec :

5,175,750 rouges — 5,025 blancs.

Je pourrais vous citer bien d'autres exemples analogues, sans rien démontrer de plus et sans avoir rien à changer dans mes conclusions, qui sont la conséquence rigoureuse de faits nombreux, observés avec soin et étudiés d'après les principes d'une observation patiente et rigoureuse.

Chez tous mes malades, classés en deux groupes, l'un pour la diphthérite septicémique, et l'autre pour la diphthérite légère et locale, les numérations ont été faites jour par jour, de façon à suivre la progression ou la décroissance du nombre des globules blancs et rouges. C'est de cette façon seulement qu'il est possible d'étudier la leucocytose aiguë diphthéritique. Hors de là, tout n'est qu'approximation et hypothèse. Si l'on confond ces diphthérites légères et *locales* qui guérissent toujours et qui n'ont pas de leucocytose avec les diphthérites *graves septicémiques* accompagnées de leucocytose et ordinairement suivies de mort, il est évident qu'on trouvera des moyennes qui ne représentent pas la vérité. Pour contrôler et vérifier les observations d'un auteur, il faut se placer dans les mêmes conditions que lui, opérer de la même façon, sur des cas semblables; sans cela on s'expose à introduire la confusion au milieu de faits sur lesquels il ne saurait y avoir que des divergences peu considérables et sans portée sérieuse.

Comme vous le voyez, il n'y a rien à retrancher aux déductions formulées par M. le docteur Dubrisay et moi à la suite de nos recherches de numération des globules blancs du sang dans la diphthérite, recherches dont vous avez été les témoins, qui ont été faites dans mon service et sous vos yeux. Dans les recherches de ce genre, il faut le nombre des malades et des numérations sur chaque sujet. Nous avons l'un et l'autre. Je puis même dire, sans crainte d'être désavoué, que personne ne pourrait fournir autant que moi d'observations d'analyse des globules du sang, faites jour par jour pendant la durée de la maladie. Aussi puis-je finir cette leçon clinique en disant que rien ne me paraît plus certain ni mieux démontré que la leucocythémie aiguë produite par la diphthérite septicémique.

J'ajouterai que cette leucocythémie aiguë est en rapport avec la gravité du mal, qu'elle commence avec la septicémie, qu'elle augmente et décroît avec elle et enfin qu'il y a là une notion de nature à éclairer le pronostic de la diphthérite. C'est là un progrès incontestable, et nous le devrons à la précision que la science médicale moderne se fait honneur d'apporter dans ses moyens d'observation.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

### De l'hémiplégie syphilitique.

L'hémiplégie syphilitique, sans être une maladie commune, n'est cependant pas rare, et l'on peut, presque en tout temps, en observer des exemples dans nos salles. Depuis une douzaine d'années que mon attention a été attirée sur ces faits, j'ai pu en recueillir au moins soixante observations.

1° A quelle époque de la syphilis survient l'hémiplégie?

Elle est, avant tout, une lésion tertiaire; cependant on en a cité plusieurs cas appartenant à la période secondaire; j'en ai moi-même vu six cas qui ont apparu du sixième au dix-neuvième mois de la syphilis. On a même cité une hémiplégie survenue au quatrième mois. C'est qu'en effet l'hémiplégie syphilitique peut devancer son heure d'apparition, de même que les syphilides ulcéreuses peuvent apparaître dans un âge précoce de la maladie.

Mais ces faits sont rares et exceptionnels; l'hémiplégie est éminemment un phénomène tertiaire; la règle est qu'elle se montre à une époque tardive de la diathèse; c'est de la troisième à la dix-huitième année qu'on observe l'hémiplégie syphilitique. Son maximum de fréquence est de la sixième à la dixième année. Enfin, à des époques plus éloignées, à la vingtième, vingt-septième ou trentième année de la diathèse, on en a vu des exemples, cas exceptionnels et tout à fait rares.

2° Quelles causes anatomiques produisent l'hémiplégie syphilitique?

Elle résulte de la lésion ou d'un centre ou d'un tractus cérébral moteur. Mais cette lésion du parenchyme cérébral n'est pas toujours spécifique; elle peut résulter de lésions vulgaires du cerveau. Elle n'est spécifique que dans les cas de syphilides spéciales du cerveau, de tumeurs gommeuses ou de syphilomes par infiltration diffuse, ou d'encéphalite scléreuse. Les autres cas sont aussi essentiels à connaître : ce sont les lésions non spécifiques, telles que l'encéphalite

simple, l'oblitération d'artère, le ramollissement; alors que la tumeur existe dans les os, dans le voisinage du cerveau, elle peut comprimer les artères, ou au moins en réduire le calibre; l'artère peut enfin être le siège d'une endartérite spécifique ou gommeuse; un département cérébral s'ischémie et subit un ramollissement tout à fait comparable à celui qui succède à l'oblitération artérielle par toute autre cause.

Dans tous ces cas, l'hémiplégie n'est plus qu'une lésion indirecte de la syphilis; il est naturel que les hémiplégies directes soient plus facilement curables par le traitement spécifique que ces dernières formes indirectes; que peut, en effet, le mercure ou l'iodure de potassium sur un vaisseau oblitéré?

Ces considérations préliminaires établies, abordons maintenant l'étude clinique de l'hémiplégie syphilitique.

A. Comment se produit-elle? comment s'annonce-t-elle?

L'hémiplégie peut apparaître d'emblée, sans le moindre prodrome, chez un individu qui est en parfaite santé; un de mes clients, syphilitique depuis cinq ans, fut pris ainsi au théâtre de l'ictus hémiplégique; un autre, à l'âge de vingt-trois ans, qui avait la syphilis depuis les années de collège, fut pris d'une subite hémiplégie au milieu d'un bal; il avait dansé toute la nuit avec l'entrain de son âge, quand il se trouva tout à coup foudroyé par l'hémiplégie, qui s'accompagna d'aphasie.

Ces cas sont possibles, mais ils sont rares et exceptionnels; en général, la règle est que l'hémiplégie syphilitique est précédée de prodromes souvent éloignés. Ils sont de plusieurs ordres :

1° Le plus important et le plus fréquent est la *céphalée*. Elle est, avant tout, un phénomène prémonitoire très-fréquent de l'hémiplégie syphilitique; on a même affirmé qu'elle était constante; cette assertion est un peu exagérée. On peut dire, pour être exact, que dans les trois quarts des cas au moins on observe la céphalée, remarquable par un ensemble de caractères; son *intensité* est vraiment extraordinaire; c'est une douleur affreuse, atroce, avec ses *exacerbations nocturnes* et ses crises suraiguës qui font endurer au malade les plus épouvantables souffrances. Cette céphalée est, en outre, absolument *réfractaire aux narcotiques*, au sulfate de quinine, etc. Une céphalée de cette nature devient fortement significative par sa durée, par sa persistance.

Dans quelques cas, elle apparaît quelques jours avant l'attaque; mais, dans d'autres, elle persiste pendant plusieurs mois : six, dix mois, deux ans même avant l'hémiplégie. Chez notre malade, qui était caissière, l'hémiplégie n'est survenue qu'après deux années de douleurs atroces, avec exacerbations nocturnes. C'est en présence de ces malades qu'il est plus que jamais urgent d'instituer une médication appropriée, de recourir aux ressources les plus intenses de la thérapeutique. Guérir une céphalée de cette nature, c'est souvent préserver un malade d'une hémiplégie dans l'avenir.

2° Les *troubles d'ordre congestif*, vertiges, étourdissements, alourdissement, somnolence après les repas, torpeur habituelle, *perte de la mémoire* (phénomène qui a été très-marqué chez la caissière que nous venons d'examiner; elle oubliait les factures, envoyant les notes acquittées à ceux qui n'avaient pas payé, et réciproquement, etc.); les troubles des organes des sens, de la vue, de l'ouïe, etc.

3° Les *troubles de la motilité*, l'engourdissement passager de certaines régions du corps; le malade est pris d'une faiblesse subite, passagère, d'un membre; la main laisse tomber un objet, ou bien les membres inférieurs semblent se dérober sous le poids du corps; des soubresauts sont ressentis dans les muscles; le malade se heurte et tombe même de tous côtés. La langue s'embarrasse au milieu de la prononciation d'un mot; elle « fourche », comme on dit vulgairement. Le malade balbutie, zézaie, etc. J'ai vu un malade qui, trois mois avant l'hémiplégie, eut plusieurs fois des embarras passagers de la langue qui ne duraient pas plus de quelques secondes; à deux reprises, il avait remarqué de l'engourdissement dans le membre droit qui était plus lourd que le gauche; sa main ne pouvait plus tenir la plume; la paupière supérieure retombait sur le globe oculaire. Un autre, ayant eu des parésies passagères de la langue, éprouva aussi trois accès successifs d'engourdissement subit du bras; à la chasse il s'aperçut soudain que sa main gauche ne pouvait plus soutenir son fusil.

4° Les *prodromes du côté de la sensibilité* sont caractérisés par des fourmillements dans les extrémités, l'engourdissement; la main sent les objets comme à travers un gant; des sensations subites de froid dans les membres, des douleurs simulant les attaques rhumatismales.

5° Il est des cas où l'hémiplégie vraie a pour prodrome l'hémiplégie elle-même; elle est précédée par des hémiplégies avortées, ébauchées et passagères. Le malade présente alors une hémiplégie légère consistant en alourdissement des membres, qui disparaît, puis reparaît. Un de mes malades, après des crises violentes, eut ainsi une parésie hémiplégique du côté droit qui dura une demi-heure puis disparut. L'hémiplégie confirmée arriva un mois après. Dans ces derniers temps, vous avez aussi pu voir dans le service un malade frappé d'hémiplégie droite, le 15 mars 1877; il eut, le 11 juin suivant, une hémiplégie gauche qui disparut d'abord, puis reparut quelques mois plus tard et resta définitive, permanente et incurable.

B. Accès d'hémiplégie :

Il présente deux types, suivant que l'hémiplégie est soudaine ou qu'elle est progressive.

1° L'hémiplégie prend parfois la forme apoplectique du coup de sang vulgaire; le malade tombe sidéré, anéanti, sans connaissance et se retrouve hémiplégique. Cette apoplexie est rare dans la vérole; elle manque presque constamment. Le plus souvent, l'ictus se fait avec *conservation de la connaissance;* c'est là le type par excellence.

Le malade se sent tout à coup étourdi, défaillant; il ne tombe pas ordinairement, il a le temps de gagner un siége; il s'affaisse, ressentant une lourdeur considérable vers un ou deux membres; progressivement, et toujours en pleine connaissance, il assiste conscient à son attaque dont, plus tard, il peut raconter tous les détails au médecin. Tel j'ai vu un tailleur de pierre qui, depuis quinze jours, souffrait d'une céphalalgie atroce; soudain, il « se sent tout drôle », comme il le raconte, il est étourdi, son ciseau tombe de sa main gauche; il s'assied sur sa pierre sans pouvoir prononcer une parole; interpellé par ses camarades, il ne peut leur répondre. Il reste couché à terre, et, une demi-heure après, il constate que son bras gauche est mort; il peut encore relever la jambe du même côté. Amené à l'hôpital, ce n'est que dans la nuit que l'hémiplégie se complète par la paralysie du membre inférieur gauche.

2° L'hémiplégie se fait d'une façon progressive plus souvent encore qu'elle ne revêt le type rapide; la lenteur avec laquelle les phénomènes vont s'accentuant, l'intensité crois-

sante et l'extension croissante de ces phénomènes, conduisant d'une simple parésie, d'étape en étape, à une paralysie vraie, sont des caractères absolument typiques. Le membre affecté d'abord est paralysé quelques jours après; ou, après la paralysie d'un segment, bras, jambe ou face, on voit quelques jours après l'hémiplégie complète. On a vu ainsi le bras paralysé le premier jour; le deuxième jour la face, puis, le troisième jour le membre inférieur.

Toujours l'hémiplégie se constitue calme, sourde, insidieuse, sans choc, sans bruit ni fracas, sans provoquer la moindre commotion.

C. Hémiplégie confirmée :

Elle n'a pas d'autres symptômes que l'hémiplégie vulgaire; c'est une paralysie de la moitié du corps, avec ou sans troubles de la sensibilité ou de l'intelligence.

Les caractères spéciaux que présente l'hémiplégie syphilitique sont les suivants :

1° Au point de vue de la *motilité*, l'hémiplégie est presque toujours incomplète; elle se produit le plus souvent sans anéantir complètement le mouvement. C'est rarement cette hémiplégie flaccide qui laisse les membres inertes et morts; presque toujours, même dans les formes les plus intenses, il reste quelques lueurs de la motilité; quelques mouvements persistent, plus ou moins bien conservés.

On voit souvent l'hémiplégie partielle, affectant souvent un ou plusieurs segments de la moitié du corps, mais pas toute cette moitié du corps; la face, par exemple, pouvant être paralysée, tandis que le bras et la jambe sont à peine atteints de parésie, etc.

2° Du côté de la *sensibilité*, on a dit à tort que la syphilis était particulièrement remarquable en ce sens que son hémiplégie n'intéressait pas la sensibilité; sans doute, la sensibilité est souvent respectée, mais, dans un certain nombre de cas, la sensibilité est atteinte; je n'en veux pour exemple que la caissière qui est encore dans nos salles.

Lorsque la syphilis agit sur la sensibilité, elle l'émousse seulement et ne l'éteint pas complètement.

3° Du côté de l'*intelligence*, les uns ne sont pas touchés par l'hémiplégie syphilitique, les autres en sont gravement et très-sérieusement atteints. Certains malades hémiplégiques conservent leur intelligence absolument indemne; j'ai actuellement un malade infirme du bras, qui a gardé sa belle intelligence d'autrefois. Pour d'autres, et c'est le plus grand nombre, l'hémiplégie est le point de départ d'altération des facultés, d'une décadence intellectuelle, d'un abaissement de l'intelligence, d'une lenteur de l'idéation qui est plus confuse, etc.

Le malade reste étonné, hébété, enfantin, perdant la mémoire, apathique, perdant la sûreté du jugement, descendant successivement jusqu'au dernier échelon de la décadence intellectuelle, pouvant arriver jusqu'à la démence.

4° Assez fréquemment, l'hémiplégie s'accompagne de certains phénomènes spéciaux. L'aphasie existe dans un très-grand nombre d'hémiplégies droites. De même, les *paralysies oculaires* ont une relation fréquente avec l'hémiplégie; elles sont localisées quelquefois à la quatrième paire, plus souvent à la sixième et beaucoup plus généralement à la troisième paire (nerf oculo-moteur commun).

*Diagnostic.* — L'hémiplégie syphilitique a-t-elle quelques caractères qui permettent de la reconnaître? Ce serait assurément perdre son temps que chercher un signe pathognomonique suffisant pour attester l'origine syphilitique de la paralysie, mais, dans la façon dont ses symptômes se constituent, on peut trouver quelques particularités spéciales qui suffisent à éveiller l'attention du médecin au point de vue de la syphilis. Particulièrement, par les prodromes, et surtout par la céphalée avec ses exacerbations nocturnes et sa persistance, l'hémiplégie ainsi caractérisée doit devenir suspecte; elle le sera encore davantage si elle a été précédée de paralysies fugaces, éphémères, d'engourdissement, de bégaiement. Signalons encore la fréquence d'accès épileptiformes qu'on observe souvent avant l'hémiplégie et qui n'intéressent que la moitié du corps; et enfin, l'hémiplégie est partielle et consciente; le malade est spectateur de son propre accès.

Sans doute, tous ces caractères se présentent aussi dans les hémiplégies d'autre nature, mais ils n'y sont pas aussi fréquents que dans l'hémiplégie syphilitique.

Les particularités cliniques que présente l'hémiplégie syphilitique peuvent être ainsi résumées :

1° Elle se fait sans apoplexie, presque infailliblement sans perte de connaissance.

2° Elle est souvent lente, progressive, successive.

3° Elle est souvent incomplète, très-souvent partielle (monoplégie).

4° Caractère important : l'hémiplégie de la syphilis est moins pure comme type paralytique que les autres hémiplégies, parce qu'elle s'associe à des paralysies d'autre genre; ainsi, un hémiplégique syphilitique présentera fréquemment une hémiplégie combinée avec des paralysies oculaires, soit du même côté, soit du côté opposé, soit des deux côtés en même temps. Sur cent cas, on en trouve au moins vingt-cinq où l'hémiplégie est combinée avec ces paralysies locales; il y en aurait dix à peine qui n'en présenteraient pas du tout.

5° Les antécédents ont évidemment aussi leur valeur; il peut y avoir d'autres manifestations concomitantes de la syphilis; des exostoses multiples nous confirment le diagnostic chez la caissière dont nous avons déjà parlé précédemment.

6° L'âge des malades est aussi une considération majeure; les hémiplégies classiques n'arrivent qu'à une période avancée de la vie, dans la vieillesse, ou à une époque avoisinant la vieillesse; tout autrement agit l'hémiplégie syphilitique; elle frappe les malades à un âge peu avancé, parce que, sauf les exceptions connues, la syphilis a été ordinairement acquise dans le jeune âge. C'est au-dessous de quarante-cinq ans, de trente ans, de vingt et un à vingt-cinq ou trente-cinq ans que l'on observe l'hémiplégie syphilitique. Sur 53 cas d'hémiplégie syphilitique, j'ai trouvé 23 cas de vingt et un à trente ans; 22 cas de trente et un à quarante ans; 8 cas au-dessus de cet âge. Soit, sur 53 cas, 45 cas d'hémiplégie survenue avant l'âge de quarante ans.

Il faudra donc suspecter d'origine syphilitique toute hémiplégie qui frappe un sujet jeune. Il y a longtemps que la loi avait été ainsi formulée par un médecin danois : toute hémiplégie survenant avant l'âge de quarante-cinq ans doit être fortement suspectée d'être syphilitique. Ce précepte est vrai si l'on est en présence d'un individu non alcoolique, non atteint de maladie rénale.

En tous cas, le critérium par excellence est le traitement. Si l'on obtient des effets curatifs rapides, on peut être assuré de la spécificité de l'hémiplégie. Si donc une certitude mathématique nous fait défaut pour établir le diagnostic, après l'institution du traitement, nous pouvons juger définitive-

ment, et, en présence de fortes probabilités, nous avons le droit d'instituer le traitement spécifique.

Résumons ces considérations par les propositions suivantes :

1° L'hémiplégie est une conséquence fréquente de la syphilis cérébrale.

2° Elle n'a pas un seul symptôme spécial.

3° Mais elle présente quelques particularités qui suffisent pour attirer l'attention du côté de l'hypothèse de la syphilis.

4° Si nous ne disposons pas de preuves certaines, nous pouvons avoir de grandes probabilités; les résultats du traitement jugeront le diagnostic.

---

## OPHTHALMOSCOPIE ET MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Par M. le docteur E. Tachard.

*Conclusions.* — La névrite optique double est un symptôme important du début de la méningite tuberculeuse; elle n'est pas en soi caractéristique et ne témoigne que de l'étranglement du nerf optique, résultant de l'exagération de la paroi intra-crânienne. — La coexistence de la névrite avec des troubles moteurs partiels, siégeant surtout à droite, caractérise l'existence d'une méningite tuberculeuse — La dissociation des symptômes convulsifs fait pressentir, d'après les données de la physiologie moderne sur les localisations cérébrales, le siège exact des lésions à la surface de telle ou telle circonvolution. — L'anatomie pathologique démontre l'exactitude des recherches physiologiques qui ont mis en évidence la position relative des différents centres moteurs des membres, des paupières ou des muscles du langage.

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 février 1879. — Présidence de M. Paul Bert.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté:

### COMMUNICATIONS

**Emploi du protoxyde d'azote en chirurgie.** — M. PAUL BERT fait une communication sur l'emploi du protoxyde d'azote sous tension comme anesthésique pour les opérations de plus longue durée que la simple avulsion d'une dent. On sait que jusqu'ici les dentistes ont employé le protoxyde d'azote chimiquement pur et, qu'ainsi employé, ce corps exerce, en même temps qu'une action anesthésique, une action asphyxiante. Après une ou deux minutes d'application, on voit le patient *virer au bleu* et l'on est obligé de retirer le sac aussitôt et de cesser d'y faire respirer le malade. Il est vrai qu'il suffit, pour arracher une dent, de cinq à vingt secondes d'insensibilisation. Mais ce temps ne suffit plus pour le chirurgien, à moins que, comme le font les chirurgiens américains, on ne s'en serve en ayant soin à chaque instant de cesser et de recommencer l'anesthésie et en même temps de suspendre et de reprendre l'opération; il en est qui ont pratiqué des ovariotomies dans ces conditions. Mais c'est là évidemment un procédé qui n'est pas pratique.

M. Paul Bert a donc cherché à obtenir une insensibilité parfaite et durable sans asphyxie. C'est en employant *sous pression* le protoxyde d'azote qu'il a pu arriver à ce résultat. Il y a quelques jours, M. Labbé, assisté de MM. Préterre, Regnard, Lafont et Paul Bert, tous placés avec une jeune fille de vingt ans, atteinte d'un ongle incarné, sous une grande cloche à air comprimé, opéra cette jeune fille sans qu'elle s'en aperçut. Le mélange employé était ainsi composé; 85 de protoxyde d'azote et 15 d'oxygène. Quand on fut monté à 17 centimètres de pression intérieure, M. Préterre commença l'anesthésie. La jeune fille resta d'abord quinze secondes sans respirer, puis elle fit une grande inspiration. Elle devint très-rapidement insensible, environ quinze secondes après le moment où on commença. Le pouls n'avait pas changé, la pupille était légèrement contractée, l'insensibilité était complète et profonde. M. Labbé put pratiquer l'extirpation de l'ongle incarné et de la matrice de l'ongle, opération, comme on sait, extrêmement douloureuse, comme s'il opérait sur le cadavre, sans que la malade fît le moindre mouvement et donnât le moindre signe de douleur; elle offrait, au contraire, l'apparence d'une tranquillité réjouie; la peau était restée rose comme à l'état normal. Après quatre minutes et demi d'un sommeil complet, l'opération et le pansement étaient terminés. A ce moment survint une légère contracture; M. Paul Bert a souvent observé ce phénomène chez les chiens sur lesquels il fit ses premières expériences. On ôta aussitôt l'appareil à anesthésie et la contracture cessa; la malade se réveilla, revint à elle, retira son pied en disant: « Cela me fait mal », et elle eut une très-légère crise de nerfs, surtout caractérisée par des sanglots; peu de temps après elle se trouva très-bien, affirma n'avoir rien senti du tout et a pu s'en aller. Elle ne présenta aucune réaction, aucune excitation; elle n'avait pas poussé un cri, n'avait pas opposé la moindre résistance, était restée dans un calme parfait, avait eu pendant tout le temps de l'opération un pouls intact. Le réveil fut immédiat; le seul incident fut cette légère crise de nerfs. Il est bon d'ajouter que cette jeune fille avait attendu une heure avant l'opération et s'était fortement impatientée. Cette crise de nerfs peut avoir été le résultat de cette impatience.

La tension du protoxyde d'azote était de 104; elle était donc un peu supérieure à celle du protoxyde d'azote employé par les dentistes.

L'expérience a donc pleinement réussi. Reste la question pratique, la nécessité d'une cloche assez considérable pour pouvoir contenir un assez grand nombre de personnes, en cas d'opération grave. La question de prix est peu de chose. Il y a dans tous les hôpitaux une machine à vapeur et l'établissement de cette chambre, selon M. Bert, coûterait tout au plus de 4 à 5,000 francs. L'installation d'une chambre semblable dans tous les hôpitaux pourrait rendre de grands services, tant au point de vue aérothérapique qu'au point de vue chirurgical. Il y a là toute une thérapeutique nouvelle dont l'application chirurgicale n'est pas la moins importante.

**Lymphatiques de l'utérus.** — M. POUCHET présente, au nom de M. Mierzegewski, un travail sur les lymphatiques de l'utérus. Ce travail est accompagné de pièces qui permettent de voir qu'à la surface de l'utérus existent deux réseaux parfaitement distincts.

**Régénération de l'humeur vitrée.** — M. GRÉHANT, au nom de M. Philippeau, présente une note sur la régénération de l'humeur vitrée chez les animaux vivants. Les conclusions de ce travail sont les suivantes : l'humeur vitrée, enlevée chez les animaux, peut se reproduire pourvu qu'on en laisse une très-petite quantité : la cristalline peut aussi, dans les mêmes conditions, se régénérer et engendrer un nouveau cristallin.

**Dangers des poêles sans tuyaux.** — M. GRÉHANT a fait une série d'expériences sur les poêles sans tuyaux, dits poêles américains, très-employés maintenant. Un chien soumis à l'influence des produits de combustion de l'un de ces poêles est pris de vomissements, se couche, ne peut plus se tenir sur ses pattes. L'examen de son sang montre que la moitié de l'hémoglobine est combinée avec de l'oxyde de carbone : les expériences démontrent donc que ce mode de chauffage n'est pas sans dangers.

**Déformation synostotique du crâne.** — M. AMY présente un crâne qui est affecté de cette déformation.

La séance est levée.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 2 février 1879, M. Panas, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, a été nommé professeur de clinique ophthalmologique à la même Faculté.

— Par décret en date du 10 février 1879, M. Frémy, professeur de chimie appliquée aux corps inorganiques au Muséum d'histoire naturelle, a été nommé directeur de cet établissement pour une période de cinq ans.

— Par arrêté ministériel en date du 15 février 1879, la chaire de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris a été déclarée vacante.

— M. Zuber, professeur agrégé d'épidémiologie au Val-de-Grâce, a reçu du Gouvernement français la mission d'aller étudier sur place les questions qui se rattachent à la peste.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Ullrich est prévenu qu'il soutiendra sa thèse le samedi 22 février, à une heure précise. Il est prié de venir consigner.

**Climatologie médicale. Le Climat de Brest,** ses rapports avec l'état sanitaire, par A. Borius, professeur agrégé à l'École de médecine de Brest. Paris, 1879. In-8° de 384 pages avec une carte coloriée. — Prix : 7 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7839.

N° 21. — JEUDI 20 FÉVRIER 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 20 FÉVRIER 1879. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Hier, en écoutant M. Davaine développer ses idées sur la septicémie et la bactérie qui, d'après lui et suivant ses propres expériences, *en est le virus*, nous nous rappelions la fable de l'Ours et de l'Amateur des jardins. Bien des auditeurs qui, jusque-là, avaient accepté de confiance la théorie de M. Davaine, n'y croyaient plus à la fin de ce discours ; M. Colin, lui, jubilait.

En effet, cette fois, M. Davaine avait voulu exposer jusqu'au bout sa méthode, ses résultats et leurs conséquences.

Les résultats, les voici :

D'abord, il avait été constaté que si les bactéridies, principe du charbon, perdent toute leur activité vers 42 degrés centigrades et sont complètement détruites à une chaleur de 48 degrés, au contraire les bactéries de la septicémie et de la putridité deviennent d'autant plus virulentes que la température s'accroît davantage. Il avait été aussi reconnu que certaines espèces animales ne succombent jamais à la septicémie quand on introduit les matières septiques, même en assez grande quantité, soit dans le tube intestinal, soit dans le tissu cellulaire par une injection interstitielle, et cela quelle que soit du reste la température ambiante.

Ici intervient une expérience. M. Davaine a essayé d'introduire du sang putréfié à l'aide d'une sonde en caoutchouc ou d'un trocart dans le péritoine de ces animaux, et ils sont morts en peu de temps d'une péritonite suraiguë; donc, ils n'étaient pas réfractaires.

Cela posé, M. Davaine explique à sa façon pourquoi ces animaux résistent si bien aux injections sous-cutanées de matières septiques ou putrides. Bien entendu il ne saurait être question de rien qui ressemblât à ce qu'on a nommé la force vitale.

Les bactéridies, une fois introduites dans ces tissus, s'y multiplient sans aucun obstacle quel que puisse être l'animal en question, et quelle que soit leur quantité première. Il n'est pas possible qu'elles y soient détruites puisqu'elles sont capables de résister dans des solutions assez concentrées de potasse caustique ou d'acide sulfurique ; elles devraient donc envahir l'organisme dans tous les cas : mais il est constaté qu'il n'en est pas ainsi.

Certains animaux sont réfractaires, ou à peu près, comme nous l'avons vu; d'autres ne meurent que si l'on introduit des quantités notables de matières septiques dans leur économie; d'autres enfin succombent dès qu'ils en ont reçu la moindre quantité. Pourquoi cela ? M. Davaine a son hypothèse toute prête. Les bactéridies, une fois dans le sang, étant transportées dans tous les organes, vont dans les organes excréteurs ; elles y sont sans doute sécrétées en qualité de *matières toxiques*.

Cette expression est remarquable dans la bouche de M. Davaine. Lui qui n'admet aucune intervention vraiment vitale de l'économie, pourquoi veut-il que les matières toxiques soient plus spécialement éliminées?

Là n'est pas d'ailleurs la difficulté principale de cette hypothèse audacieuse. M. Davaine reconnaît lui-même que jamais on n'a constaté l'élimination des corps solides par des organes excréteurs.

M. Davaine a essayé d'injecter des spores de champignon dans la cuisse d'un animal; il les a vus être transportés par l'effet de la circulation jusque dans les organes les plus éloignés, mais il n'a pas pu constater l'élimination de ces spores par les urines, la bile ou d'autres sécrétions. Il n'a jamais observé non plus celle des bactéridies qu'il avait introduites dans ces expériences. Mais il la regarde comme une certitude. La disparition des bactéridies, qui se sont d'abord multipliées en nombre immense sur le point où on les avait inoculées, lui paraît une preuve suffisante. En effet, dit-il, de deux choses l'une : ou ces petits êtres ont été détruits, ou ils ont été exportés. Mais pourquoi se détruiraient-ils étant en plus petit nombre, tandis qu'ils envahissent si rapidement toute l'économie dans le cas contraire? D'ailleurs, leur destruction ne paraît pas possible, vu leur résistance à des agents tels que la potasse caustique ou l'acide sulfurique, en solutions assez concentrées. Ils sont donc sortis, et, évidemment, ce ne peut être que par les émonctoires naturels.

Ainsi, l'hypothèse destinée à expliquer un fait est prouvée par ce fait lui-même.

Voilà la méthode.

« Une autre preuve, ajoute M. Davaine, c'est la contagion des maladies septicémiques, contagion qui ne peut se pro-

duire qu'au moyen des *miasmes exhalés;* or ces miasmes sont nécessairement des bactéridies, puisque, comme on l'admet universellement aujourd'hui, *les bactéridies constituent le virus de la septicémie.* »

Nous ne suivrons pas M. Davaine dans les applications qu'il fait de ces données à la fièvre jaune, à la peste, etc.

On peut juger des conclusions d'après les prémisses.

Dr Victor REVILLOUT.

---

## HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

### Nature de l'amygdalite phlegmoneuse.

L'amygdalite phlegmoneuse serait mieux désignée par le nom de phlegmon *péri*-amygdalien. Le phlegmon, en effet, n'envahit pas le parenchyme de l'amygdale elle-même, mais il siége dans le tissu cellulaire qui enveloppe l'amygdale. Logée, comme vous le savez, entre les deux piliers du voile du palais, l'amygdale n'adhère que d'une façon très-lâche, très-peu intime, à la loge qui la renferme: lorsque l'amygdale s'est tuméfiée et considérablement augmenté de volume, elle dépasse le bord interne du pilier antérieur, et fait saillie dans l'isthme du gosier. On peut, en l'examinant, constater, d'une manière très-évidente, qu'elle est très-lâchement adhérente à la paroi; en effet, à chaque mouvement de déglutition, l'amygdale est mise en mouvement et se balance, très-mobile, dans le fond de la cavité buccale.

Sous l'influence de ces déplacements continuels de la masse glandulaire, le tissu conjonctif qui la retient du côté externe devient aussi plus lâche; il se forme une sorte de bourse séreuse virtuelle entre l'amygdale et la paroi de la loge comprise entre les deux piliers du voile du palais.

C'est précisément dans ce tissu cellulaire que se produit l'inflammation; c'est là qu'apparaît le phlegmon. Peu à peu la collection purulente refoule le pilier postérieur en arrière et l'amygdale en dedans vers la ligne médiane de l'isthme; le pus reste derrière l'amygdale. On voit une tuméfaction occupant la moitié antérieure du pilier antérieur; le pilier postérieur ne peut plus être aperçu, parce que l'amygdale proémine vers la partie médiane. La collection purulente n'est donc pas dans le parenchyme de l'amygdale; elle est en dehors de l'amygdale.

J'ai été moi-même jadis atteint d'un grand nombre d'amygdalites de cette nature: cinq ou six se sont terminées par abcès, et j'ai reçu plusieurs coups de bistouri dans cette région. Ces ponctions ne m'ont jamais produit aucun soulagement. En effet, pour arriver au foyer-même de l'abcès, il faudrait traverser tout le pilier antérieur qui est toujours le siége d'un œdème considérable. L'incision ne va donc pas, le plus souvent, jusqu'à la collection purulente; elle n'évacue absolument rien. Quelquefois, mais le plus rarement, j'ai vu le pus traverser prématurément le pilier, et former, sur sa face antérieure, une petite saillie qui se présentait directement au bistouri; mais cette terminaison n'est pas fréquente, il n'y faut guère compter. Le plus souvent, tout le pilier est envahi par une rougeur diffuse; on ne peut intervenir activement, parce qu'on ne sait pas exactement où est le pus. D'ailleurs, au quatrième jour, comme c'est le cas chez le malade qui me suggère cette petite discussion, le pus est en très-petite quantité. Il est beaucoup préférable d'attendre environ trente-six heures; alors l'abcès s'ouvrira spontanément. Pour me résumer en quelques mots, la règle est donc, dans les cas de phlegmon amygdalien, de ne pas les ouvrir, à moins que, ce qui n'est pas ordinaire, l'on ne sente parfaitement la fluctuation en un point délimité.

### Corps étrangers fictifs, dans l'œsophage et dans l'oreille.

Nous avons récemment observé une jeune fille qui était venue à l'hôpital, en disant qu'elle avait avalé une épingle. Après les premières explorations, j'ai conclu que le corps étranger n'était plus dans l'œsophage, sans avoir pu déterminer exactement ce qu'il était devenu. Deux jours après, nous avons dû revenir à nos premiers soupçons de possibilité de simulation, lorsque nous avons appris dans quelles circonstances la jeune fille était venue à l'hôpital. Elle avait quitté la maison paternelle, quelques jours auparavant, pour suivre un jeune homme; ayant été retrouvée par sa famille, elle était venue à l'hôpital, accompagnée par ce jeune homme, sans en informer ses parents, et en disant qu'elle avait avalé une épingle. Le caractère de cette jeune fille et le mystère qui entourait son histoire nous amenaient à penser qu'elle n'avait pas avalé d'épingle et qu'elle simulait tous ces accidents. Hier matin, ses parents sont venus la trouver à l'hôpital: cette entrevue a provoqué une scène assez violente, à la suite de laquelle la jeune fille a été prise de vomissements bilieux, de douleurs dans le ventre; la face était pâle et altérée, le pouls petit et fréquent, 120 pulsations à la minute; la température s'éleva à 40°; la douleur était très-exagérée au niveau de l'épigastre, mais le ventre n'était ni ballonné ni contracté.

Cet état pouvait faire croire soit à une obstruction intestinale, soit à une péritonite, soit à un empoisonnement.

L'obstruction intestinale n'était guère probable, vu l'absence de ballonnement du ventre; l'examen des régions inguinale et crurale, de même qu'au-dessous de l'ombilic, était complètement négatif; d'ailleurs, la douleur était localisée surtout à la région épigastrique.

Il y avait péritonite; elle ne pouvait être qu'une péritonite de date récente, et circonscrite. Elle pouvait s'expliquer par la supposition que l'épingle aurait pu traverser les parois de l'estomac, et que, par cette ouverture, les liquides des sécrétions stomacales se seraient épanchés en un point de la cavité péritonéale, et auraient provoqué une péritonite qui pouvait se généraliser plus tard. L'hypothèse d'un empoisonnement pouvait être agitée, à cause des circonstances spéciales où se trouvait la jeune fille, et à la suite de son altercation avec ses parents; les symptômes ne se rapportaient cependant à aucun empoisonnement spécial. Les matières vomies, soumises à l'analyse chimique, auraient donné des renseignements précis.

Enfin, dans cette situation, le traitement le plus rationnel à suivre était celui de la péritonite qui pouvait être possible, la malade persistant à affirmer qu'elle avait avalé l'épingle: nous avions donc prescrit l'application de préparations opiacées sur l'épigastre, des injections hypodermiques de morphine et la glace à l'intérieur.

Tout ce cortège d'accidents a disparu rapidement; nous n'avions affaire qu'à une hystérique. Quoiqu'elle persiste dans ses affirmations, nous pouvons être assurés qu'elle nous a trompés et qu'elle n'avait pas avalé l'épingle dont elle parlait; elle était en excellente santé, et nous l'avons renvoyée du service.

Nous avons, dans nos salles, un autre malade se plaignant de la présence d'un corps étranger dans l'oreille, qui ne simule pas, mais chez qui la présence du corps étranger est aussi contestable.

C'est un garçon de dix-huit ans, qui, se servant d'une petite épingle pour se gratter l'oreille, laissa soudain échapper l'épingle; ne pouvant plus la retrouver nulle part, il croit que l'épingle est restée dans le conduit auditif. Mais elle ne paraît pas être dans le conduit auditif, car on ne l'y voit pas d'une part, et, d'autre part, les circonstances dans lesquelles elle a disparu ne prouvent pas du tout qu'elle ait pénétré dans cette cavité; au contraire, il est beaucoup plus vraisemblable de penser qu'elle a pu tomber à terre et qu'elle n'a pu être retrouvée à cause de son petit volume (12 à 15 millimètres de longueur). Personne ne l'a vue dans la première portion du conduit auditif, et, lors même qu'elle se serait implantée dans le cérumen, on l'aurait aperçue en faisant l'examen avec le spéculum, puisqu'on a pu exactement inspecter la membrane du tympan. D'ailleurs, pour que cette petite épingle eût pu s'implanter jusque sur cette petite membrane du tympan, il faudrait qu'on eût pratiqué une certaine manœuvre d'introduction qui était à peu près impossible, à cause de sa trop petite longueur. Car, sur les 15 millimètres qu'elle mesurait au maximum, il faut encore tenir compte de la portion qu'on saisit entre les doigts, et qui ne pouvait pénétrer dans la cavité. Enfin, le malade ne ressent aucune douleur, ne présente aucun symptôme de corps étranger de l'oreille. Il nous a consulté pour sa propre tranquillité ; nous pouvons répondre qu'il n'y a pas de corps étranger.

Les faits de ce genre ne sont pas rares; vous rencontrerez souvent des cas de corps étrangers fictifs : lorsqu'il n'y a pas d'accidents manifestement causés par le corps étranger, ne vous obstinez pas à faire des recherches intempestives. Un corps étranger qui ne détermine aucune douleur est de petit volume, il ne blesse aucun organe, on peut laisser à la nature le soin de son élimination. C'est surtout chez les enfants que l'on croit aux corps étrangers : si l'on tente une exploration avec les instruments, les enfants crient et cherchent à fuir; au milieu de leurs efforts, ils se blessent avec les pinces ou la sonde cannelée qu'on avait introduite dans l'oreille ; c'est ainsi que souvent est perforée la membrane du tympan, alors qu'il n'y avait pas trace de corps étranger.

D'autres fois, et c'est fréquent, les enfants nous sont amenés après que d'autres ont déjà fait de nombreuses tentatives d'extraction; le conduit auditif est inondé de sang. Pour faire une exploration dans ces conditions, il est prudent d'abord de chloroformiser le jeune malade. En introduisant un stylet, on sent souvent le contact d'un corps dur : on pourrait croire qu'on a touché le corps étranger, tandis que ce n'est que la paroi osseuse de l'oreille moyenne qui est devenue accessible par la perforation de la membrane du tympan,

Lorsqu'on se trouve appelé à examiner un malade chez qui on soupçonne la présence d'un corps étranger dans l'oreille, il faut procéder à un interrogatoire précis : s'il n'existe aucun symptôme douloureux, il suffit de pratiquer des injections d'eau froide avec une seringue à hydrocèle, à jet fin et puissant. Ce jet réussit souvent à culbuter le corps étranger, à le faire changer de diamètre, etc. Si le corps étranger n'existe pas, les caillots de sang et le cérumen seront dissociés, et l'examen au spéculum sera facile. Il faut voir le corps étranger et le toucher, pour pouvoir affirmer sa présence et tenter l'extraction. S'il n'est pas volumineux, les injections devront être réitérées, et elles réussiront souvent à l'entraîner. Si le volume est plus considérable, il ne faut pas craindre d'inciser la conque dans sa moitié postérieure, pour donner un champ libre à l'instrument. Enfin, la règle formelle est de n'introduire aucun instrument (autre que les instruments explorateurs) pour tenter l'extraction du corps étranger, avant de l'avoir *vu* : il ne suffit pas de l'avoir *senti*, comme je vous l'ai expliqué précédemment.

C'est le seul moyen d'éviter des accidents trop fréquents et souvent graves.

---

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LABOULBÈNE.

### A propos d'une épidémie de trichinose, la première observée en France.

I

Un de nos honorables confrères, le docteur Jollivet (de Seine-et-Oise), vient d'observer des accidents sérieux chez un grand nombre de personnes qui ont été malades, dans une localité, après avoir mangé de la même viande de porc. Sur vingt personnes qui ont mangé de cette même viande, seize ont été malades : il est donc évident que l'intoxication s'est faite par cette viande. Notre confrère a fait venir en consultation son ami et collègue de l'Académie de médecine, M. Moutard-Martin, qui nous a rapporté un morceau de la viande suspecte. Cette viande était extrêmement belle, sans aspect effleuri ; elle a l'aspect de viande salée. A l'œil nu, même à la loupe, on n'y voit rien d'extraordinaire. Mais, au microscope, on y trouve immédiatement des quantités de *trichines*.

Voulant approfondir cette curieuse histoire, je me suis empressé de demander au docteur Jollivet les renseignements les plus complets sur cette épidémie afin de porter à la tribune de l'Académie de médecine les résultats de cette enquête.

Il faut, en effet, examiner un grand nombre de questions pour faire une étude profitable et intéressante pour la science. Il importe de savoir quel est le nombre exact de toutes les personnes qui ont mangé de la même viande; quelle a été la nature des accidents, y a-t-il eu des troubles digestifs, et à quel moment ils ont apparu; ont-ils consisté en anorexie, chaleur épigastrique, troubles intestinaux? Quelquefois il y a de la diarrhée, d'autres fois des accidents cholériformes.

Y a-t-il eu de la douleur? En quel point siégeait-elle? Elle se localise le plus souvent dans l'intervalle des muscles lombaires, et simule le rhumatisme musculaire.

Il importe de préciser combien de temps après avoir mangé la viande ces personnes ont été malades. Quel a été l'aspect des malades? Avaient-ils la face bouffie et élargie, de la dysphagie, de l'enrouement?

La respiration fut-elle gênée; n'y eut-il qu'une simple difficulté de respiration?

A-t-on observé des troubles de la vue, des mouvements des yeux, sans troubles de la vision proprement dite?

De l'albuminurie? Quels sont les sujets qui ont été le plus vite atteints? Les enfants avaient-ils présenté du ren-

versement du cou en arrière? Les accidents ont-ils été plus marqués chez les adolescents que chez les personnes âgées? Les alcooliques ont-ils résisté plus que les autres à l'intoxication?

Plus tard, à ces douleurs extraordinaires a-t-on remarqué qu'il a succédé une sorte d'obésité?

Enfin quelqu'un de ces malades nous permettrait-il d'aller chercher dans un de ses muscles, avec un petit harpon, une petite parcelle de fibres musculaires?

Dans un autre ordre d'idées, peut-on savoir la date de la mort du porc; l'aspect de l'animal vivant était-il satisfaisant? A-t-on remarqué qu'il traînait le train de derrière; avait-il du gonflement du groin; a-t-on remarqué de l'alopécie? Comment a-t-il été nourri, avec du grain et des pommes de terre? ou bien a-t-il été laissé en pâture en liberté?

Le boucher en a-t-il mangé, a-t-il eu des accidents?

Les personnes atteintes ont-elles mangé des côtelettes, du jambon, du saucisson cuit ou non cuit de cette viande? Cette viande a-t-elle été fumée?

Voilà, on le voit, un grand nombre de questions qu'il suffit de poser pour en faire comprendre la valeur. Lorsqu'elles seront résolues, nous pourrons faire un peu de jour sur cette étude.

Qu'est-ce donc que la trichine? C'est un petit ver nématoïde, filiforme, enroulé en spirale comme un ressort de montre, à extrémité antérieure amincie et pointue, et à extrémité postérieure obtuse. Elle se présente au milieu des fibres musculaires striées, jamais dans les muscles lisses; on ne l'a jamais observée dans le muscle cardiaque, sauf deux cas fort douteux, dont un de Virchow, qui n'ose d'ailleurs pas beaucoup l'affirmer.

A la partie inférieure du corps, et sur la partie antérieure, on a trouvé une couche de fibres élastiques très-tendues qui produiraient l'enroulement. Cette trichine se lo ge dans un kyste qui s'encroûte de sels calcaires, particulièrement aux extrémités de son grand diamètre. La trichine est avalée ainsi avec son kyste; dans le tube digestif elle devient libre et se déroule. M. Colin a indiqué un moyen pratique de reconnaître si elle est vivante ou non. Après avoir fait avaler un morceau de viande trichinée à des oiseaux, on cherche dans leurs excréments et on trouve la trichine déroulée, elle est vivante; enroulée, elle est morte.

Le suc gastrique dissout le kyste et n'agit pas sur l'animal lui-même qui prend dès lors son développement dans l'intestin et devient sexué, mâle ou femelle. La proportion est de dix fois plus de femelles que de mâles; les femelles sont plus volumineuses : la vulve est au cinquième postérieur du corps : elles possèdent un seul ovaire considérablement gros, avec un utérus. Déjà, le troisième jour après l'ingestion de la viande trichinée, on trouve les individus sexués et les sexes accomplis. Puis les mâles disparaissent : les femelles continuent à vivre et à pondre : leur ovaire est rempli d'œufs qui tombent dans l'utérus, où ils éclosent. La trichine est donc vivipare; les petites trichines s'échappent vivantes dans le tube intestinal.

Les embryons présentent à peu près les dimensions d'un globule rouge du sang. Quand on veut examiner l'animal en raclant la surface de l'intestin, on trouve ces embryons difficilement, parce qu'à peine éclos ils s'acheminent dans la profondeur des tissus musculaires de l'organisme. On en a trouvé 200 dans l'utérus d'une femelle; d'autres fois 400; et même Leuckart en a vu 1,000. Comme elles pondent pendant six à huit semaines, on peut imaginer quelle prodigieuse quantité elles peuvent produire.

Quant à leur migration, Zenker avait pensé que les trichines se propagent comme la plupart des parasites, par les vaisseaux : elles perforeraient la paroi intestinale, puis la traverseraient jusqu'à ce qu'elles rencontrent le lacis de capillaires sanguins de la muqueuse, et là pénétreraient dans le torrent de la circulation comme des globules du sang, dont elles ont les dimensions. Ainsi l'échinocoque du foie est le plus commun, parce que c'est là qu'aboutissent les veines intestinales qui l'amèneraient au foie.

D'après Virchow et d'autres auteurs, la trichine ne se répand pas dans l'organisme par les vaisseaux, mais elle suit les interstices, gagne la fibre musculaire striée. On la trouve dans les séreuses, dans le péritoine, dans le péricarde, et pas dans le cœur : elle n'est donc pas venue par les vaisseaux. Les muscles qui sont le plus souvent occupés par la trichine sont le diaphragme, le psoas, les intercostaux, c'est-à-dire les muscles les plus voisins du tube intestinal : on avait dit que le cœur n'y échappait que parce qu'il est en mouvement continuel; un savant paralysa les muscles d'un animal par le curare; la trichine envahit les membres paralysés.

Cet embryon arrive donc dans la fibre musculaire, dont il refoule le sarcolemme; alors se développe sa couche de fibres élastiques antérieures, et il s'enroule. On en voit ainsi trois ou quatre se suivant à la file, comme les petites anguilles qui remontent le cours des rivières. C'est ainsi que nous arrivons à l'enkystement de la trichine, son état primitif.

Wagner a ainsi trouvé enkystées des trichines dans les couches musculaires de l'orbiculaire des lèvres qu'il enleva en excisant un cancer épithélial; Kölliker les trouva dans du tissu sous-cutané, lardacé, où la fibre musculaire avait complètement disparu. De même, un autre auteur en rencontra dans un abcès musculaire. On en trouva encore dans les couches d'un muscle pectoral extirpé dix ans auparavant; elles étaient enkystées, et quelques-unes étaient encore vivantes. Middeldorf en trouva vivantes vingt-quatre ans après l'extirpation d'un cancer du sein.

Ces trichines supportent un froid considérable : on les a laissées à une température de — 20° pendant une nuit entière, elles étaient encore vivantes. On les laissa pendant soixante-douze heures à + 20°, à + 50°, à + 60° (centigrades), elles restaient vivantes. A + 70°, elles étaient tuées dans leur kyste. Mais, si l'on ouvre leur kyste à 67°, elles font encore quelques mouvements sous le microscope: à 70° elles sont tuées. Quelques-uns disent qu'il faut 75° pour les tuer.

La résistance des trichines aux causes de destruction est considérable : on a laissé la viande se putréfier pendant cinq jours; la trichine resta vivante. Des morceaux de viande d'amphithéâtre conservent la trichine vivante, malgré la putréfaction, tant que son kyste n'est pas à nu. Si l'alcool n'arrive pas à l'intérieur du kyste, la trichine vit. L'eau sucrée, la glycérine la font éclater dès qu'elles arrivent à son contact.

## CLINIQUE DES MALADIES DE LA BOUCHE.

Le docteur E. Magitot.

---

**De la gingivite. — Ses différentes formes. — Essai de classification. — Son traitement par l'acide chromique monohydraté (1).**

(Leçons et observations recueillies par M. le docteur Th. David.)

XIII

§ III. — *Des gingivites toxiques.* (Suite.)

Nous venons de voir les effets que produisent sur la muqueuse buccale le mercure et le phosphore. D'autres substances peuvent encore figurer à côté de ces dernières, et compléter le cadre des *gingivites toxiques.* Telles sont, parmi les agents minéraux, l'argent, le cuivre, l'arsenic, l'iode et quelques autres encore; et parmi les substances végétales, la fuchsine, le jaborandi, etc., etc.

C'est à peine si les auteurs ont signalé les manifestations gingivales dont nous parlons. Elles nous ont cependant paru dignes d'être notées, et nous allons donner brièvement un aperçu des principales.

*De la gingivite argyrique.* — Les préparations argentiques sont connues depuis longtemps pour produire, à la suite d'une administration longtemps prolongée, une coloration spéciale, jaune olivâtre, sur certaines parties du corps. C'est évidemment là un phénomène qui accompagne l'élimination de la substance. D'après les recherches récentes de M. Huet (2), ce phénomène serait dû au dépôt de granulations de métal pur, par suite de la réduction des composés administrés. Au point de vue de leur situation anatomique, ces particules métalliques seraient distribuées à la périphérie des capillaires sanguins « comme si elles en étaient sorties par une espèce de diapédèse....., disséminées à l'état de corps étranger dans la trame du tissu, et particulièrement dans les interstices des fibres lamineuses ». L'auteur du travail auquel nous empruntons cette citation, poursuivant ses investigations au point de vue du siège précis de ces dépôts, se serait assuré que ceux-ci sont tout à fait indépendants de la couche épithéliale. Les granulations seraient, pour ainsi dire, incrustées dans le derme. C'est probablement à cause de ce fait, que rien ne peut enlever la coloration argentique, ni le cyanure de potassium, ni même les vésicatoires.

Il ne faut voir, dans cette coloration, que le premier terme des effets de l'argent introduit dans l'économie, car le métal peut produire, en outre, de véritables phlegmasies des tissus. Celles-ci ont, le plus souvent, pour siège la peau (érythème papuleux, Ball et Charcot), et, plus exceptionnellement, la gencive; elles se montrent sous la forme de l'inflammation simple de cette membrane. Toutefois cette gingivite ne se trouve point signalée dans les divers travaux qui ont été publiés sur la médication argyrique. Et même, dans une récente étude des lisérés gingivaux d'origine métallique, M. Chaillou (3) a pris soin de noter qu'il a toujours rencontré indemne de toute inflammation la gencive colorée par l'argent.

Nous ne connaissons encore, dans cette variété étiologique d'altérations gingivales, que deux faits observés par M. Guipon, de Laon.

L'un est relatif à une femme hémiplégique qui, en soixante jours, prit, sous la forme pilulaire, 4g,16 d'azotate d'argent. Ce traitement dut être suspendu à l'apparition d'une inflammation de la muqueuse buccale caractérisée « par la tuméfaction des gencives d'un rouge sombre avec liséré violet près des dents, et une très-grande sensibilité de la bouche, surtout à la chaleur; par l'odeur métallique non fétide de l'haleine sans salivation, avec teinte ardoisée des incisives supérieures depuis quelque temps ». La peau, cependant, ne présentait encore aucune coloration anomale.

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* (1878), p. 813.
(2) *Recherches sur l'Argyrie in Journal d'anatomie* de Ch. Robin, 1873, p. 408.
(3) *Thèse de Paris*, 1878.

L'autre cas est également relatif à une femme soumise depuis longtemps aux mêmes préparations, et chez laquelle M. Guipon observa les mêmes phénomènes d'irritation buccale que ceux que nous venons de rapporter.

Dans l'un comme dans l'autre, la suppression temporaire du traitement et l'emploi de simples collutoires boratés et gommeux auraient suffi à enrayer l'affection buccale.

D'après les deux citations de M. Guipon, on voit déjà que cette variété de gingivite paraît avoir une parenté très-grande avec les deux dernières que nous avons précédemment étudiées. Nous voulons dire qu'elle représente, comme celle-ci, un phénomène consécutif à l'absorption des composés d'argent et à leur passage dans le torrent circulatoire.

Quant à la dose d'argent qu'il faudrait atteindre pour produire ces accidents buccaux, nous ne saurions la fixer. Ce qui nous paraît, d'ailleurs, avoir le plus d'importance sur ce point, ce n'est pas tant l'intensité que la durée du traitement. Or, pour réaliser cette condition, il faut, comme on le pense bien, que les doses soient très-faibles, afin qu'elles soient tolérées par le tube intestinal.

Ici encore, comme nous l'avons fait à propos du mercure, il convient d'apprécier les composés administrés par la quantité de métal réduit qu'ils peuvent laisser dans l'économie. C'est qu'en effet, d'après les recherches de M. Huet et de la plupart des auteurs qui l'ont précédé dans cette étude, les phénomènes de l'argyrie sont dus au dépôt de particules de métal pur. Le mode de réduction de l'argent n'est pas encore, dans ce cas, parfaitement établi; nous aurons à en parler longuement quand nous étudierons les *lisérés*, en traitant du *liséré lunaire* ou *argyrique.*

Nous n'insisterons pas sur les symptômes ni sur les caractères de la gingivite argyrique. L'observation dont nous avons rapporté plus haut les principaux traits nous tiendra lieu de description. Ajoutons cependant que les détails qui accompagnent la relation de ce fait (l'absence de salivation, l'odeur métallique non fétide de l'haleine) nous permettent, jusqu'à un certain point, de distinguer cette variété d'inflammation gingivale des autres gingivites, et notamment de la mercurielle.

En résumé, donc, il faut admettre la réalité de l'existence d'une gingivite argyrique, et cette conclusion doit mettre en garde les médecins sur les accidents qui peuvent résulter de l'administration intérieure longtemps prolongée des préparations d'argent.

*De la gingivite cuprique.* — Plus fréquemment que l'argent, le cuivre produirait une inflammation des gencives, mais ce ne serait plus, comme dans les cas précédents, à la suite de l'administration médicamenteuse du métal ou de ses composés que cette forme d'inflammation gingivale a été observée. Cependant M. Galippe ne l'a jamais constatée dans ses nombreuses expériences (1).

Les circonstances qui seraient de nature à la produire sont celles qui résultent des diverses manipulations du métal; ce serait une affection industrielle. C'est, en effet, chez les ouvriers brunisseurs, polisseurs, tourneurs de cuivre... que Corrigan (2) et M. Bailly, de Chambly (3), l'ont rencontrée et décrite.

Seulement, en raison même de cette particularité d'origine, quelques auteurs la considèrent comme une lésion purement mécanique provoquée par le dépôt de poussières métalliques venant de l'extérieur. Telle est, en particulier, l'opinion exprimée par M. Bucquoy devant la Société médicale des hôpitaux dans la discussion qui suivit la lecture du mémoire de M. Bailly (4).

Corrigan, Martin-Solon (5) et M. Bailly soutiennent au contraire que l'inflammation gingivale est bien le résultat du cuivre absorbé, entraîné dans l'organisme et déposé par voie de retour dans les parties enflammées. La coexistence si fréquente du liséré et de la phlegmasie cupriques viendrait à l'appui de cette dernière idée. Ces deux ordres de lésions doivent évidemment se rattacher à la

(1) Communication orale.
(2) *Dublin Hospital Gazette*, 1854, t. I, p. 229.
(3) *Union médicale*, 13 janvier 1874.
(4) *Union médicale*, *loc. cit.*
(5) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1847.

même cause, au même mécanisme de production. Or il nous paraît aujourd'hui établi que les colorations métalliques des gencives sont dues à des dépôts de granulations entraînées par le torrent circulatoire et laissées dans la trame des tissus, bien au-dessous des couches épithéliales. Nous sommes tenté d'admettre avec les derniers auteurs cités que la gingivite cuprique est d'origine interne; elle occupe ainsi légitimement la place que nous lui avons donnée dans la classe des gingivites toxiques.

On doit rencontrer assez fréquemment cette variété d'inflammation gingivale, puisque, selon M. Bailly, neuf ouvriers sur dix la présentent, parmi ceux qui sont occupés aux diverses manipulations du cuivre. Elle affecte toute l'étendue de la gencive; cependant elle se montre plus intense sur le bord libre, par suite probablement du manque de soins de propreté. Comme dans tous les autres états chroniques, elle prend les caractères anatomiques de la forme dite fongueuse. Chez les vieux cuivreux, les dents se déchaussent progressivement et finissent par tomber.

Tel serait l'aspect de la gingivite cuprique.

D'autres agents minéraux, avons-nous dit, sont susceptibles de produire aussi la gingivite : l'iode, l'arsenic, le cyanure de potassium, etc. Les effets de ces diverses substances sont depuis longtemps signalés sur les muqueuses buccale, pharyngienne et nasale où ils se traduisent par des phénomènes d'irritation qui ont été surtout remarqués à la suite du traitement par les préparations iodiques. Il n'est donc pas surprenant que les phénomènes se propagent dans certains cas par contiguïté à la muqueuse buccale, et cela au même titre et par le même mécanisme que le mercure, l'argent, le phosphore et le cuivre.

Parmi les substances organiques, nous avons indiqué la fuchsine et le jaborandi.

Pour la fuchsine, il résulterait des expériences de MM. Feltz et Ritter, de Nancy (1), que cette substance produirait au bout de quelques jours, chez l'homme, un état prurigineux, puis une légère tuméfaction des gencives.

MM. G. Bergeron et Clouet (2) sont, de leur côté, arrivés à des résultats différents. L'un d'eux a pris 8 grammes de fuchsine en seize jours et il n'a éprouvé ni tuméfaction des gencives, ni la moindre hypersécrétion salivaire. Ils pensent que la fuchsine pure est inoffensive et que les effets constatés par les expérimentateurs de Nancy ne sont dus qu'à des impuretés de la substance administrée.

Nous ne prolongerons pas cette enquête sur les substances ou les médicaments qui peuvent accidentellement ou habituellement entraîner la production d'une phlegmasie gingivale. La liste serait longue sans doute, mais sans intérêt en dehors des formes précédentes. Signalons cependant, en terminant, le jaborandi, ce précieux médicament sialagogue que l'on a accusé, lui aussi, de produire un certain degré de gingivite, proportionnel sans doute à la dose employée.

Cependant la plupart des auteurs qui l'ont préconisé n'ont pas signalé cet inconvénient, qui ne saurait résulter vraisemblablement que de doses trop élevées et de l'excitation excessive des glandes salivaires avec propagation à la muqueuse buccale.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 février 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Bourgoin dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Boudet, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Bourgoin prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport de M. le médecin-inspecteur des eaux minérales de Charbonnières pour l'année 1878 (comm. des eaux minérales).

### ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale.

La Commission, par l'organe de M. Guéneau de Mussy, rapporteur, classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Lagneau; en deuxième, M. Proust; en troisième, M. Gallard; en quatrième, M. Lunier; en cinquième, M. Léon Collin; en sixième, M. Ernest Besnier; candidat adjoint, M. Vallin.

Le nombre des votants étant de 79, majorité 40, M. Lagneau obtient 40 suffrages; M. Proust, 18; M. Lunier, 10; M. Gallard, 6; M. Léon Collin, 4; 1 bulletin blanc.

En conséquence, M. Lagneau, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale.

### PRÉSENTATION

M. Laboulbène fait hommage à l'Académie d'une brochure ayant pour titre : *l'Hôpital de la Charité de Paris,* avec les deux dates 1606-1878.

Dans ce travail, reproduisant une leçon faite au commencement du semestre d'été dernier, M. Laboulbène recherche les origines de la Charité dans le vieux faubourg Saint-Germain-des-Prés. Il fait connaître l'établissement définitif des frères ou hospitaliers de l'ordre Saint-Jean de Dieu venus de Florence, situé rue des Saints-Pères ou Saint-Pierre, devenue plus tard la rue des Saints-Pères.

Les transformations successives de la Charité ont été passées en revue au point de vue scientifique et administratif, puis l'auteur discute l'installation des cours publics et officiels de clinique, commençant à la Charité et non à l'Hôtel-Dieu. Enfin il superpose, en quelque sorte, la Charité actuelle et la Charité ancienne; il montre que la salle des séances de l'Académie occupe la nef principale de l'église séparée par une muraille de l'amphithéâtre de Corvisart placé au fond.

Un plan en héliogravure, représentant fidèlement l'hôpital de la Charité, vers le milieu du dix-huitième siècle, accompagne ce remarquable travail.

### DISCUSSION SUR LA SEPTICÉMIE

M. Davaine. (Voir le Premier-Paris.)

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 février 1879. — Présidence de M. Hervieux.

### COMMUNICATIONS

M. le Président annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire de deux de ses membres, MM. Trélat et Chauffard. Il donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société, sur la tombe de M. Chauffard, et invite M. Millard à lire celui qu'il a prononcé sur la tombe de M. Trélat.

**Hémianesthésie saturnine.** — M. Proust, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Debove, rapporte l'histoire d'un malade qu'il observe en ce moment à l'hôpital Lariboisière. Il s'agit d'un saturnin atteint d'une hémianesthésie et surtout d'une hémianalgésie du côté droit, chez lequel l'application, pendant quinze minutes, d'un aimant sur ce côté fait complètement disparaître l'anesthésie et l'analgésie, sans que l'on cons-

---

(1) Comptes-rendus de l'Académie des sciences, séance du 16 juillet 1877.

(2) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2e série, XLVII, p. 452.

tate le phénomène du transfert habituellement observé, en pareil cas, chez les hystériques. La sensibilité, chez ce malade, revient d'abord par les parties centrales, contrairement encore à ce qui se passe chez les hystériques ; elle persiste environ cinq ou six heures. Les choses ne se passent donc pas chez le saturnin comme chez l'hémianesthésique d'origine cérébrale ou d'origine hystérique; en effet, chez l'hémianesthésique d'origine cérébrale la sensibilité persiste, après l'application d'un aimant, plus longtemps que chez l'hémianesthésique d'origine saturnine; chez l'hystérique, on observe le phénomène du transfert qui n'a pas lieu chez le saturnin. M. Proust a eu l'idée d'appliquer, chez une hystérique, deux aimants au lieu d'un, l'un sur le côté anesthésique, l'autre sur le côté sain; il a pu ainsi empêcher le phénomène de transfert de se produire.

M. DEBOVE rappelle un cas d'hémianesthésie qu'il a observé il y a trois ans, alors qu'il était chef de clinique de M. Béhier. Il s'agissait d'un homme de cinquante ans, profondément alcoolique, ne buvant que de l'eau-de-vie, qui fut atteint de pneumonie compliquée de delirium tremens; il guérit, et pendant sa convalescence on s'aperçut qu'il était hémianesthésique du côté gauche. M. Debove appliqua sur ce malade des courants constants à l'aide d'éléments de Trouvé, très-faibles, un pôle à la tête, l'autre au pied. Après trente-cinq minutes de cette application, la sensibilité était revenue complètement et dans tous ses modes ; les sens spéciaux qui étaient altérés reprirent leur intégrité. La guérison s'est maintenue. Mais, en même temps que la sensibilité revenait dans le côté gauche, apparaissait de nouveau, du même côté, une sciatique rebelle dont le malade était complètement débarrassé depuis cinq ans, c'est-à-dire probablement depuis le temps où avait apparu l'hémianesthésie, si bien que ce malade, qui a conservé sa sciatique depuis ce temps, ne pardonne pas à MM. Debove et Regnard de l'avoir guéri de son hémianesthésie dont il ne s'était pas même aperçu. Si, en effet, le résultat obtenu dans ce cas a été satisfaisant au point de vue de l'hémianesthésie, il faut reconnaître qu'il l'est moins au point de vue du malade lui-même qui souffre beaucoup de sa sciatique, tandis qu'il ne s'était pas aperçu de l'hémianesthésie qui a masqué sa sciatique pendant cinq ans.

**De la pepsine.** — M. BALL, rappelant la communication qu'il a faite dans l'avant-dernière séance relativement à des accidents d'intoxication atropique observés à la suite de l'emploi de la pepsine Boudot, vient déclarer que depuis il a fait faire plusieurs fois l'analyse des flacons de pepsine fournis à l'administration par le même pharmacien. Ces analyses ont toutes eu un résultat négatif au point de vue de la présence de l'atropine. Il résulte donc de l'enquête minutieuse qui a été faite que la présence d'atropine, dûment constatée dans les premiers flacons, tenait, non pas à une erreur de préparation, mais bien à l'emploi des flacons appartenant à l'hôpital et qui avaient contenu de la belladone. M. Ball continue donc à se servir toujours avec avantage de la même préparation de pepsine.

M. FERRANT, à cette occasion, dit avoir constaté des accidents d'intoxication par l'atropine chez deux malades auxquelles il avait prescrit du sirop de saponaire. On s'informa et on s'aperçut qu'à la pharmacie le tiroir aux feuilles de saponaire était placé au-dessus du tiroir aux feuilles de belladone, si bien que des feuilles de belladone étaient tombées parmi les feuilles de saponaire.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Aujourd'hui mercredi, au milieu d'une affluence considérable d'amis, ont eu lieu les obsèques du savant directeur de la Pharmacie centrale de France. M. Dorvault, dont la vie a été toute de travail et d'honneur, laisse les plus vifs regrets dans le corps pharmaceutique et parmi tous ceux qui l'ont approché.

— Le banquet annuel de la Société médicale des bureaux de bienfaisance aura lieu le jeudi 27 février, à sept heures du soir, dans les salons du grand Véfour, rue Beaujolais (Palais-Royal).

Le prix de la cotisation est de 15 fr. On s'inscrit chez MM. Baudoin, 54, faubourg Poissonnière; Bonnefoy, 28 *bis*, boulevard Mazas; Courtaux, 50, rue d'Amsterdam; Fontès, 17, rue du Bouloi; Ed. Labarraque, 19, boulevard de Strasbourg; Le Coin, 15, rue Guénégaud; Passant, 39, rue de Grenelle; Paul Richard, 104, rue de Rivoli.

— La commune de Saint-Martin-des-Besaces (Calvados) demande un jeune docteur. — S'adresser au maire.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes,** par le docteur L. DE SINÉTY, membre de la Société de Biologie et des Sociétés anatomique et d'anthropologie de Paris. Un vol. in-8° de 850 pages avec 250 figures dans le texte. — 1re partie (la 2e partie à l'avance), prix : 12 francs. — Paris, Octave Doin.

**Le Climat de Menton,** son influence sur le traitement de la phthisie pulmonaire, étude clinique accompagnée de statistiques et d'observations météorologiques, par le docteur Jacques-François FARINA. — 1 vol. in-12, avec une carte. Prix : 2 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7848.

N° 22. — SAMEDI 22 FÉVRIER 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 22 FÉVRIER 1879. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Alcoolisme. — Pneumonie.

Un homme est entré à l'hôpital de la Pitié, dans le service de la clinique, présentant une de ces formes typiques d'hallucination alcoolique, facilement reconnaissable malgré les variétés nombreuses qu'elle présente et qui ont été si bien étudiées dans un intéressant mémoire de M. Lasègue sur ce sujet, inséré dans les *Archives de médecine,* de 1869. Cet homme, âgé d'une cinquantaine d'années, ancien garçon de bureau dans une des mairies de Paris, et depuis concierge, devenu alcoolique par suite des libations fréquentes auxquelles il était sollicité par le fait même de sa position, fut rencontré un jour en état complet d'ivresse dans la rue et amené dans cet état au Dépôt. Là il fut pris d'une agitation loquace, d'un véritable accès de manie, lequel fit place bientôt à un état plus calme, relativement raisonnable, mais dans lequel néanmoins il était en butte à des hallucinations presque continuelles. C'est dans cet état qu'il fut admis, le 5 février, à l'hôpital. Mais bientôt devait survenir une de ces complications, ou plutôt un de ces incidents pathologiques si fréquents chez les alcooliques.

Le 7, à la visite, on le trouva avec la figure abattue, la langue sèche, recouverte de mucosités épaisses s'étendant jusque dans l'arrière-gorge, la température de 38°,2; à l'examen de la poitrine, on constata de la matité en arrière et à droite.

Le jour suivant, 8, on entendait des râles crépitants à l'inspiration dans la moitié inférieure de la poitrine, en arrière et à droite; à gauche, respiration supplémentaire; température, 39°,7; pouls, 100. Il y avait une légère agitation, alternant avec de la somnolence, moins d'incohérence dans les idées; la parole était moins embarrassée que la veille; les lèvres ainsi que la langue étaient très-sèches. Le malade a une expectoration muqueuse abondante; au milieu de ces mucosités il rend, pendant l'examen, un crachat arrondi, très-visqueux, rouillé, avec deux ou trois petits caillots sanguins.

Le troisième jour de l'invasion de ces nouveaux accidents, le 9, on entend dans la moitié inférieure droite de la poitrine des râles crépitants, tantôt à l'inspiration, tantôt aux deux temps; souffle lointain, mais manifeste. Température, 38°,7; pouls, 90.

Le 10, les râles crépitants se font entendre plus haut, jusque dans la fosse sous-épineuse, mais ils paraissent se produire plus profondément; le souffle est moins évident que la veille; crachats rouillés. Température, 38°,4; pouls, 88.

Le 11, il y a eu un saignement de nez par la narine droite; persistance des mêmes signes stéthoscopiques; crachats rouillés, toujours très-adhérents au vase; agitation, délire. Température, 38°; pouls, 88, irrégulier.

Le 12, on entend des râles à la base du poumon gauche, sans matité; mêmes signes d'auscultation à droite; langue toujours très-sèche; expectoration rare et difficile. Température, 38°,4; pouls, 84.

Le 13, langue sèche, couverte d'épaisses mucosités; râles sous-crépitants et crépitants en haut, zone de matité et de souffle en bas.

Le 14, la matité remonte jusque dans la fosse sus-épineuse; elle est complète dans la région axillaire droite, et tourne un peu en avant.

Le 15, la respiration paraît être plus pénétrante, les râles ne disparaissent pas; souffle au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate; très-peu d'égophonie. Langue collante au doigt et sale. En examinant la gorge, on aperçoit, à la face postérieure du pharynx, une accumulation de mucosités purulentes; l'arrière-gorge est très-rouge; délire; température, 38°,2, pouls, 80.

Le fait saillant de cette observation, c'est, non pas l'advention d'une pneumonie, complication assez fréquente, au contraire, chez les alcooliques, pour que nous eussions pu nous dispenser de la faire remarquer, mais le caractère particulier, la marche irrégulière, ambulatoire, oscillante de cette pneumonie, si différente à cet égard de la pneumonie franche, idiopathique, et qui n'est pas, d'ailleurs, exclusivement propre à l'intoxication alcoolique, puisqu'on la retrouve dans la plupart des pneumonies deutéropathiques des diverses intoxications, typhoïde, maremmatique, etc.

Quant au caractère du délire hallucinatoire, et aux diverses modifications qu'il a présentées chez ce malade, dans le court espace de temps dans lequel se circonscrit son histoire, ils ne sont pas moins curieux à constater. De l'état suraigu avec agitation maniaque qui a marqué, sinon le début, du moins le moment où commence l'histoire connue

de ce malade, il tombe dans cette période de calme relatif, où il est encore assez en possession de sa conscience pour se rendre compte de la fausseté des idées qui font l'objet de son délire et de ses hallucinations ; telle était, à peu près, sa situation au moment de son entrée dans le service. Sous l'influence de l'état fébrile qui provoque sa pneumonie, le délire redevient plus aigu et plus agité, et, au déclin de cette affection intercurrente, il semble être tombé dans cet état de délire passif et complètement inconscient qui le rend incapable d'entendre et de suivre le raisonnement de son interlocuteur. Cet homme est entré, dès à présent, dans cette période dépressive de l'alcoolisme, qui, malgré l'amélioration apparente survenue dans son état, est pleine de menaces encore pour son avenir.

**Fracture du col du fémur chez une femme âgée.**

Une femme âgée, qui était entrée dans le service de M. Gosselin à la Charité pour une fracture du col du fémur étant venue à mourir par le fait d'une maladie aiguë incidente, étrangère à la fracture, a fourni une occasion de vérifier le diagnostic qui avait été porté et d'étudier sur pièces l'un des mécanismes suivant lesquels s'opèrent ces fractures et la marche de leur consolidation.

Il est nécessaire, avant d'exposer les particularités de ce fait et afin d'en déduire l'enseignement qu'il renferme, de rappeler l'état de la question à propos des conditions dans lesquelles s'effectuent le plus habituellement les fractures du col du fémur et les caractères qui peuvent aider à en faire reconnaître les principales variétés.

Un premier point établi par les recherches et les études de M. Gosselin sur ce sujet, c'est l'impossibilité et l'inutilité qu'il y aurait d'ailleurs à cela, pour la pratique, de reconnaître si la fracture est intra ou extra-capsulaire.

Un deuxième point important, dont on doit particulièrement la connaissance à Hervez de Chégoin et à Robert, est le fait de la pénétration du fragment supérieur dans le grand trochanter, qui explique la non-réductibilité de la fracture et l'impossibilité de lutter contre le raccourcissement du membre et sa rotation en dehors.

Enfin, ce qui est le point le plus important en pratique, la déduction naturelle à tirer de la connaissance de ce fait de la pénétration des fragments et de l'irréductibilité qui s'ensuit, c'est l'abstention de toute tentative.

Les conséquences pratiques qui se déduisent de ces faits sont : 1° qu'il faut se résigner à voir persister le raccourcissement à la suite de ces fractures chez les vieillards, et renoncer à l'application des appareils à extension continue ; 2° qu'il ne faut chercher à combattre la rotation du membre en dehors qu'avec une grande circonspection et y renoncer également dès qu'on s'aperçoit que les efforts de redressement sont douloureux ; 3° se borner, enfin, dans ces cas-là, à maintenir les malades couchés, soit sur un lit mécanique, soit sur un matelas d'eau pour prévenir ou amoindrir les conséquences des mouvements, à placer le membre dans une demi-flexion et à faire usage de légers narcotiques pour apaiser les douleurs si elles persistent.

Depuis que cette pratique si simple a été adoptée et s'est de plus en plus généralisée, le nombre de vieillards qui survivent à une fracture du col du fémur, qu'elle soit intra ou extra-capsulaire, est beaucoup plus considérable qu'autrefois et le pronostic, par conséquent, beaucoup moins grave.

« Depuis que je suis en exercice comme chirurgien des hôpitaux, c'est-à-dire depuis 1847, disait M. Gosselin dans l'une des leçons qui figurent dans sa clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, je ne me rappelle qu'un seul cas de mort dans les quinze jours après l'accident. »

Après ce rapide exposé des principes qui guident ce professeur dans le traitement des fractures du col du fémur, revenons à la malade qui a motivé ce rappel. Cette femme avait précisément une de ces fractures du col avec irréductibilité de la rotation, signe qui avait fait diagnostiquer par M. Gosselin la pénétration des fragments. A l'examen de la pièce, on aurait volontiers pu croire, au premier abord, qu'il n'y avait point de fracture, n'eût été la brièveté du col et sa direction presque verticale au lieu d'être oblique. En sciant le fémur verticalement on a pu s'assurer de la continuité du tissu compacte, mais en même temps on a pu reconnaître aisément la pénétration de l'extrémité du fragment supérieur dans la substance spongieuse du grand trochanter. Il n'y avait pas de doute que l'on avait eu affaire à une fracture extra-capsulaire du col du fémur avec pénétration, fracture qui était d'ailleurs parfaitement consolidée depuis quelque temps déjà au moment où cette femme a succombé.

**Éruptions médicamenteuses.**

La lecture de nos articles des revues du 7 décembre et du 1er février sur les éruptions médicamenteuses a suggéré à M. Bernard (de Cannes) l'idée de nous transmettre la relation de deux cas de ce genre qu'il a eu l'occasion d'observer dans sa clientèle. Il s'agit, dans ces deux cas, de la créosote employée contre la phthisie pulmonaire.

Le premier cas offre toutes les garanties possibles d'observation.

Le 8 janvier 1879, M. Bernard est appelé auprès d'une malade, âgée de trente-deux ans, née et demeurant à Cannes et atteinte de phthisie pulmonaire depuis deux ans. Elle n'avait jusqu'à ce jour suivi que des traitements homœopathiques. Vu l'abondance de l'expectoration, notre confrère ordonna l'huile de foie de morue créosotée à la dose d'abord d'une, puis de deux cuillerées par jour.

Le 15 janvier, cette dame, qui n'avait jamais présenté aucune espèce de maladie de peau, se plaignit de vives démangeaisons sur les membres. M. Bernard ordonna simplement de la poudre de riz mélangée à de l'oxyde de zinc ; les démangeaisons cessèrent ; mais, le surlendemain 17, elles avaient reparu et on constata alors sur les bras de la malade une éruption d'urticaire que rien, dans le régime, ne pouvait expliquer et que la malade elle-même attribua à l'huile de foie de morue. On fait cesser ce médicament, l'urticaire disparaît.

Le 19, on remplace l'huile par le vin créosoté donné à la dose d'une cuillerée à bouche à chaque repas. Le 21, nouvelles démangeaisons, et le 22 nouvelle apparition de plaques rouges semblables à celles de l'érythème du copahu et suivies d'urticaire. Le vin créosoté est continué jusqu'au 25 et l'urticaire persiste. Le 25, l'usage du vin créosoté est suspendu et, le 28, toute éruption a disparu.

Voulant faire une nouvelle expérience, le 5 février, M. Bernard a fait prendre à sa malade, qui ne voulait plus entendre parler de créosote, huit capsules par jour d'huile créosotée en la lui présentant comme un autre médicament. L'effet attendu n'a pas été long à se produire ; le 7 février,

l'éruption se manifestait de nouveau et la malade, à son aspect, devinait la supercherie.

La mort est malheureusement venue, peu après, mettre un terme forcé à ces essais.

Cette observation, telle quelle, est assez concluante, d'ailleurs, au point de vue qui nous occupe. Nous ajouterons qu'elle l'est beaucoup moins au point de vue de l'efficacité de la créosote dans le traitement de la phthisie.

Le second cas est moins concluant. Il s'agit encore d'une phthisique, âgée de vingt-huit ans, des environs de Paris, venue à Cannes pour sa santé.

M. Bernard a commencé à la traiter le 2 janvier 1879 et lui a administré le vin créosoté, toujours à la dose de deux cuillerées à bouche par jour.

Vers le 20 janvier, cette dame a accusé des démangeaisons sur la face dorsale des mains et des pieds. Songeant à la malade qui fait le sujet de l'observation précédente, notre confrère suspendit le vin créosoté et ordonna la même poudre à l'oxyde de zinc; au bout de deux jours tout prurit avait disparu.

Le 25, le vin créosoté fut prescrit de nouveau à la même dose. Vers le 30, les démangeaisons reparurent et elles furent bientôt suivies de faibles élevures semblables à celles de l'urticaire.

Comme cette malade n'était qu'au début de l'affection et qu'elle présentait plutôt de la constipation que de la diarrhée, on ordonna quelques purgatifs légers et quelques soins locaux; sous l'influence de ces moyens, l'éruption a disparu et elle ne s'est plus montrée, bien que le vin créosoté ait été continué depuis cette époque.

Notre confrère ajoute que, depuis plus d'un an qu'il ordonne la créosote à presque tous les tuberculeux qu'il a eu à traiter, ces faits sont les deux seuls de ce genre qu'il ait remarqués et consignés dans ses observations.

La créosote n'est indiquée nulle part comme susceptible de produire les effets constatés par notre confrère de Cannes; elle ne figure pas au nombre des agents médicamenteux auxquels M. le docteur Deschamps a reconnu la propriété de donner lieu à des éruptions. Si dans les deux faits de M. Bernard il ne s'agit pas d'une simple coïncidence, — et il ne paraît pas possible de s'arrêter à cette idée dans la première de ses observations au moins, où le rapport entre l'administration du médicament créosoté, n'importe sous quelle forme, avec l'éruption est manifeste et se reproduit avec la même constance à chaque épreuve, — l'agent en question devrait désormais être rangé au nombre des médicaments *éruptigènes*.

Dr Brochin.

## REVUE DE LA PRESSE

**Un tubercule dans le cervelet.** — Le *Morgagni de Naples* publie l'observation suivante : Joseph E..., âgé de onze ans, se présenta le 13 juillet 1876 dans le service du professeur Capozzi. Pâle, les muqueuses décolorées, le visage décomposé, il souffrait, depuis six mois, d'une maladie dont le principal symptôme consistait dans une forte céphalalgie s'étendant sur toute la tête, mais occupant surtout les régions frontale et occipitale. Sa nourrice, qui l'accompagnait, déclara qu'à ce phénomène avaient succédé l'amblyopie, le strabisme, les éblouissements, les vomissements. Le professeur diagnostiqua une tumeur du cerveau. Après avoir ainsi admis la présence de la tumeur, il chercha à en connaître la nature et le siège. L'âge du malade, des râles bronchiques qu'on entendait aux deux côtés du thorax et la rudesse de la respiration le portèrent à admettre un tubercule. Quant au siège, il le fixa dans le cervelet pour les raisons physiologiques suivantes : Pour lui, comme pour Magendie, Meynert, Luys, Lussana, le cervelet est le centre coordinateur de la motilité; c'est dans cet organe que réside le sens du mouvement; partant l'incohérence, l'incoordination des mouvements, le manque d'équilibre dans la station droite, chez un malade souffrant d'une maladie chronique, doit toujours faire croire à l'existence d'un néoplasme du cervelet. Or la nourrice déclara que, depuis les premiers temps de son affection, le jeune malade marchait à la façon d'un ivrogne, courait toujours, au risque de tomber, et ne pouvait rester debout.

Le malade succomba quelques jours après son arrivée dans le service, et l'autopsie vint confirmer pleinement le diagnostic porté. Vers le milieu du cervelet, au-dessus du quatrième ventricule, on trouva une tumeur de la grosseur d'une noix, dont la structure était celle du tubercule. Dans le poumon on trouva aussi deux noyaux tuberculeux; les ganglions bronchiques étaient gonflés et contenaient à leur centre une substance jaune et caséeuse. (*Gaz. méd. de Bord.*)

**Mort subite à la suite de couches.** — M. Dubreuilh raconte à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux l'histoire d'une jeune femme morte subitement à la suite de couches, au vingtième jour, dans les circonstances suivantes : La grossesse s'était bien passée sans accidents; mais, pendant son cours, Mme X... avait de sombres pressentiments; tous les accouchements antérieurs, et il y en avait eu *dix*, s'étaient faits simplement, mais pour ce dernier elle avait des craintes et disait qu'elle en mourrait. Coïncidence bizarre! l'enfant s'était présenté par l'épaule et M. Dubreuilh avait été obligé de faire une version; mais l'opération n'avait amené aucun accident et tout allait pour le mieux; on était au vingtième jour : le matin, le médecin avait vu la convalescente et lui avait permis d'aller déjeuner avec sa famille. Comme elle s'habillait, joyeuse de quitter sa chambre pour la première fois, elle dit tout à coup à sa femme de chambre : « Donnez-moi vite de l'éther », et à peine avait-elle prononcé ces paroles, qu'elle tomba; elle était morte. Elle n'avait pas poussé une seule plainte; pas le moindre étouffement; pas de convulsions; car elle était tombée comme une masse, foudroyée, la tête dans le foyer. La mort avait donc été instantanée.

La discussion établit que, dans ce cas, comme il n'y avait eu aucun traumatisme, la mort n'a pas été due à une embolie, mais qu'il est beaucoup plus rationnel de l'attribuer à une myocardite, qui a bien pu se développer sous l'influence de neuf grossesses antérieures et rapprochées, suivies de cette dixième, terminée si malheureusement. (*Gaz. méd. de Bord.*)

**Renversement complet de l'utérus après la délivrance,** par le docteur Dazet. — Chez une fille-mère, primipare, âgée de vingt-quatre ans, cet accident se produisit immédiatement après la sortie du délivre, après un accouchement normal, naturel, sans qu'il ait été fait aucune traction sur le cordon. Les efforts de la malade, désireuse de voir l'accouchement bientôt terminé, seraient, faute d'autres données satisfaisantes, les seules causes de ce renversement.

La réduction fut tentée inutilement. La mort survint deux heures après; elle parut devoir être attribuée à l'ébranlement ou l'épuisement nerveux résultant en partie de l'hémorrhagie, en partie de la terreur de l'accouchée qui avait caché sa grossesse, et son accouchement même, à toute sa famille, et qui se hâtait d'en finir au plus vite. (*Revue méd. de Toulouse.*)

**Œdème de la glotte. — Guérison par les émissions sanguines.** — M. Berdinel rapporte trois observations qui montrent les deux formes de l'œdème de la glotte : aiguë et chronique. Toutes les fois, en effet, que l'œdème est le fait d'une inflammation du larynx ou des parties périphériques, nous le voyons survenir brusquement, ajoutant ses symptômes à ceux de la lésion initiale. S'il est, au contraire, consécutif à une affection chronique du larynx, il survient le plus souvent peu à peu, présentant

dans sa marche la même lenteur et, pour ainsi dire, la même chronicité que la maladie primitive ; après un temps plus ou moins long, les accès de suffocation viennent le caractériser.

Dans le premier cas, le caractère franchement inflammatoire de l'affection indique l'emploi des antiphlogistiques, et nous voyons dans deux cas, l'un d'amygdalite, l'autre de pharyngo-laryngite *à frigore*, des émissions sanguines abondantes faire disparaître rapidement les accidents. Sangsues, scarifications s'il y a lieu, ces moyens doivent être employés le plus tôt possible et dans une large mesure ; la timidité, en faisant perdre un temps précieux, pourrait compromettre le résultat et ne laisser d'autre ressource qu'une opération d'urgence. Les vomitifs sont souvent impuissants ; les nausées peuvent, en outre, déterminer des accès de suffocation mortels. Aussi l'auteur pense qu'on doit, sans hésiter, avoir recours aux saignées locales dès que les accidents apparaissent : le mal survenant chez des individus en pleine santé, la perte de sang ne saurait, dans ce cas, avoir des circonstances graves.

Dans l'œdème chronique, au contraire, les sujets, déjà débilités par la maladie primitive, seraient encore affaiblis par une spoliation sanguine. Quelle action, d'ailleurs, pourrait produire cette saignée sur une inflammation purulente ou plastique des replis aryténo-épiglottiques par exemple ?

La durée du mal laisse le temps pour l'emploi des révulsifs ou des topiques, d'un effet moins prompt, mais plus sûr. Si, dans le cours du traitement, les accès de suffocation compromettent directement la vie du malade, la trachéotomie est là pour remplir cette suprême indication et donner le temps à la thérapeutique de guérir, ou tout au moins de pallier les accidents.

Les résultats, dans ces cas si graves, sont d'ailleurs assez encourageants pour donner confiance. Obédénare, dans sa thèse sur cette question, constate une proportion de 56 pour 100 de guérison.

Ainsi donc, dans les œdèmes de la glotte d'origine inflammatoire, les émissions sanguines ; dans les œdèmes chroniques, les révulsifs, les topiques, et, comme adjuvant et dernière ressource, la trachéotomie. (*Gaz. méd. de Paris.*)

**Sur un cas d'athétose,** par le docteur Mackensie Bacon. — *The British Medical Journal* rapporte l'observation suivante d'une affection encore mal connue.

Sarah B..., âgée de quarante-quatre ans, a sept frères et sœurs qui jouissent, dit-on, d'une parfaite santé. Vers l'âge de deux ou trois ans, elle fit une maladie sur laquelle on n'a pas de renseignements. Depuis cette époque, elle est sujette à des accès épileptiques qui se sont accompagnés d'un affaiblissement progressif du côté gauche du corps. Elle est plutôt grande que petite, et d'apparence robuste. Néanmoins, ses cheveux sont gris, et elle paraît plus vieille que son âge. La tête est bien conformée et mesure une circonférence de plus de vingt et un pouces. Les globes oculaires sont un peu saillants. A droite existe une fistule lacrymale ; l'œil gauche est atteint de strabisme externe. La face est légèrement déviée à gauche ; la langue a également une tendance à se porter du même côté. Les membres gauches sont paralysés et contracturés. Le bras reste appliqué contre la paroi thoracique. Le cubitus est d'un demi-pouce moins long que celui du côté opposé ; la circonférence du poignet est également moindre, ainsi que celle de l'avant-bras. La jambe est aussi moins longue, et le pied offre une difformité analogue à celle qu'on observe dans le pied-bot équin, le talon ne reposant pas sur le sol. Les doigts restent fléchis dans la paume de la main, le pouce dans l'adduction. La malade reste habituellement assise dans sa chaise, en soutenant plus ou moins le membre malade avec la main du côté sain. Lorsqu'on la prive d'appui, en écartant sa main droite, sans qu'elle s'en aperçoive, on voit immédiatement les doigts de la main gauche devenir le siège de mouvements irréguliers et intermittents. Ces mouvements sont caractérisés d'abord par une légère extension qui débute par les trois derniers doigts, pour atteindre ensuite l'index et le pouce. Puis survient une flexion générale dans laquelle le pouce se place sous l'index, qui lui-même proémine en avant de tous les autres doigts. Ces singuliers mouvements se répètent très-souvent dans le cours d'une journée, mais ils paraissent cesser pendant le sommeil.

Au point de vue mental, la malade est atteinte d'imbécillité. Trois ou quatre fois par an, elle passe par des périodes d'excitation cérébrale qui durent plusieurs jours. Elle est très-irascible, et il faut un certain tact et une certaine habitude pour venir à bout d'elle. Elle a des attaques d'épilepsie presque toutes les semaines. Quelquefois le bras paralysé est agité de mouvements convulsifs, et alors la malade s'imagine qu'un miracle s'est opéré et qu'elle a recouvré l'usage de ses membres. Elle est parvenue à tricoter grossièrement, à force d'exercice, en se servant presque exclusivement de la main droite. (*Gaz. méd. de Paris.*)

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 février 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### CORRESPONDANCE

**Rupture d'adhérences articulaires sans fracture.** — M. MICHEL (de Nancy), membre correspondant, adresse une note au sujet de la communication faite par M. Sée dans une séance précédente. M. Michel a entendu, dans vingt-cinq cas, le bruit éclatant qui fait croire à la fracture du col du fémur, lorsqu'on imprime des mouvements forcés à l'articulation coxo-fémorale pour rompre les adhérences et les fausses ankyloses. Dans un cas, notamment, l'autopsie fut pratiquée et démontra qu'il n'y avait eu aucune trace de fracture osseuse. C'était à l'hôpital de Strasbourg, en 1865 ; une jeune fille de dix-huit ans, atteinte de coxalgie avec position vicieuse du membre, fut traitée par l'extension forcée, pendant la chloroformisation. Après quelques efforts d'extension, on entendit soudain un bruit sec, éclatant ; tous les assistants étaient convaincus que le chirurgien avait fracturé le col du fémur. Cependant M. Michel leur démontra que les mouvements étaient libres en tous sens et qu'on ne percevait rien autre chose que les frottements des surfaces articulaires. La traction avait été faible, et il ne pouvait y avoir que des ruptures d'adhérences. Le membre fut maintenu dans l'extension au moyen d'un appareil inamovible ; quinze jours après, la malade se leva avec des béquilles. Elle se plaignait que sa jambe gauche était plus longue que la jambe droite. L'appareil fut enlevé au bout d'un mois, mais le membre avait une grande tendance à reprendre sa position vicieuse. Il fallut faire une nouvelle extension ; on entendit le même bruit crépitant. Plus de dix fois les choses se répétèrent ainsi, et toujours on provoqua le même bruit sec qui fait craindre les ruptures osseuses. Un an après, la jeune fille succombait à la tuberculose pulmonaire et l'autopsie permettait de constater l'état de cette articulation coxo-fémorale du côté gauche. On trouva le col du fémur parfaitement intact, la capsule épaissie, la tête du fémur à moitié sortie de la cavité articulaire dans laquelle elle ne pouvait plus pénétrer à cause de son épaississement et de la formation d'une sorte d'anneau circulaire autour de son grand diamètre ; cette sorte de virole empêchait la tête de rentrer dans la cavité cotyloïde et expliquait par conséquent l'allongement du membre. Le bruit sec caractéristique pouvait être répété à chaque mouvement de déplacement rapide ; enfin, la flexion du membre s'expliquait par la rétraction des muscles et notamment du psoas iliaque.

**Tétanos consécutif à une plaie de la main, traité par l'élongation du nerf médian.** — M. THOMAS (de Tours), membre correspondant, envoie à la Société l'observation d'un limonadier, âgé de vingt-huit ans, qui se fit une plaie de l'éminence thénar en tombant sur un tesson de bouteille. Quelques jours après apparut le tétanos : opisthotonos et trismus très-prononcés avec dysphagie et contractions convulsives des fléchisseurs du bras et de la main (à l'exception du pouce). Pour détruire les effets de l'inflammation des extrémités nerveuses et leur compression par la cicatrice, M. Thomas pratiqua l'élongation du nerf médian au

niveau du lieu d'élection de la ligature de l'artère humérale sur le corps du biceps. Le nerf fut isolé sur une longueur de deux ou trois centimètres, chargé sur une sonde cannelée et tiraillé à deux reprises différentes. Le malade se sentit immédiatement soulagé. Deux crises convulsives apparurent encore dans la journée, puis une troisième après deux heures de sommeil. Le trismus et l'opisthotonos avaient disparu le soir et le malade se trouvait bien, quand survint du délire pendant lequel il sauta hors de son lit et se promena dans la salle, puis la mort dans la soirée. L'autopsie fit constater que le nerf médian était injecté au niveau de l'élongation; on trouva une rupture des filets périphériques du nerf. Le tendon du long fléchisseur du pouce avait été sectionné dans la plaie de la main.

### DISCUSSION SUR LE PANSEMENT DE LISTER ET LE PANSEMENT A L'ALCOOL

M. VERNEUIL. Notre honorable collègue M. Perrin, dans la communication qu'il a faite à la Société dans la dernière séance, se proposait un double but : d'une part, combattre le pansement de Lister, et d'autre part réhabiliter le pansement à l'alcool. Je ne lui adresserai que des critiques d'un ordre secondaire, car, sur le fond, nous sommes du même avis; il est, comme moi, partisan convaincu de la septicémie, il pense que la plaie en est le siège et c'est là qu'il combat ce *quid ignotum* qui est la cause de la septicémie. M. Perrin semble croire que la théorie antiseptique réside dans le seul pansement de Lister, et il se plaint de cette exclusion. Il est possible que pour certains chirurgiens il n'y ait pas d'antiseptiques hors le pansement de Lister. Mais d'autres sont d'un avis opposé; j'ai moi-même formulé des propositions différentes. J'ai dit qu'il existe une doctrine de la septicémie, que la *méthode* antiseptique se compose de *procédés* nombreux; le pansement de Lister, le pansement ouaté, le pansement antiseptique ouvert, le bain permanent, l'alcool, l'alcool camphré, le thymol, sont tous des procédés divers de la même méthode antiseptique. Il est vraiment impossible de dire d'un pansement qu'il sera applicable partout; il est temps de cesser d'être exclusif et de se faire éclectique. Ainsi, quoique je sois très-partisan du pansement ouaté, il est tout naturel que je ne l'emploierai pas dans les opérations sur l'anus; dans les résections de la mâchoire, je ne ferai pas le pansement de Lister.

M. Perrin combat le pansement de Lister avec des expériences, avec des statistiques et avec des raisonnements. Sur le premier point, j'aurais beaucoup préféré des expériences cliniques à des expériences de laboratoire; on aurait un argument beaucoup plus sérieux si l'on disait : J'ai employé tant de fois ce pansement et j'ai eu tant de succès. Il est curieux de remarquer que le pansement de Lister a été discuté et combattu à outrance précisément par ceux qui ne l'ont pas employé. Moi-même, je reconnais que j'emploie un pansement qui n'est pas aussi bon que celui de Lister, mais il est plus simple; je n'en suis pas moins un profond admirateur de Lister. Ces expériences de laboratoire ne peuvent me convaincre, d'autant plus que d'autres expériences beaucoup plus concluantes et plus nombreuses ont été faites à l'étranger. Que la pulvérisation ne constitue pas une précaution indispensable et suffisante, je le crois volontiers; ce n'est pas là le fond de la méthode. Quand on m'aura démontré que l'acide phénique ne tue pas les bactéries, que m'importe? Les bactéries sont-elles la cause de la putréfaction, ou bien en sont-elles l'effet? Vous savez que des savants spéciaux et très-compétents défendent également l'une et l'autre de ces opinions. Ai-je besoin de rappeler ici l'opinion de Billroth qui pense que le poison des plaies est de nature chimique? Il y a empoisonnement avec bactéries aussi bien que sans bactéries; laissons aux spécialistes la discussion sur la nature physique, ou chimique, ou naturelle; nous, chirurgiens, nous pouvons nous en passer. (Voir le travail important de M. Nepveu sur ce sujet.) Mais si, en pulvérisant l'acide phénique au-dessus d'une plaie, on trouve encore des bactéries sur cette plaie, cela ne prouve pas grand'chose.

Les statistiques du pansement de Lister, dit M. Perrin, ne sont pas très-brillantes : elles ne sont pas meilleures que les autres. Il faut cependant distinguer les statistiques déjà anciennes, celles du début du procédé, des statistiques des dernières années. Les essais d'une méthode sont toujours moins heureux : ainsi M. Guérin a eu le tort de laisser juger son pansement d'après la statistique des premières tentatives; actuellement on obtient des résultats bien supérieurs. Pour le pansement de Lister, M. Perrin semble accorder trop de valeur aux chiffres des premières statistiques, au lieu de s'en rapporter plutôt aux statistiques nouvelles.

Dans ses raisonnements, M. Perrin reproche au pansement de Lister des choses réfutées depuis longtemps : les propriétés irritantes de l'acide phénique sont une erreur absolue. Je dis formellement qu'il est un antiphlogistique et un calmant de premier ordre. Quand un malade souffre, il suffit de pulvériser quelques nuages d'acide phénique sur sa plaie, pour faire disparaître la douleur. La peau n'est pas rouge au-delà du bord de la plaie. On dit pourtant que Lister lui-même a reconnu les qualités irritantes de l'acide phénique. Eh bien, lors même que l'inventeur le croirait, je dis d'abord qu'il s'agit de constater ce fait, avant de l'affirmer. Je ne veux pas défendre plus longtemps le procédé de Lister; quelle que soit la théorie, je proclame ses résultats magnifiques. J'ai dit vingt fois à mon ami M. Guérin que je ne suis pas partisan de sa théorie, mais j'affirme que son pansement est excellent. Je puis en dire autant du pansement de Lister.

La seconde partie du mémoire de M. Perrin est consacrée au pansement à l'alcool. C'est un pansement excellent, je le reconnais très-bien; il a été un progrès énorme sur les procédés du passé. Pendant le siège de Paris en 1870-71, nous pansions nos blessés avec l'alcool; au début, tout allait bien, mais, plus tard, on n'en obtenait plus rien. Au mois d'avril 1871, pendant la Commune, j'ai fait du drainage avec irrigation alcoolique, chez un homme atteint d'une blessure de la fesse et du grand trochanter : il versait de l'alcool, toutes les demi-heures, dans un cornet placé sur l'orifice du trajet fistuleux de la balle. Mais l'alcool pur est extrêmement douloureux; même étendu de son volume d'eau, il provoque des douleurs parfois pendant toute une demi-journée. Si on l'étend d'eau d'une façon trop diluée, il perd ses propriétés antiseptiques. L'alcool est diffusible, dit-on encore; mais j'estime que sa volatilisation est un inconvénient plutôt qu'un avantage. A ce titre, rien n'égale l'acide phénique. J'en dirai autant de la combinaison de l'alcool avec les tissus et de sa propriété de coaguler les liquides albumineux : c'est une détestable propriété, qui favorise la formation de caillots et de corps étrangers dans la plaie; la détersion est lente sur la plaie, qui reste œdémateuse et grisâtre pendant une huitaine de jours.

M. Perrin ne fait pas le pansement à l'alcool; il emploie l'irrigation continue avec une solution alcoolique : c'est tout autre chose. Mais combien ce procédé est gênant et embarrassant! Combien je lui trouve préférable un pansement ouaté que nous laissons sur une fracture compliquée pendant vingt jours sans y toucher! Les statistiques du pansement à l'alcool ont été favorables à Nélaton pendant les débuts, mais cela n'a pas duré. Dans sa propre statistique, M. Perrin trouve vingt opérations, et deux cas de mort, qu'il interprète, il est vrai, mais qui n'en doivent pas moins être mis en ligne de compte. Jai fait des opérations *in extremis;* je les classe néanmoins dans mes statistiques. Je puis donc dire justement : Avec l'alcool, vous n'avez pas des résultats meilleurs que nous avec l'acide phénique. Assurément, si je n'avais ni le pansement ouaté, ni le pansement de Lister, ni le pansement antiseptique ouvert, je me rallierais aux partisans du pansement à l'alcool; je reconnais qu'il a été un progrès, qu'il a ouvert la voie à la doctrine de la septicémie, mais il est inférieur à ce que nous possédons actuellement; j'ai pour le pansement à l'alcool les égards qu'on doit à un respectable vieillard.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. L'autorité qui s'attache aux opinions de M. Perrin nous oblige à discuter à fond les conclusions de sa communication sur le pansement de Lister. Il nous a exposé des faits d'ordre théorique, et des faits d'ordre pratique. On pourrait d'abord dire qu'il n'y a rien à répondre à ses expériences,

car jamais nous n'en avons tant dit. Les partisans de Lister admettent ce que l'on *suppose* sur le rôle des bactéries, et pensent que c'est en les écartant que le pansement antiseptique réussit. Mais Lister lui-même, tout en croyant aux expériences faites sur les bactéries, ne manque pas d'ajouter qu'il sait bien qu'on explique quelquefois les effets des bactéries par une action chimique. Lors même que les bactéries ne seraient pas tuées par l'acide phénique, il ne serait pas démontré que ce pansement ne vaut rien. D'ailleurs on a fait des expériences plus probantes et directement sur les plaies : la plupart de ces expérimentateurs n'ont pas trouvé de bactéries, ou les ont rencontrées en petit nombre et mortes le plus souvent. J'aurais désiré que les expériences de M. Perrin se rapprochassent davantage du pansement lui-même : sans doute, la pulvérisation joue un rôle, mais son action n'est que le complément du pansement, elle est inutile quelquefois. Je voudrais voir ce que deviendrait un caillot sanguin placé dans un vase et soumis à des flots d'acide phénique comme les plaies de nos opérés. M. Perrin estime que l'on n'attache pas assez d'importance au terrain : je crois que personne, plus que Lister, ne s'est préoccupé de cette condition ; c'est pour protéger la plaie et préparer le terrain qu'il a accumulé toutes les précautions de son procédé. Quant au manuel opératoire de ces expériences, je trouve bien modestes les précautions prises pour se mettre à l'abri des causes d'erreur : si elles avaient été exposées en présence de M. Pasteur, je crois qu'elles l'auraient fait bondir, car ce sont des expériences que l'on n'aborde qu'avec des connaissances préalables bien difficiles à acquérir. Je me rappelle que M. Pasteur disait à M. Colin qu'il faut neuf heures pour trouver une bactérie ; le microscope ne peut rien démontrer sur les bactéries. M. Perrin avoue qu'il ne connaît pas bien les microbes ; or, ceux-ci ne sont pas les mêmes dans l'acide phénique ou dans l'air libre, et l'on sait qu'il y a de bons et de mauvais microbes, l'acide phénique a peut-être tué les mauvais ; ou même il y en a qui mangent les mauvais, qui prouve que ceux qu'on a trouvés n'étaient pas les bons microbes de cette dernière catégorie ? Je ne suis donc pas trop sévère en disant que les expériences de M. Perrin ne sont pas suffisamment probantes. Mais je me hâte de quitter ce terrain des microbes, que je ne connais pas plus que M. Perrin, pour aborder les considérations cliniques.

Sur ce terrain, je me sens beaucoup plus fort, car M. Perrin est précisément du nombre de ceux qui n'ont jamais expérimenté le pansement de Lister, auquel il préfère l'alcool parce qu'il rend les matières imputrescibles. Je n'accepte pas cette opinion, car, soit dit en passant, j'ai vu souvent, dans l'alcool à 60°, des pièces anatomiques se putréfier. Je pourrais répéter ce que vient de dire M. Verneuil, à propos des propriétés irritantes dont on accuse l'acide phénique ; de même, pour l'érythème que l'on observe quelquefois chez des sujets susceptibles, et surtout à la suite d'emploi de préparations renfermant des impuretés. L'érysipèle est inconnu dans nos salles depuis trois ans et demi, aussi bien que l'infection purulente. Lister a, d'ailleurs, admis depuis longtemps que son pansement ne protège pas aussi efficacement contre l'érysipèle que contre l'infection purulente. Volkmann en a observé trois ou quatre cas sur dix mille blessés. Quant au thymol, les chirurgiens qui l'avaient le plus préconisé l'ont abandonné, à cause de son insuffisance comme antiseptique, de ses propriétés irritantes et caustiques, de sa cherté, de son peu de solubilité, etc.

A propos des statistiques du pansement de Lister, je ne partage pas les idées de M. Perrin, et je les trouve bien remarquables, notamment celle de Volkmann, qui compte une série de 73 cas de grandes fractures compliquées, guéries sans accidents, tandis que, l'année précédente, il avait perdu 12 malades sur 16, avant l'emploi du pansement de Lister à sa clinique. M. Perrin regrette que l'on ait divisé les cas en cas simples ou compliqués ; c'est cependant ainsi que je crois que l'on devrait faire les statistiques, surtout en Allemagne où, je ne sais pourquoi, les chirurgiens ont l'habitude d'opérer les malades même en pleine septicémie. En préconisant l'alcool, M. Perrin nous cite sa statistique ; mais il compte comme grandes opérations ce que l'on ne classe guère sous ce titre : ainsi je me rappelle, sur ses vingt opérés, deux évidements du tibia, un évidement du calcanéum, une désarticulation de métacarpien ; notons un mort par infection purulente, après une amputation du bras, insuccès qui n'est pas très-commun. Les statistiques portant sur un petit nombre de faits ne peuvent rien signifier ; c'est pourquoi je ne puis moi-même encore apporter la mienne à la discussion.

D'après M. Perrin, l'alcool préserverait de l'infection purulente. Nélaton ne le disait pas si expressément qu'il le pense, car le fils de Nélaton me racontait récemment que son père disait jusqu'à la fin de sa vie : « Le jour où un homme aura trouvé le moyen de préserver de l'infection purulente, on devra bien lui élever une statue d'or. »

Les difficultés du pansement de Lister ne sont mises en avant que par ceux qui ne l'ont jamais expérimenté. Il suffit d'un peu de précaution et de soin : il est moins compliqué que beaucoup d'autres, tels que, à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, celui que Callender préconise sous le titre de propreté chirurgicale (compresses particulières à chaque malade, badigeonnage du corps avec divers pinceaux, etc.).

L'alcool est cher, encombrant, difficile à transporter, tandis qu'un litre d'acide phénique fera vingt ou quarante litres de la solution employée en chirurgie.

Les irrigations alcooliques ne sont pas favorables, en général, à la réunion par première intention ; elles peuvent rompre l'adhérence des bords de la plaie.

M. Perrin a parlé de la suture au catgut avec un certain air de mépris : qu'a donc fait le catgut aux chirurgiens ? A une époque où l'on ne savait si le pansement de Lister aurait du succès, je me rappelle avoir entendu dire que ce qui était le plus assuré de survivre, c'était le catgut pour les ligatures perdues. En effet, on ne l'emploie guère pour les sutures, mais on le réserve pour les sutures vésico-vaginales, les ovariotomies, etc.

Enfin, je ferai remarquer que l'on considère trop le pansement de Lister comme un pansement topique : ce n'est pas un topique, c'est une véritable méthode de pansement, c'est un ensemble de moyens dont l'expérience a consacré la valeur, et que l'on a accumulés dans un même pansement, afin d'assurer encore plus complètement le succès.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

### PRÉSENTATION DE MALADE

**Chute complète de l'utérus ; cloisonnement du vagin.** — M. PANAS présente une femme, âgée de quarante-quatre ans, qui était atteinte de chute complète de l'utérus, avec cystocèle et rectocèle. La matrice tombait pendante entre les cuisses. Cette femme fut opérée, en mai 1877, par M. Tillaux, qui pratiqua une suture, ou plutôt un rétrécissement de l'orifice vaginal. Cette suture céda après un intervalle de six mois, et l'utérus tomba de nouveau à l'extérieur. Dans le mois d'octobre 1878, cette femme vint me trouver, et je me décidai à l'opérer par un autre procédé. J'hésitai d'abord entre l'opération de Marion Sims et le procédé de M. Le Fort. Je donnai la préférence à ce dernier, parce qu'il se pratique à ciel ouvert et non dans une position difficile de la malade (couchée à l'américaine) et dans la profondeur de l'organe. Je fis donc le cloisonnement du vagin et la réunion incomplète de la paroi antérieure avec la paroi postérieure par deux lignes verticales de sutures, de sorte que la malade a actuellement deux vagins, un à droite et l'autre à gauche. L'avivement s'exécute à l'extérieur, et l'on ne fait rentrer la paroi vaginale qu'au fur et à mesure que les sutures sont appliquées de la portion la plus profonde du vagin à la portion la plus externe, la dernière suture étant la plus rapprochée de l'orifice externe du vagin. Cette opération a réussi une fois déjà à M. Le Fort ; en voici un deuxième exemple. Elle pourra, dans l'avenir, être répétée avec confiance.

M. LE FORT. J'ai pratiqué une deuxième fois cette opération suivant le manuel opératoire que j'ai indiqué ; elle a été exécutée avec une grande facilité, mais elle n'a pas été suivie de succès, parce que j'avais affaire à un couple de brutes. Le mari, deux

jours après l'opération, voulut satisfaire ses appétits violents et détruisit toutes les sutures métalliques que j'avais placées.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Faculté de médecine de Paris.* — Par arrêté ministériel en date du 17 février 1877, ont été déclarées vacantes :

1° La chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie ;

2° La chaire de pathologie et thérapeutique générales.

— Le concours public pour le *prix de l'Enseignement libre* (valeur de 500 francs) aura lieu le jeudi 6 mars 1879, à une heure, 2, rue Antoine-Dubois, dans l'amphithéâtre de M. Fort, professeur libre d'anatomie. On s'inscrit à cette adresse à partir du 25 février. — Pour les conditions du concours, consulter le *Guide de l'Étudiant*.

— Dimanche 23 février, à une heure et demie, au théâtre du Château-d'Eau, sous la présidence de M. le professeur Paul Bert, M. le professeur-agrégé Gariel, de la Faculté de médecine, fera une conférence sur l'*Organe de la voix*, au bénéfice de M. Faber, inventeur de la *Machine parlante*.

Cette machine, qui articule les sons de façon à imiter la voix humaine, est un curieux instrument remarquable par son mécanisme ingénieux et fonctionnant avec une régularité théorique.

MM. Coquelin frères, de la Comédie-Française, qui veulent bien prêter leur concours à cette bonne œuvre, diront la scène du professeur de philosophie du *Bourgeois gentilhomme*.

— M. le docteur Fort commencera une série de leçons et les exercices pratiques de médecine opératoire le lundi 21 avril 1879, à une heure, et les continuera tous les jours à la même heure. Le cours durera un mois. — On s'inscrit, pour ce cours, chez M. Fort, 21, rue Jacob.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Les écoulements blennorrhagiques contagieux, aigus et chroniques, de l'homme et de la femme, par l'urèthre, la vulve, le vagin et le rectum**; de leurs accidents et de leurs complications, suivis d'une étude sur les écoulements blancs non contagieux par les organes génitaux chez les deux sexes, par le docteur Pouillet. 1 vol. in-18. — Prix : 5 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**Fragments d'ophthalmologie clinique de l'hospice des Quinze-Vingts**, compte-rendu analytique des maladies observées et des opérations pratiquées pendant les années 1875, 1876, 1877, par le docteur Fieuzal, médecin de l'hospice. 1 vol. in-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7849.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOTEL-DIEU. — M. Richet.

### Vaste tumeur végétante, lupoïde, de la face.

Au n° 14 de la salle Notre-Dame est couchée une femme âgée de quarante-sept ans, concierge, ordinairement bien portante, et présentant tous les signes extérieurs d'une robuste constitution. Elle est encore forte, grasse et fraîche; il ne semblerait pas, au premier abord, qu'elle portât une tumeur végétante si étendue, que celle que nous allons lui enlever aujourd'hui même.

En 1868, elle venait de sevrer son enfant, quand elle s'aperçut de l'existence d'un bouton jaunâtre au-devant de l'oreille gauche. Elle l'enleva plusieurs fois de suite et le fit saigner; il ne guérissait pas. Le médecin qui la traitait s'obstina à cautériser régulièrement une ou deux fois par semaine cette petite tumeur qui progressait toujours sous l'effet de ces excitations répétées.

C'est là malheureusement la fatale habitude de beaucoup de médecins qui n'ont pas l'habileté ou le courage de reconnaître que leur traitement ne fait qu'envenimer la maladie. Le médecin cautérisait toujours; la tumeur s'agrandissait avec la même persistance. En 1872, la malade vint me consulter; la tumeur avait la largeur d'une pièce de cinq francs en argent. Je lui conseillai de se débarrasser de cette tumeur qui ferait des progrès continuels; elle refusa l'opération et se borna à prendre les médicaments prescrits, huile de foie de morue, iodure de fer. Sur les conseils d'une personne étrangère à la médecine, elle a refusé toute intervention chirurgicale. Enfin, le mal s'agrandissant, elle est rentrée, en mai 1878, dans notre service.

Nous avons retrouvé la tumeur quintuplée d'étendue; elle occupe de la face à l'oreille gauche une surface plus longue et plus large que la surface de *toute la main*, s'étendant de l'angle interne de l'œil jusque vers la partie postérieure de l'oreille, depuis le sommet de la fosse temporale jusque sur le bord inférieur du maxillaire inférieur. Les ganglions du cou ne sont pas engorgés.

Je ne sais rien de comparable à cette plaie repoussante et hideuse, si ce n'est le modèle déposé au musée Dupuytren, représentant un de ces vastes ulcères syphilitiques comme on en voyait autrefois, alors que le traitement était négligé et le diagnostic inconnu.

Les contours de la plaie bourgeonnent, formant un bourrelet assez dur; mais, au-delà de ce bourrelet, la peau est saine. La surface de la tumeur saigne abondamment au moindre contact; cette vascularisation paraît produite par un réseau vasculaire bleuâtre et très-développé, surtout sur les bords; le centre est moins bourgeonnant, l'os y est à découvert.

On pourrait penser, au premier abord, que ce vaste foyer dégage une odeur de suppuration, de gangrène moléculaire intolérable; j'ai été très-étonné de constater qu'il ne s'en échappe aucune odeur, et c'est encore ce qui me fait écarter le diagnostic de tumeur de mauvaise nature. En effet, dans les cas de cancer de la matrice, par exemple, il est impossible de méconnaître cette odeur infecte qui s'en dégage et que, avec un peu d'habitude, on sait même distinguer de celle des simples tumeurs fibreuses. Ici, il n'y a pas cette gangrène moléculaire des éléments qui se détachent de la tumeur; au contraire, il y a un bourgeonnement qui rappelle un peu la forme papillaire du cancroïde. Mais nous n'y voyons pas ces papilles ressemblant à du velours dont on couche le duvet, avec ces taches jaunâtres entre les papilles; nous n'avons ni ces points jaunâtres, ni l'aspect de ces papilles; nous ne pouvons donc dire que c'est cette forme de cancroïde.

Dans ce cas particulier, nous nous rangeons, comme disait Ricord, du côté du diagnostic d'espérance, sans pouvoir déterminer exactement la nature de la lésion. Je la comparerais volontiers à ce qu'on observe dans les cas d'æsthiomène de la vulve, ou à cette autre espèce de tumeur du pli de l'aine qu'on a improprement appelée le cancer des ramoneurs, ou encore à ces formes de *lupus vorax*. Je classerais donc cette tumeur parmi les affections lupoïdes, et ce n'est pas seulement par une simple vue de l'esprit que je hasarde cette distinction; j'en ai déjà vu des cas semblables, je les ai enlevés et les malades ont guéri. Je me rappelle entre autres avoir opéré un homme venu d'Alsace-Lorraine à Paris pour se faire traiter. Je lui ai enlevé cette tumeur qui datait de quinze ans; depuis deux ans la guérison s'est parfaitement maintenue.

Bien qu'elle ne soit pas de mauvaise nature, cette tumeur est grave et finirait par tuer notre malade, qui a déjà failli

succomber une fois à une hémorrhagie de l'artère temporale, une autre fois à un érysipèle sérieux. Il faut donc détruire la tumeur; emploierons-nous les caustiques? J'y ai certes beaucoup songé; si la plaque était plus petite et moins large, je n'hésiterais pas à recourir au chlorure de zinc. Mais je me rappelle un insuccès chez un Angevin qui a ainsi enduré des souffrances atroces. Je renonce donc ici à la pâte de Canquoin, même employée par petites surfaces à la fois. Je renonce encore au thermo-cautère, et je donne la préférence au bistouri. Je pourrai ainsi disséquer avec soin la paupière et n'en extirper que le moins possible; ensuite, au moyen de sutures, je la restaurerai suffisamment pour protéger le globe oculaire, qui est intact. Une dissection fine nous permettra peut-être de ménager l'oreille et le conduit auditif, où je ruginerai les portions osseuses qui sont découvertes. Le thermo-cautère ne nous donnerait pas toutes ces ressources. Dans le reste de son étendue, la végétation ne dépasse pas l'aponévrose; elle est relativement superficielle. Nous pouvons nous attendre à beaucoup de sang par la blessure des capillaires de tous les côtés; nous arrêterons facilement ces hémorrhagies avec des éponges imbibées d'alcool camphré.

L'opération est pratiquée sans qu'il y ait des hémorrhagies abondantes; la lésion ne dépassait guère la profondeur de l'aponévrose; la rugination est faite sur l'os malaire dont le périoste est envahi, mais le tissu osseux paraît absolument sain. Le globe oculaire est protégé par la suture des deux paupières l'une à l'autre.

En faisant l'anatomie pathologique de la tumeur, à l'œil nu, on y découvre, par une coupe perpendiculaire à la plaque enlevée, un substratum supportant tout le néoplasme et paraissant avoir présenté une barrière infranchissable à la prolifération qui s'est arrêtée devant cette digue et s'est étendue en largeur. Les détails micrographiques sur la nature de cette curieuse tumeur seront demandés à nos collègues compétents en cette matière.

Neuf mois après, le 1er février 1879, cette femme revient à l'Hôtel-Dieu. La cicatrisation de la plaie a été régulière, et, en l'examinant, on ne pourrait guère imaginer quelle a été l'étendue de la vaste plaie de l'opération pratiquée au mois de juin dernier. Le pavillon de l'oreille a été sectionné, mais le conduit auditif a été respecté. On avait pu espérer que le globe de l'œil resterait intact, mais la cornée s'est obscurcie, malgré toutes les précautions. La malade est sortie de l'hôpital avec une cicatrice bien normale et bien nette; le globe de l'œil seul restait inquiétant. Elle a repris ses fonctions de concierge. Cependant, sur l'os de la pommette, un point de la cicatrice s'ouvrait et se refermait alternativement. J'appliquai de la pâte de Canquoin, mais je ne pus empêcher la reproduction d'un véritable champignon implanté sur l'os malaire et qui exige aujourd'hui notre intervention chirurgicale.

Il est constitué d'éléments papillaires, blanchâtres, laissant écouler au dehors une espèce de matière blanchâtre analogue à la matière sébacée qui sort des tannes: on n'y trouve pas de pus, aucun globule blanc; c'est une matière épithéliale pure et simple, qui a été désignée sous le nom de macrocystes. La première tumeur extirpée ne renfermait guère de cellules épithéliales; on n'y voyait que des éléments de la peau hypertrophiés. Aujourd'hui, au contraire, nous rencontrons beaucoup plus de matières épithéliales et beaucoup moins d'éléments normaux hypertrophiés. Il semble que la tumeur ressemble à ce que M. Broca appelle le pseudo-cancer, qui débute à l'extérieur, mais qui peut se propager dans l'économie et tuer le malade aussi bien que le sarcome. La tumeur paraît aujourd'hui posséder un degré de nocivité plus grand que lors de la première extirpation.

Dirons-nous que c'est une récidive? Je pense plutôt que c'est la continuation de l'évolution de la première tumeur en un point où elle n'a pas été totalement enlevée lors de la la première ablation; il y est resté quelques parcelles, qui ont continué leur marche; c'est un foyer de l'incendie primitif qui n'a pas été complètement éteint.

Je pense donc, encore aujourd'hui, que cette femme est indemne de la maladie épithéliale constitutionnelle, et que, si nous pouvons faire disparaître le point où le mal s'est continué, nous pouvons encore la guérir. Depuis neuf ans, la tumeur a commencé; elle n'a aucune tendance à la généralisation; il n'y a pas trace d'engorgement des ganglions; il est temps encore de faire l'ablation de ce champignon, développé au centre de la cicatrice. Il est possible que l'os de la pommette soit envahi; il sera nécessaire de le ruginer à une certaine profondeur, en se servant de la gouge à main.

Reste le globe oculaire, qui est devenu non-seulement inutile, mais encore douloureux. Nous profiterons de l'anesthésie de cette opération pour amputer la partie antérieure de l'œil jusqu'au niveau du corps ciliaire; nous conserverons ainsi un moignon volumineux et capable de se mouvoir sous l'action des muscles de l'œil, dont nous aurons respecté les insertions antérieures. Sur ce moignon sclérotical, nous pouvons appliquer facilement un œil artificiel, et le résultat esthétique sera très-satisfaisant.

---

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Laboulbène.

### A propos d'une épidémie de trichinose, la première observée en France (1).

II

Étudions maintenant les accidents pathologiques que produit la trichinose.

Première période : *Irritation gastro-intestinale.* — Lorsque la viande trichinée est arrivée dans l'estomac, le suc gastrique dissout les kystes et met à nu les trichines qui, devenues libres, passent dans l'intestin et deviennent sexuées.

Pendant trois ou quatre jours, ou, plus largement, un septénaire, apparaissent des troubles intestinaux, anorexie, langue sale, pesanteur de l'estomac, etc., puis diarrhée, flux séreux.

Deuxième période : *Accidents typhoïdes.* — Elle dure aussi un septénaire, quelquefois deux. Elle est marquée par de l'œdème facial, des troubles dans les mouvements des membres, des troubles de la vue, de l'ouïe, de la dysphagie, de la dyspnée, produits par l'invasion des trichines dans les muscles spéciaux à ces organes. Le diaphragme, les muscles intercostaux, les muscles de l'oreille et du globe oculaire, n'échappent pas à cette infection. A cette époque, dans un millimètre carré de chair musculaire, prise n'importe où dans l'économie, on trouve un nombre considé-

(1) Fin. — Voir le numéro du 20 février 1879.

rable de trichines ; on en voit même trois ou quatre dans un même kyste.

En quinze ou vingt jours, le malade est obligé de se tenir immobile dans son lit, ne pouvant remuer les membres sans éprouver une grande douleur : ses membres sont durs, demi-contracturés, très-douloureux au moindre mouvement de contraction musculaire.

Si le malade échappe à cette période d'immigration générale, on observe de l'épanchement séro-fibrineux résultant de l'irritation du sarcolemme, et produisant une tuméfaction œdémateuse de la face.

Le calme arrive vers la cinquième semaine ; alors le malade ne se plaint plus ; souvent apparaît un œdème des extrémités malléolaires ; le sang s'appauvrit, une fausse obésité se développe pendant plusieurs mois. Alors le malade a perdu ses masses musculaires, qui ont subi une dégénérescence granulo-graisseuse. Enfin la guérison survient. Les cas de mort, en effet, ne sont pas très-nombreux, surtout si les malades n'ont mangé qu'une petite quantité de viande, ce qui est le cas le plus ordinaire.

Telle est l'histoire actuellement faite de la trichinose ; mais elle n'a pas toujours été aussi bien établie, et il est intéressant d'en parcourir les phases.

Le 22 janvier 1833, Hilton lut un mémoire à la Société médico-chirurgicale de Londres, où il raconte avoir observé des animalcules vermiformes dans les muscles d'un vieillard; il les rapporte à la catégorie des cysticerques. En 1835, James Paget trouve ces mêmes éléments décrits par Hilton, et les porte à Richard Owen, qui en fit la description et leur donna le nom de *trichina spiralis*. En juin 1835, Wood les observe chez un sujet atteint de fortes douleurs rhumatismales; mais il attribue la mort, survenue rapidement, et les douleurs à une péricardite. Virchow, en 1859, reprend des expériences sur ce sujet; et, après lui, Zenker, Leuckart, Küchenmeister. Dujardin, en France, avait émis, en 1845, l'opinion que la trichine n'était que le produit d'un ver nématoïde égaré, et il espérait que plus tard on le trouverait sexué; c'est ce qui est arrivé. Van Beneden va plus loin, mais il s'égare, et, par le raisonnement, conclut à tort que la trichine fait le trichocéphale.

Virchow, dans cet ordre d'idées, fait des expériences; il avait donné à un chien des trichines de porc, et il est fort surpris ensuite de retrouver des trichines sexuées qui n'étaient pas des trichocéphales. Zenker, à Dresde, en janvier 1860, observe une jeune fille morte, à ce que l'on croyait, de la fièvre typhoïde; il fait l'autopsie, et trouve dans le tissu musculaire une telle quantité de trichines qu'il en a envoyé des spécimens à tous les musées et à tous les amateurs de l'Europe. Tout l'ensemble du système musculaire renfermait ces kystes, et l'on a reproduit la trichine chez tous les animaux qui ont mangé de cette viande. Leuckart, Simon, Nordmann ont confirmé ces faits. M. Lasègue, en France, publia le résultat de ses recherches qui ont fait voir clairement la pathogénie de l'infection.

En France, on n'a encore observé que trois faits de trichinose, et sur le cadavre seulement. Cruveilhier, infatigable chercheur, avait trouvé ces trichines dans les muscles d'un cadavre. Auzias-Turenne et Kœberlé en ont aussi observé.

Les faits dont je viens de vous entretenir sont absolument le premier exemple d'épidémie de trichinose observée en France.

*Diagnostic.* — Le diagnostic est moins difficile aujourd'hui que l'on est bien prévenu de ces faits pathologiques. Il n'y a guère à hésiter entre la trichinose et l'albuminurie, où les mains et les extrémités sont enflées, tandis que dans la trichinose la face seule présente cet aspect œdémateux; puis ordinairement les urines ne sont pas albuminuriques.

Il est plus difficile de distinguer cette infection de la fièvre typhoïde. Zenker, médecin d'un grand hôpital à Dresde, a pu s'y tromper; la difficulté de mouvoir les membres est analogue à celle du rhumatisme articulaire. On se souviendra que les typhiques peuvent, au contraire, remuer les membres sans douleur, et sont souvent ataxiques.

Le seul moyen de faire un diagnostic sûr, c'est de prendre un rasoir, de faire une coupe de la viande suspecte, et d'y chercher soit des trichines en voie de progresser pour se rendre dans les muscles, soit des trichines déjà enkystées.

Le kyste se calcifie à ses extrémités polaires; à son centre, on trouve d'abord quelques granulations graisseuses, puis, finalement, une masse grasse infiltrée de sels calcaires, comme on en voit dans la mort de tout élément anatomique.

*Trichinose comparée.* — Chez l'homme l'enkystement de la trichine se fait assez rapidement, en quelques mois, quatre à six mois ordinairement, soit de trois mois à un an, pour comprendre tous les cas extrêmes.

Chez les animaux il est plus rapide : chez le lapin, le cochon d'Inde, en vingt-cinq à vingt-huit jours il est terminé, et l'on peut voir les kystes trichineux mesurant 1 à 1 millimètre et demi.

*Pronostic.* — L'infection se termine rarement par la mort; toutefois on en a observé des exemples.

*Animaux trichinés.* — Les animaux sauvages, rat, souris, en première ligne, sont trichinés, sans qu'on ait établi par quel mécanisme. Sur trois douzaines de rats d'égout, on a trouvé deux rats trichinés. De même le blaireau, le putois, la fouine, le renard, le hérisson.

Le chien prend difficilement la trichine, qui peut, au contraire, être communiquée très-facilement au porc et au lapin : les vaches, les veaux, les chevaux, surtout le poulain, peuvent être trichinés. La taupe ne l'est pas, non plus que les oiseaux, les vers de terre, les grenouilles.

Comment l'homme peut-il prendre la trichine? Par le porc, c'est bien établi; mais comment le porc se trichine-t-il? C'est souvent parce qu'il court la campagne, où Davaine pense qu'il mange des rats infectés; c'est ainsi qu'il explique pourquoi il n'y a pas de trichine en France parce qu'on a l'habitude de tuer les rats et de les enterrer; on ne les fait jamais manger par les porcs.

Les porcs, vivant ensemble, mangent les déjections d'autres porcs qui peuvent être trichinés; quand une famille ou un quartier sont infectés, les déjections renferment des trichines; c'est ainsi que les porcs peuvent encore les absorber.

Au point de vue de la préparation de la viande, il est important de fixer quelques particularités. Dans la viande salée la trichine est morte.

La viande fumée n'a subi qu'une température de 62°; elle est donc dangereuse. *A fortiori*, les cuissons illusoires que l'on fait subir à la viande de porc, en Allemagne, notamment au saucisson et au jambon que l'on mange souvent crus.

La trichine est-elle une maladie légère? Sur une population de 10,000 âmes, 300 personnes ont été atteintes : un boucher, sa femme, sa fille, sa servante ont été malades, et, dans un banquet servi avec de la viande de porc, les trois quarts de ceux qui en avaient mangé sont morts.

Deux bouchers se sont offerts d'en manger pour prouver que la viande n'était pas la cause de la maladie : ils en meurent tous les deux.

On voit donc que les épidémies de trichinose ne sont pas toujours bénignes ; et il est intéressant de soumettre la question aux membres du corps médical chargés de veiller à l'hygiène publique.

## DU DANGER DES COLLYRES

A L'EXTRAIT DE SATURNE OU A L'ACÉTATE DE PLOMB.

Par le docteur Brière,
Chirurgien oculiste de l'hôpital du Havre.

Chaque fois qu'un médecin prescrit un de ces collyres ou un glycérolé à l'acétate de plomb, il doit s'assurer auparavant que la cornée destinée à être en contact avec ce médicament est absolument saine et sans ulcérations. Notre attention peut néanmoins être prise en défaut, et personne, je crois, ne me contestera que, plus on avance dans la pratique, plus on devient défiant pour faire des prescriptions où il entre des substances pouvant se transformer dans une cornée en dépôt de carbonate de plomb.

Ce fait est bien connu, indiqué dans les formulaires, ce qui n'empêche pas de commettre ces erreurs.

Le mal peut être grand et assez fréquent quand ces collyres sont maniés, prescrits et employés par des personnes qui n'en connaissent pas les dangers. Nous en avons tous observé des exemples. En voici deux des plus frappants :

En août 1876, C..., âgé de dix-huit ans, regardait un feu d'artifice. Il reçut sur l'œil droit une baguette en bois (provenant d'une fusée) qui lui laboura toute la cornée.

Sans examen minutieux, un pharmacien conseilla de fréquents lavages avec de l'extrait de saturne en solution. Deux jours après, la *cornée était blanche comme craie.* Je vis le malade peu de temps après l'accident, quinze jours environ. La cornée, privée d'épithélium, était recouverte d'un dépôt épais de sel plombique. Je dus endormir C... et enlever avec un couteau à cataracte tout le composé chimique ainsi incrusté dans la cornée. Celle-ci redevint assez transparente, mais pas autant qu'elle l'eût été si le blessé, n'ayant pas recours à un conseilleur peu instruit, s'était borné à laver son œil avec de l'eau.

J'ai observé deux capitaines de navire qui, étant en mer et atteints d'une inflammation à l'œil, qu'ils croyaient une conjonctivite, s'étaient préparé un collyre avec de l'eau blanche indiqué comme *bon* dans les ophthalmies sur le memorandum de la boîte de pharmacie du bord. L'ulcère dont leur cornée était le siège s'était comblé par une couche épaisse de carbonate de plomb qu'il me fallut enlever.

N'y aurait-il pas lieu de mieux préciser sur les livrets qu'on mît dans les boîtes de pharmacie les indications et les contre-indications de ces médicaments ?

J'ai, dans mes cartons, plusieurs notes sur des faits analogues. Il est si fréquent de voir des affections oculaires externes, des iritis, par exemple, aggravées par des collyres délivrés sans ordonnance, et les yeux étant des organes de première nécessité, il devrait être interdit, dans l'intérêt de la vue de nos semblables, de délivrer un collyre sans ordonnance spéciale pour le cas auquel il est destiné. Si la défense existe, elle n'est guère observée. Les parents se passent ainsi de vieilles ordonnances, et, ne sachant pas que les maladies d'yeux sont différentes les unes des autres, ils se soignent en dépit du sens commun et au grand détriment de leur vue.

## HYDROLOGIE

DES EAUX BICARBONATÉES SODIQUES FORTES DE VALS.

IV

Près de la source *Précieuse*, sous le grand chalet, coule une autre source que nos lecteurs connaissent bien de nom, la Magdeleine.

Source froide (athermale), 15°; l'eau de la Magdeleine est une des plus remarquables de la station. Elle présente une composition alcaline très-riche; il suffit de jeter un coup d'œil sur son analyse pour s'en rendre immédiatement compte.

Analyse de la source Magdeleine :

| | |
|---|---|
| Acide carbonique libre | 2.050 |
| Bicarbonate de soude | 6.280 |
| — de potasse | 0.255 |
| — de chaux | 0.520 |
| — de magnésie | 0.672 |
| — de fer et manganèse | 0 029 |
| Chlorure de sodium | 0.169 |
| Sulfate de soude et chaux | 0.235 |
| Silicate et silice, alumine | 0.097 |
| Iodure alcal. arsenic, lith. | Traces. |

Chaque litre de la Magdeleine contient donc le chiffre de 6 grammes 28 c. de bicarbonate de soude. Ce chiffre élevé en fait l'eau alcaline par excellence de la station et on peut être assuré d'obtenir avec cette eau toutes les propriétés altérantes et dissolvantes de l'eau alcaline la plus riche. Elle renferme en outre une grande quantité d'acide carbonique libre, du chlorure de sodium, du fer et du manganèse, toutes conditions excellentes pour en faire l'eau la plus reconstituante de la station de Vals.

Clermont (de Lyon), avait, dès l'origine, très-bien fait ressortir ce qu'on pouvait attendre d'une pareille composition. Sa température de 15° centigr., le débit de la source (6 à 7 mille litres par jour) la mettent complètement à la disposition du médecin éloigné de la station. Suivant une expression très-pittoresque de notre savant confrère, la Magdeleine, la Saint-Jean et la Dominique eussent formé le trépied de la fortune de Vals, alors que la station n'eût pas possédé d'autres sources minérales remarquables.

Nous avons dit l'analyse, la température et le débit de la source Magdeleine; il nous reste, avant d'indiquer son emploi thérapeutique, à dire que sa saveur, légèrement alcaline, est très-agréablement supportée par les malades, toujours sous l'influence du gaz carbonique.

S'il fallait trouver une formule générale de son emploi, on pourrait dire avec raison que toutes les diathèses modifiées par les alcalins relèvent de la source Magdeleine. Certains herpès, la goutte et la gravelle, le diabète, sont très-heureusement soulagés par cette eau. Son action est aussi des plus prononcées dans les cas où le malade a suivi sans succès un traitement alcalin antérieur. Si le système nerveux a besoin d'être relevé, la Magdeleine est d'un puissant secours entre les mains du praticien ; mais il importe alors de ne pas oublier que la constipation ou une susceptibilité trop grande de l'estomac sont des contre-indications formelles de son emploi.

Cette réserve a été fort bien indiquée par M. Clermont, et on ne doit pas l'oublier dans la pratique.

L'action très-certaine de l'eau de la Magdeleine sur l'innervation

est bien celle des eaux carbo-sodiques fortes. Son action reconstituante est très-nettement marquée dans l'observation suivante que nous devons au docteur Clermont :

« Mme T..., d'un tempérament lymphatique, demeurant à Lyon, route de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, est accouchée, il y a dix ans, d'un enfant viable et bien constitué en apparence. Après soixante-douze heures, il expira sans cause connue. Vingt mois plus tard, le même fait se répète sous les yeux du docteur Diday. Pour une troisième grossesse nous assistons la malade, et nous ne sommes pas plus heureux. Malgré toutes les précautions imaginables, l'enfant meurt encore, soixante-douze heures après sa naissance.

« L'autopsie est pratiquée en notre présence par les docteurs Poncet et Violet. Une seule altération anatomique est constatée : le trou de Botal persistait, ouvert de manière à laisser passer le bout du petit doigt. Ces morts successives étaient expliquées.

« Survient une quatrième grossesse. La malade vient nous consulter. C'était le moment de la saison thermale ; nous l'envoyons à Vichy où, pendant un mois, sous la direction de notre honorable confrère M. le docteur Willemain, elle se désaltère aux sources minérales des bords de l'Allier, et, dépassant de beaucoup les prescriptions, elle satisfait sans mesure la soif ardente dont elle est poursuivie. Elle absorbait, nous dit-elle au retour, plus de quinze verrées d'eau alcaline par jour. Non-seulement elle n'éprouva pas de cachexie alcaline, mais elle revint à Lyon dans un excellent état de santé, et accoucha, deux mois plus tard, d'un garçon qui vécut dix-huit mois.

« A sa cinquième grossesse, la malade se refuse à aller dans une station thermale, mais elle boit, pendant trois mois, de l'eau de la source Magdeleine de Vals, c'est-à-dire qu'elle prend, dans ce laps de temps, de 7 à 800 grammes de bicarbonate de soude. Sa santé n'en paraît que meilleure, et son dernier enfant a aujourd'hui quinze mois. »

Cette observation est fort intéressante, car, non-seulement elle nous montre l'action d'une eau alcaline, mais encore elle semble indiquer que, grâce au gaz carbonique contenu dans la Magdeleine, le bicarbonate de soude ne produit pas la cachexie alcaline que Trousseau redoutait tant dans l'usage des eaux de Vichy. On peut donc, pendant un temps bien plus prolongé, employer sans danger les eaux de Vals qui, sans leur acide carbonique, ne seraient plus que des eaux de Vichy avec tous leurs dangers ou inconvénients.

Nous verrons, dans une nouvelle étude, ce que le médecin peut obtenir de l'usage de la Magdeleine dans le diabète.

---

## L'ÉPILEPSIE DÉLIRANTE

### AU POINT DE VUE CLINIQUE ET MÉDICO-LÉGAL (1)

Par le docteur LAGARDELLE,
médecin en chef de l'asile de Bron.

*Conclusion.* — La volonté diffère du libre arbitre et de la liberté morale. — L'état de folie est caractérisé dans tous les cas, au point de vue médico-légal, par la perte du libre arbitre qui entraîne fatalement l'irresponsabilité absolue. — Chez l'aliéné, les actes de la volonté sont conscients ou inconscients ; quels qu'ils soient, l'irresponsabilité reste entière. — La responsabilité diffère sensiblement de la culpabilité. — L'homme, toujours responsable de ses actes, peut n'être pas coupable. — Dans aucun cas, on ne doit assimiler les passions à l'aliénation mentale. — Il existe deux théories principales sur la responsabilité des aliénés : irresponsabilité absolue et responsabilité partielle étendue à un nombre variable de cas. — Théorie mixte, n'admettant la responsabilité partielle que dans des cas rares, limités, et reconnaissant, dans des circonstances déterminées, la responsabilité complète.

(1) In-8°. — Paris, J. Bazire.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 février 1879. — Présidence de M. PAUL BERT.

### COMMUNICATIONS

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de M. Pélikan (de Saint-Pétersbourg), accompagnant l'envoi d'une somme de 5, 963 fr. 55 centimes représentant le montant de la souscription faite parmi les médecins civils et militaires russes pour prendre part à l'érection du monument de Claude Bernard.

**Astigmatisme.** — M. JAVAL, d'après une statistique qui porte sur un très-grand nombre d'enfants, affirme que, chaque fois que la vue n'est pas régulière, on trouve de l'astigmatisme et que, lorsque celui-ci est corrigé, la vue redevient normale. Dix pour cent des enfants qu'il a examinés avaient la vue faible, c'est-à-dire affectée d'astigmatisme. Il est donc indispensable de rechercher l'astigmatisme chaque fois que la vue est mauvaise.

**De l'emploi du papier jaune en imprimerie.** — M. JAVAL revient sur l'un des points d'une de ses précédentes communications. Pour voir nettement, dit-il, il faut avoir de images aussi bien définies que possible sur la rétine ; nous sommes arrivés, jusqu'ici, à corriger très-bien tous les défauts de réfraction sauf le chromatisme. Pour corriger ce dernier, il faut obtenir une lumière monochromatique, et supprimer par conséquent des couleurs du spectre en commençant par l'une ou l'autre de ses extrémités. Il ne faut pas commencer par la lumière rouge, cette lumière étant la plus intense et sa suppression ne pouvant que nuire à la netteté de l'image ; c'est donc par la lumière bleue ou violette qu'il faut commencer, et M. Javal a démontré que c'était la lumière jaune qu'il était préférable d'obtenir. C'est pourquoi il avait proposé d'employer du papier jaune en imprimerie.

**Embolies graisseuses consécutives aux grands traumatismes.** — M. DÉJÉRINE a fait l'autopsie de plusieurs blessés ayant succombé subitement quelques heures après de grands traumatismes, tels par exemple que le broiement d'un membre, et il a trouvé dans le poumon des embolies graisseuses en quantité considérable. Il y aurait donc lieu de se demander si ces embolies graisseuses ne sont pas l'une des causes de mort par ce que l'on a appelé le choc. Il a entrepris sur les animaux une série d'expériences sur ce sujet : une fracture simple d'un os chez un animal tué ensuite par électrisation du cœur ne donne pas lieu à ces embolies graisseuses ; mais, si l'on fait une attrition de la moelle de l'os et que l'on sacrifie ensuite l'animal, on trouve alors des embolies graisseuses dans le poumon. M. Déjérine a même introduit des tiges de laminaire dans la cavité médullaire de tibias fracturés chez les animaux et il a vu se produire dans ces cas des troubles graves. A l'autopsie de ces animaux il a pu constater d'abord une nécrose complète des deux tibias et il a trouvé, en outre, dans les deux poumons, des embolies graisseuses en quantité considérable ; il a pu suivre ces embolies jusque dans les veines voisines du foyer de la fracture.

On peut donc, chez l'animal, produire à volonté, dans le poumon, des embolies graisseuses semblables à celles qu'on observe chez l'homme à la suite des grands traumatismes. Au point de vue chirurgical, n'y aurait-il pas là une indication de supprimer, le plus tôt possible, le foyer de ces graves fractures ? C'est là une question que M. Déjérine laisse à trancher aux chirurgiens.

**Diffusion des courants électriques.** M. BOCHEFONTAINE fait une communication sur ce sujet.

**Ovaire douloureux pendant la grossesse.** — M. BUDIN, en pratiquant le palper abdominal, remarqua, chez plusieurs femmes, l'existence d'une douleur fixe, très-limitée sur un point de la paroi abdominale, le plus souvent du côté gauche, et déterminée

par la pression d'un petit corps rond, mobile sous les doigts, et qui, selon toutes probabilités, n'est autre chose que l'ovaire.

**Influence de l'excitation du sciatique sur les centres nerveux.** — M. ONIMUS a plusieurs fois remarqué qu'en électrisant les malades sur le trajet du sciatique, ceux-ci, à la suite de cette électrisation, étaient pris d'un sommeil beaucoup plus profond et plus long que d'habitude. Ce fait s'explique par l'influence de l'électrisation du sciatique sur les centres nerveux. On connaît les expériences de Brown-Séquard qui consistent à déterminer des attaques épileptiformes à la suite de la section ou de l'excitation du sciatique chez les cobayes.

SCRUTIN POUR LE PRIX GODARD.

M. BURQ a obtenu le prix Godard.

La séance est levée à cinq heures.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 février 1879 (1). — Présidence de M. HERVIEUX.

**Anurie calculeuse.** — M. TENNESSON rapporte l'observation d'un homme de cinquante-six ans qui, le 13 septembre dernier, s'aperçut pour la première fois qu'il ne pouvait pas uriner ; malgré tous les efforts qu'il put faire, malgré le cathétérisme pratiqué par un médecin de la ville, il resta dix jours sans pouvoir uriner. Le 25 septembre, il entra dans le service de M. Jaccoud, alors suppléé par M. Tennesson. Le malade, jusque-là, avait joui d'une parfaite santé. A son entrée à l'hôpital, M. Tennesson constata que la région vésicale, à la percussion, présentait une sonorité parfaite, qu'une sonde en gomme introduite dans la vessie ne donna issue a aucune goutte de liquide, et qu'il s'agissait, non pas d'une rétention d'urine, mais bien d'une anurie complète. Il pensa alors qu'il existait des calculs rénaux engagés dans les uretères. Ce malade n'avait jamais eu de coliques néphrétiques ni d'hématurie ; il n'avait pas de tumeur dans le ventre, rien de notable, ni du côté des poumons, ni du côté des voies digestives, ni du côté du système nerveux ; pas de rhumatisme ni d'alcoolisme. Ce malade, après être resté quinze jours sans présenter d'autre symptôme que cette anurie, et n'avoir, dans cet espace de temps, rendu dans un bain que la valeur d'un dé d'urine trouble et albumineuse, fut pris le 27, des premiers signes de l'urémie; à partir de ce moment, son état alla toujours en s'aggravant, et, cinq jours après, il succombait à cette urémie.

A l'autopsie, M. Tennesson trouva l'uretère droit complètement oblitéré par un calcul; l'uretère gauche était complètement libre, mais, dans un calice, se trouvait un calcul tout à fait libre qui, lorsqu'on l'engageait dans l'uretère, l'obstruait complètement.

En résumé, obstruction complète et ancienne de l'uretère droit par un calcul ; uretère gauche complètement libre, présence d'un calcul dans un calice.

Van Svieten a démontré que l'obstruction d'un seul uretère suffisait pour amener une anurie complète ; mais l'anurie, dans ce cas, n'est que passagère, et ne dure pas quinze jours de suite, comme chez le malade de M. Tennesson. Il est donc probable que l'uretère gauche se trouvait obstrué comme le droit, par le calcul trouvé dans le calice.

Il n'y a pas eu, jusqu'ici, de description bien complète de l'anurie calculeuse. M. Tennesson, rassemblant tous les faits épars dans la science, et les rapprochant du fait précédent, a cherché à combler cette lacune.

M. HÉRARD a été appelé en consultation auprès d'un malade atteint de coliques néphrétiques, et qui, depuis quatre jours, présentait une anurie complète, avec des accidents d'urémie déjà menaçants, vomissements, constipation extrêmement opiniâtre, etc. M. Hérard prescrivit des pilules qui lui avaient déjà plusieurs fois réussi en pareil cas, et qui sont composées de savon médicinal, de scammonée et d'huile de croton ; ces pilules amenèrent une évacuation abondante qui fut bientôt suivie de la disparition de tous les phénomènes d'urémie.

M. FERRANT croit plutôt qu'il s'agit, dans le cas de M. Tennesson, d'une anurie goutteuse que d'une anurie calculeuse ; en effet, un seul uretère était obstrué ; il n'y a pas eu de coliques néphrétiques, pas de symptômes d'obstruction proprement dite. Il semble donc qu'il y ait eu là une anurie d'origine goutteuse semblable à celle qui fut observée chez le docteur Bouley et sur laquelle M. Constantin Paul pourra donner des renseignements précis.

M. CONSTANTIN PAUL rappelle, en effet, que M. Bouley, qui était goutteux, n'avait jamais eu de coliques néphrétiques, ni de gravelle, ni de troubles nerveux d'aucune sorte lorsqu'il fut pris subitement d'une absence complète d'urination suivie de polyurie. Le lendemain l'urine cessa complètement d'être sécrétée, puis l'anurie dura jusqu'à sa mort, c'est-à-dire sept jours. Il n'eut pas de phénomènes urémiques bien nets, mais une agitation cardiaque excessive.

A l'autopsie, M. Constantin Paul ne trouva aucun obstacle matériel dans les voies urinaires ; M. Cornil fit l'examen histologique des reins et les trouva atteints de dégénérescence graisseuse.

On peut donc voir se produire brusquement chez les goutteux une anurie complète. Lorsqu'il y a des calculs chez eux, un seul suffit pour amener l'anurie ; un seul uretère étant obstrué mécaniquement, il semble que ce soit par action réflexe que l'autre cesse de fonctionner.

M. HÉRARD fait observer que, dans le fait dont il a parlé, le malade n'avait eu des coliques néphrétiques que d'un seul côté.

M. TENNESSON. M. Ferrant s'appuie, pour repousser l'idée d'une anurie calculeuse, sur l'absence de douleurs, de coliques néphrétiques ; mais il n'y a aucun lien nécessaire entre la présence de calculs et la colique néphrétique. En outre, le rein goutteux présente habituellement des infarctus d'urates de soude, de la néphrite interstitielle ; rien de tout cela n'existait chez le malade dont M. Tennesson a rapporté l'observation.

M. GUÉNEAU DE MUSSY fait observer que l'anurie peut exister sans qu'on s'en doute. Il rapporte l'observation d'une malade qui n'avait pas uriné depuis trois jours, qui alla même en soirée, prit froid et succomba trois jours après à tous les accidents d'urémie.

M. CONSTANTIN PAUL a vu chez une hystérique une anurie, bien réelle, se prolonger assez longtemps et se reproduire à plusieurs reprises sans donner lieu à des accidents d'urémie.

M. DUMONT-PALLIER demande à M. Tennesson si son malade n'avait pas eu de diarrhée. On sait, en effet, que Claude Bernard a démontré que, lorsqu'on fait la ligature des deux uretères chez les animaux, ceux-ci ne meurent pas toujours et ont alors une diarrhée abondante, si bien que c'est l'intestin qui devient la voie d'élimination de l'urée. Et même, en pareil cas, s'il y a des ulcérations intestinales, il se fait par ces ulcérations une absorption de l'urée qui donne lieu à tous les accidents connus.

M. TENNESSON répond que son malade n'a pas eu de diarrhée.

La séance est levée à cinq heures un quart.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Faculté de médecine de Paris.* — MM. Botet et Boutin sont prévenus qu'ils subiront le premier examen de doctorat (examen oral), le jeudi 27 février, à une heure précise (première série).

— La Faculté de médecine de Paris sera fermée les mardi 25, et mercredi 26 février, à l'occasion des jours gras.

(1) Fin. — Voir le numéro du 20 février 1879.

*Hospices civils de Rouen.* — Une place de médecin-adjoint des hôpitaux est mise au concours. Les épreuves commenceront à l'hospice général le jeudi 15 mai 1879, à trois heures. — Les candidats sont invités à s'inscrire à la direction des hospices, avant le 1[er] mai. Pour tous renseignements, s'adresser à M. Maupas, secrétaire-directeur des hospices à Rouen.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,** publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre. Le tome XXII de la première série, la deuxième partie du tome XII et la première partie du tome XIII de la deuxième série, la deuxième partie du tome VI de la troisième série et le tome III de la quatrième série, viennent de paraître aux libraires Asselin et Cᵉ et G. Masson.

Ils contiennent les principaux articles suivants : *Coxalgies*, par MM. Mathieu et Strauss; *Crachats*, par M. Zuber; *Crampes*, par MM. Zuber et Dechambre: *Crâne*, par MM. Pozzi, Gayraud, Legouest et Servier; *Nerveuses* (maladies), par M. Brochin; *Nerveux* (système), anatomie et physiologie, par MM. Renaut, Carlet et Franck; *Névralgie*, par M. Lereboullet; *Nez*, par M. E. Spillmann; *Sang* (anatomie et physiologie), par M. Carlet; *Sang* (pathologie), par MM. Gubler et Regnault; *Sang* (médecine l égale), par M. Tourdes; *Foie*, par M. Rendu; *Folies*, par M. Ritti; *Forces*, par M. Gavarret; *Forceps*, par M. Pinard. — Prix de chaque demi-volume : 6 francs.

**Manuel d'histoire médicale naturelle,** par le docteur J.-L. de Lanessan, professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris. Première partie : *Botanique*, 1 vol. in-18 jésus de 720 pages avec 450 figures dans le texte. — Prix de l'ouvrage complet : 14 francs. La 2ᵉ partie sera remise aux souscripteurs dans le courant du mois de mars 1879. L'ouvrage complet formera 1,500 pages avec 1,100 figures dans le texte. — Paris, Octave Doin.

**Traité de l'art de formuler,** comprenant : 1° un abrégé de pharmacie chimique; 2° un abrégé de matière médicale; 3° un abrégé de pharmacie galénique, par M. Yvon, pharmacien de première classe, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 550 pages. — Prix : 7 fr. 50 c. — Paris, Asselin et Cᵉ.

**Des amblyopies et des amauroses toxiques,** par le docteur Galezowski, professeur libre d'ophthalmologie. 1 volume in-8°. — Prix : 3 fr. 50 c. — Paris, Asselin et Cᵉ.

**La Propylamine, la triméthylamine et leurs sels,** par le docteur Da Costa Alvarenga, professeur à l'École de médecine de Lisbonne; traduit du portugais, par le docteur Mauriac (de Bordeaux), in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

**Recherches sur quelques points de l'action physiologique et thérapeutique de la digitale,** par le docteur Fagart. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

**Les affections du foie,** par le docteur Quinquand, médecin des hôpitaux. Premier fascicule. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

**Hémiplégie faciale, paralysie de la septième paire;** essais de séméiotique, par le docteur Augé. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

**Le Climat de Menton,** son influence sur le traitement de la phthisie pulmonaire, étude clinique accompagnée de statistiques et d'observations météorologiques, par le docteur Jacques-François Farina. — 1 vol. in-12, avec une carte. — Prix : 2 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

**Conséquences cliniques de la déshydratation du sang,** par le docteur Paul Berdinel. In-8°. — Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, Asselin et Cᵉ.

**De la syphilis infantile acquise,** par le docteur Pontet. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vᵉ A. Delahaye et Cᵉ.

Le Directeur : Dʳ E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7862.

N° 24. — JEUDI 27 FÉVRIER 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 27 FÉVRIER 1879. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Fauvel, inspecteur général des services sanitaires, sur les instances réitérées de ses confrères de l'Académie, s'est décidé à prendre la parole pour répondre à cette question : La peste qui règne en ce moment dans la Russie d'Asie menace-t-elle l'Europe?

Dissiper des terreurs sans base ou pour le moins prématurées, tel est le but qu'il s'est proposé dans ce discours. Nous en reproduisons textuellement au compte-rendu les dernières pages dans lesquelles il résume et précise ses appréciations sur l'état actuel de la question au point de vue du danger éventuel de propagation vers la France.

Suivant M. Fauvel, la peste est une maladie beaucoup plus tenace que le choléra dans les pays occupés par elle, mais beaucoup moins envahissante, moins susceptible de se propager en peu de temps sur un vaste rayon.

Après avoir longtemps persisté en Asie-Mineure et en Égypte, elle avait fini par s'y éteindre si complètement que pas un seul cas n'en avait été observé dans ces contrées, pas plus que dans aucune province turque, depuis l'année 1844.

Puis, en 1868, elle reparut subitement, d'une manière inattendue, dans la province de Benghasi, sur le plateau de l'ancienne Cyrénaïque. La dernière peste y remontait à quarante ans, et la maladie n'existait nulle part ailleurs au moment de sa réapparition; elle pourrait être d'autant mieux considérée comme spontanée qu'une famine épouvantable, dévastant ce pays, prédisposait à toutes les épidémies. La peste de Benghasi s'éteignit sur place, mais depuis lors d'autres manifestations épidémiques de la peste se sont montrées sur divers points de l'Orient, à Mokin, sur les confins de l'Arménie en 1862, dans la province de Bagdad en 1867, dans le Kurdistan persan en 1870, dans la Mésopotamie en 1872 et années suivantes jusqu'en 1878, en Arabie en 1874; la même année une seconde fois dans la province de Benghasi; enfin à Recht, au nord de la Perse, en 1877. Recht n'avait pas eu la peste depuis plus de quarante ans. Toutes ces épidémies formèrent des foyers distincts dont plusieurs étaient séparés par de grandes distances et sans rapports appréciables entre eux.

C'est au milieu de ces circonstances que la peste a fait son apparition en novembre de l'année dernière dans les provinces russes d'Asie.

La maladie a d'abord éclaté à Vetlianka, village de dix-huit cents âmes, peuplé de Cosaques se livrant à la pêche. Ce village est situé sur la rive droite du Volga, à deux cents verstes (environ trois cents kilomètres) en amont d'Astrakan. C'est une localité misérable, réputée pour son insalubrité. La peste y a-t-elle été importée ? C'est probable. Elle régnait déjà à l'état épidémique sur le littoral de la mer Caspienne, à Recht, ville persane qui, par le port d'Ensalli, a des communications incessantes avec la Russie.

De Vetlianka l'épidémie a gagné rapidement les localités voisines, placées dans des conditions analogues, et, en remontant le Volga, elle n'était plus, aux dernières nouvelles, qu'à une petite distance de la ville de Tzaritzin. Cette ville, située sur la rive droite du Volga, est l'aboutissant des chemins de fer de Moscou et de Taganrog. Elle paraît avoir été épargnée jusqu'ici, et de grands efforts sont faits dans ce but. C'est là que la commission envoyée sur le théâtre de l'épidémie a installé son quartier général. A Tzaritzin, si elle finissait par envahir cette ville importante, la peste pourrait rayonner par le chemin de fer de Moscou vers le centre même de la Russie et, par celui de Taganrog, vers le littoral de la mer d'Azoff et de la mer Noire. C'est alors, mais seulement alors, que l'Europe serait en danger. M. Fauvel a raconté d'une façon vive et spirituelle l'origine et les résultats de la panique générale qui a fait presque en même temps rétablir des quarantaines très-sévères dans presque tous les ports de la Méditerranée. Le point de départ a été l'Autriche, où un cas de typhus exanthématique a été pris pour un cas de peste noire. M. Fauvel s'est élevé contre la pensée que jamais le typhus pût engendrer la peste. Il a rappelé à cette occasion les grandes épidémies de typhus qui se sont produites en Turquie lors de la guerre de Crimée, lors de l'émigration des Tartares Noguis, lors de l'arrivée des Circassiens, lors de la dernière guerre. Toutes ces épidémies se sont éteintes à peu près sur place, et jamais la peste ne s'en est suivie. Il n'y a donc pas lieu d'établir des quarantaines contre le typhus.

Dr Victor REVILLOUT.

### HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Depaul.

**De l'accouchement prématuré artificiel. — Des divers moyens à l'aide desquels on peut le provoquer.**

Nous avons au n° 5 de la salle une malade à l'occasion de laquelle je me propose de vous entretenir des divers moyens à l'aide desquels on peut obtenir l'accouchement prématuré artificiel.

C'est une femme rachitique qui a un bassin de 8 centimètres environ dans le diamètre antéro-postérieur. Dans une situation pareille, il est évident qu'il n'y a qu'une chose à faire dans l'intérêt de cette malade : pratiquer l'accouchement prématuré. Si, en effet, nous la laissions aller à terme, il est très-probable que l'accouchement n'aurait lieu qu'à l'aide d'une opération grave, importante, qui pourrait avoir des conséquences fâcheuses pour la mère et dont le premier effet serait la mort de l'enfant.

Examinons donc quels sont les différents procédés à l'aide desquels on peut provoquer l'accouchement prématuré; puis, parmi ceux-ci, voyons celui auquel nous devons nous arrêter de préférence.

L'accouchement prématuré artificiel est destiné, comme vous le savez très-bien, à sauvegarder également l'intérêt de la femme et de l'enfant. Il diffère en cela de l'avortement qui n'est pratiqué le plus ordinairement que dans un but coupable et qui est toujours préjudiciable au produit de la conception. Ici, au contraire, on a pour but de faire naître l'enfant moins gros que si on le laissait aller à terme, assez développé pourtant pour qu'il soit viable, et faciliter ainsi son expulsion à travers des parties rétrécies et incapables sans cela de lui livrer passage.

Il n'est pas besoin de vous dire que plus l'accouchement provoqué a lieu à un moment rapproché du terme de la grossesse, plus l'enfant est susceptible de vivre. A sept mois, il y a déjà quelques chances de vitalité; celles-ci augmentent à huit mois, à huit mois et demi, à mesure enfin que l'époque normale de l'accouchement approche. Quant à cette erreur répandue parmi les gens du monde et que partagent certains médecins, à savoir qu'un enfant qui naît à sept mois est plus viable que s'il naissait à huit, on se demande à quoi l'attribuer, quand on réfléchit que, pour que la vie extra-utérine puisse s'établir, il faut que le cœur, le cerveau, le poumon, etc., soient suffisamment organisés, et que, plus la grossesse est avancée et près de son terme, plus on a de chances pour que ces conditions indispensables se trouvent réalisées.

Quand on a décidé que l'on ferait accoucher une femme prématurément, il ne suffit pas d'avoir calculé que, à telle époque, la tête sera juste assez grosse pour franchir l'obstacle que lui oppose le bassin rétréci, pour se croire assuré du succès. Il est, en effet, des causes d'erreurs que nul ne peut faire disparaître, que les plus expérimentés voient se dresser devant eux et auxquelles on doit toujours s'attendre. Car ce n'est pas seulement le passage de la tête qui, dans ces cas, fait la difficulté : ce sont également toutes les complications possibles que l'on observe si fréquemment lors de l'accouchement normal, chez les femmes atteintes de rétrécissement du bassin et qui rendent extrêmement incertaine la naissance d'un enfant vivant. Une main, un pied, le cordon, peuvent faire procidence et constituer autant d'obstacles imprévus. Ces éventualités même sont tellement fréquentes que, d'après une statistique que j'ai recueillie dans cette clinique même et portant sur quarante-six cas d'accouchement prématuré que j'ai provoqués dans des bassins variablement rétrécis, j'ai noté cinq fois la procidence du cordon, trois fois celle du bras, une fois celle du pied, c'est-à-dire que dans neuf cas il y a eu des procidences.

Que faire, par conséquent, si par malheur une de ces complications vient à surgir? Car vous savez ce que ces accidents ajoutent de gravité à la terminaison de l'accouchement. Si c'est le cordon, par exemple, qui fait procidence, la vie de l'enfant est compromise et dès lors votre but est à moitié manqué.

Puis, comme je viens de vous le dire, croyez-vous que, dans tous ces cas, les enfants sortent toujours naturellement, sans qu'une intervention soit nécessaire? Pas du tout. Si je consulte ma statistique, je trouve, en effet, que, dans ces quarante-six observations, seize fois seulement l'accouchement s'est fait spontanément et que dans quinze cas j'ai dû appliquer le forceps, dans sept faire la version, et dans huit la craniotomie.

Enfin vingt-deux sont nés vivants et vingt-quatre sont morts. Ces chiffres vous montrent combien j'avais raison de dire qu'au point de vue du pronostic, l'accouchement prématuré artificiel n'était pas très-favorable, et qu'on ne parvenait à sauver par ce moyen qu'un nombre minime d'enfants.

Le pronostic n'est pas moins grave pour la mère, car je trouve, d'après ma statistique, que trente-cinq seulement sont sorties guéries de l'hôpital et que onze ont succombé.

Quoi qu'il en soit, si l'accouchement prématuré artificiel est une opération grave, il est des cas dans lesquels il rend de véritables services, et vous comprenez bien que, plus le bassin est grand, plus on a de chances de réussite. C'est même pour ne pas tenir compte des conditions dans lesquelles, sous le rapport du rétrécissement, le médecin pratique cet accouchement que l'on trouve de si grands écarts entre les données fournies par les diverses statistiques. C'est ainsi, par exemple, que je pratique l'accouchement à partir d'un rétrécissement de 5 centimètres et demi, tandis que M. Stoltz, par exemple, ne le pratique à Strasbourg qu'à partir de 7 centimètres. Rien d'étonnant par conséquent à ce que les résultats obtenus soient différents. Et encore notez que cet écart n'est pas considérable, puisque, d'après la statistique dressée, en 1838, par le savant professeur de Strasbourg, la moitié des enfants ont succombé et l'autre moitié a survécu. Quant à la mortalité des mères, elle est un peu moins considérable, car M. Stoltz ne compte qu'un mort sur quinze, et vous venez de voir que, d'après ma statististique, la terminaison fâcheuse a eu lieu une fois sur dix.

L'accouchement prématuré artificiel est une opération ancienne. Généralement on l'attribue à Macaulay qui, en 1750, la pratiqua le premier en Angleterre. Mais il suffit de lire le mémoire que Cuzos, en France, a publié en 1743 sur les hémorrhagies pour voir qu'il a conseillé de pratiquer l'accouchement prématuré par une méthode particulière.

Depuis cette époque l'accouchement prématuré artificiel fut repoussé presque partout. Mme La Chapelle, Baudelocque, déclarèrent que c'était une opération immorale, et, en 1824, elle fut repoussée par un vote solennel de l'Académie de médecine.

Mais l'opinion ne tarda pas à revenir sur cette opération, et, parmi les premiers médecins qui, en France, se déclarèrent partisans de cette méthode, je vous citerai Stoltz,

Velpeau et Dubois : ce dernier surtout, qui, en 1834, dans sa thèse de concours, reprit la question et fit pénétrer définitivement cette opération dans la pratique française.

## HOPITAL COCHIN. — M. Desprès.

### Luxation ovalaire de la cuisse, plaie de tête, commotion cérébrale, réduction par le chloroforme.

(Observation recueillie par M. Ramonat, interne du service.)

Obs. I. — D... (François), âgé de soixante-dix-huit ans, maçon, entre à l'hôpital Cochin le 31 décembre, matin. Ce même jour, vers huit heures, il est tombé de la hauteur d'un quatrième étage, l'échafaudage sur lequel il se trouvait ayant croulé. Il a été relevé de suite du milieu des planches et des briques tombées avec lui. Il avait perdu connaissance et n'est revenu à lui qu'au bout de dix ou quinze minutes environ.

Transporté à l'hôpital, il n'a pu donner aucun détail sur la façon dont s'est effectuée la chute, ni indiquer s'il était tombé sur la tête ou sur les pieds.

A son arrivée, on constate les lésions suivantes :

A la tête et du côté gauche, une vaste plaie contuse du cuir chevelu, longue d'environ 8 ou 10 centimètres, dirigée d'avant en arrière presque parallèlement à la ligne médiane. Le lambeau externe est décollé sur une étendue de plusieurs centimètres carrés.

A la face, l'œil gauche est atteint; le sourcil est saillant, ecchymosé; la conjonctive palpébrale et oculaire est soulevée par un épanchement sanguin considérable.

Le chémosis est considérable et cache presque entièrement la cornée.

La lèvre supérieure présente une déchirure verticale de plus de un centimètre et demi, comprenant presque toute l'épaisseur de celle-ci. Des fragments de briques retirés de cette plaie font supposer que cette partie-là n'a pas porté sur le sol, car ces briques sont tombées en même temps que le malade.

Rien d'appréciable extérieurement du côté du thorax et de l'abdomen. Une douleur sourde et généralisée occupe ces régions.

Le scrotum est contusionné et présente plusieurs éraflures, surtout du côté gauche. Il est douloureux et distendu par un épanchement sanguin considérable.

Rien de particulier du côté des membres supérieurs.

Les membres inférieurs ne présentent pas de plaies, mais celui de gauche attire tout de suite l'attention par sa position particulière. Il est placé dans l'abduction, légèrement fléchi et dans la rotation en dehors. Il est impossible de le rétablir dans sa position primitive et ces tentatives sont douloureuses. Le membre paraît allongé, surtout la cuisse, et l'on sent au-dessous de la branche ilio-pubienne, surtout si l'on exagère l'abduction et la rotation en dehors, une saillie manifestement formée par la tête fémorale; le grand trochanter paraît moins saillant.

Le malade paraît très-déprimé; il répond assez mal aux questions qu'on lui pose, car il est encore sous l'influence du traumatisme.

A l'entrée du malade, l'interne de garde fait appliquer, suivant l'habitude du service : cataplasmes sur la plaie de tête, sur le scrotum et sur la lèvre dont on réunit les deux bords de la plaie au moyen de deux épingles et d'une suture entortillée.

Le lendemain, à la visite, M. Desprès pose le diagnostic : luxation ovalaire. A dix heures et demie, M. Desprès fait porter le malade à l'amphithéâtre et le soumet, malgré le danger qu'entraîne l'état du malade et sa commotion cérébrale, à la chloroformisation. En procédant avec toutes les précautions que nécessite l'état de dépression dans lequel se trouve le malade, on l'endort jusqu'à la résolution complète, et cela au bout de dix minutes environ; le malade, après une courte période d'agitation, tomba dans la résolution complète.

Le membre est alors ramené dans sa position normale et un aide pratique une traction modérée. La contre-extension est pratiquée sur la partie droite du bassin au moyen d'une alèze passée entre les cuisses et tenue par un aide. M. Desprès, au moyen d'une serviette, s'apprêtait à attirer la cuisse en dehors. En moins de temps qu'il n'en faut pour décrire ces manœuvres, le fémur avait repris sa situation normale, et la rentrée de la tête dans la cavité cotyloïde avait été accompagnée d'un bruit caractéristique. La traction dans l'extension avait suffi seule. On rapporte le malade dans son lit et on le laisse sans aucune espèce d'appareil. Le lendemain, de légers mouvements étaient déjà possibles sans provoquer une douleur bien vive.

Au bout de trois jours, les mouvements communiqués de flexion ne sont plus douloureux. Le malade peut même, sans beaucoup de peine, soulever lui-même sa jambe.

Le traitement indiqué plus haut est continué pour les autres plaies.

A la date du 6 février, la plaie de tête est presque entièrement cicatrisée. L'œil est revenu à l'état normal, sauf une légère teinte jaunâtre de la conjonctive, derniers restes de l'épanchement sanguin. Le scrotum est normal. La plaie de la lèvre est complètement cicatrisée.

Le malade se lève depuis le 1er février. En s'aidant un peu, il peut se tenir debout et même marcher. Les mouvements de flexion sont faciles et nullement douloureux. Seuls les mouvements d'abduction et de rotation en dehors sont encore légèrement douloureux. Il sort guéri le 23 février.

M. Desprès nous a fait parvenir avec cette observation les réflexions suivantes :

Depuis le commencement de ma carrière, j'ai observé en tout huit luxations de la cuisse, une luxation iliaque ancienne datant de deux ans, une luxation iliaque récente, une luxation ilio-pubienne récente et cinq luxations ovalaires, dont une ancienne datant de deux mois. (Voir la *Gazette des hôpitaux*, année 1879, p. 133.) Toutes les luxations récentes ont été réduites par le même procédé, la chloroformisation et les tractions dans l'extension, et je n'ai jamais été obligé de m'y reprendre à deux fois; les malades ne se sont pas réveillés avant que la luxation fût réduite.

Quatre cas de luxation ovalaire sont assez rares dans la vie d'un chirurgien pour que l'on en profite, afin de couler à fond une question relative à cette luxation, le meilleur procédé de réduction.

Le lecteur a vu plus haut la dernière observation recueillie. Elle montre jusqu'à quel point, chez un malade qu'il était dangereux d'endormir, le chloroforme et de simples tractions dans l'extension ont donné un bon résultat. Malgré ses soixante-dix-huit ans, le malade était robuste et bien musclé, et c'est même ce qui explique pourquoi, à un âge aussi avancé, il s'était produit une luxation plutôt qu'une fracture.

Des trois autres observations, une a déjà été publiée. (*Gaz. des hôp.*, 1865, p. 222.)

Obs. II. — Il s'agissait d'un charretier, âgé de cinquante-neuf ans, qui, en déchargeant des tonneaux, était tombé les jambes écartées. Quelques heures après la production de cette luxation ovalaire à droite, j'avais constaté entre autres signes de la luxation une saillie de la tête fémorale en avant de l'ischion sous les muscles adducteurs. La réduction a été obtenue à l'aide du chloroforme. La contre-extension était faite à l'aide d'une alèze placée entre les cuisses; deux aides tirant sur le pied ont fait l'extension et le chirurgien avec son bras attira la cuisse en dehors, en développant une force peu considérable; la tête reprit sa place avec bruit. Il sortit de l'hôpital guéri, dix jours après l'accident.

Obs. III. — La deuxième observation a trait à un mécanicien âgé de quarante-sept ans qui fut pris, il ne savait comment, dans

une courroie de transmission. Il entra à l'hôpital Cochin vingt heures après l'accident, le soir du 22 juillet 1872. Le 23, je diagnostiquai une luxation ovalaire du côté gauche. Membre dans l'abduction et la flexion et rotation en dehors, avec saillie peu appréciable de la tête à la région pectinéale. Ce malade avait beaucoup d'embonpoint. Chloroformisation jusqu'à résolution complète. Traction dans l'extension par deux aides tirant sur le bas de la jambe pris à pleines mains. Contre-extension avec une alèze tenue par un aide et passant entre les cuisses. Le chirurgien attire avec le bras la cuisse en dehors. Réduction avec bruit. Le malade sort de l'hôpital guéri le 10 août.

Obs. IV. — La troisième observation est celle d'un garçon de vingt-deux ans, cultivateur des environs de Sceaux, qui, en cueillant des cerises, avait dégringolé de branche en branche, le 21 juillet 1878. On l'apporte à l'hôpital Cochin le 22 juillet, à l'heure de la visite; nous constatons tous les signes d'une luxation ovalaire droite. La cuisse formait un angle presque droit avec le tronc et le membre était dans l'abduction forcée et la rotation en dehors. Le talon était presque au niveau du genou gauche. La tête du fémur faisait une forte saillie à la région de la fosse ovale très en dedans de l'ischion. C'était le spécimen le plus complet de la luxation ovalaire.

Ce malade fut chloroformisé jusqu'à résolution complète et les tractions furent faites de la manière suivante: contre-extension à l'aide d'une alèze passée entre les cuisses et tenue par un aide; extension par deux aides tenant la jambe et le pied à pleine main. Le chirurgien attira le membre en haut et en dehors à l'aide d'une serviette pliée en cravate et formant un anneau passé autour de la cuisse du blessé et du cou du chirurgien. Une première traction ne faisant pas bouger la tête, le chirurgien, réparant un oubli, fait lâcher tout et fait exécuter alors des mouvements d'extension et de flexion forcée. Puis les tractions sont reprises et en quelques secondes la tête rentre avec bruit dans la cavité. Le malade sort de l'hôpital guéri le quatorzième jour.

De ces quatre faits, dont le premier est certainement le plus remarquable à tous égards, on peut tirer cette conclusion que j'avais déjà tirée en 1865: c'est que, quand les malades sont bien endormis, la luxation se réduit avec la plus grande facilité par des tractions dans l'extension modérée et une traction latérale plus modérée encore, car c'est moi-même qui ai toujours fait cette traction latérale, et je n'ai pas reçu de la nature une somme de forces égale à la moyenne des hommes. Dans notre première observation, il est facile de voir que nous n'avons pas même eu le temps de faire la traction du membre en dehors, et la luxation s'est très-bien réduite néanmoins et très-rapidement.

Malgaigne a écrit, à propos de la réduction des luxations ovalaires, que c'était un non-sens de tirer sur un membre déjà allongé. Théoriquement il avait raison, mais pratiquement il avait tort.

Mes quatre luxations ovalaires ont été réduites par des tractions dans l'extension et trois fois aidées par une traction en dehors avec le bras ou une serviette. Il y a lieu de penser que le col du fémur dans la luxation du fémur enclave le bord de la cavité cotyloïde et que la traction a pour effet unique d'écarter le col du sourcil cotyloïdien. Mais il serait peut-être injuste de penser que la traction dans l'extension est le seul agent de la réduction. Le seul fait de rapprocher la cuisse luxée de la cuisse saine pour faire la traction dans l'extension est un commencement de réduction. J'ai bien remarqué que dans ce mouvement, exécuté pendant que le malade est bien chloroformisé, la tête se rapproche singulièrement de la cavité cotyloïde. L'extension écarte les surfaces articulaires sur le point d'être placées au contact normal, et alors, au moindre mouvement de traction, de rotation communiqué au pied ou d'abduction faite par le chirurgien, la réduction s'accomplit avec la plus grande rapidité.

J'ajouterai que ce procédé met à l'abri des transformations de la luxation qu'ont obtenues déjà plusieurs chirurgiens lorsqu'ils employaient le procédé de Desprès mon père, procédé excellent et précieux lorsque nous n'avions pas à notre disposition le chloroforme. Quoique Dolbeau, élève de Desprès, ait recommandé la généralisation de ce procédé, quoique M. Bigelow ait aussi recommandé le procédé français sans en signaler l'origine, il ne faudrait pas méconnaître qu'il expose à la transformation des luxations, et que, comme le procédé de Mothe pour la luxation de l'épaule, il exige beaucoup de force chez le chirurgien.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Vidal.

### Du lupus.

I

Les Grecs connaissaient déjà le lupus vulgaire. Galien paraît l'avoir bien décrit sous le nom de « dartre rongeante ».

Il emploie déjà ce terme de *lupus*, si pittoresque, qui mérite d'être conservé, quoiqu'il ne définisse pas l'affection, mais parce qu'il désigne quelque chose de bien net, quelle que soit la théorie par laquelle on l'explique. Depuis Paracelse, la plupart des dermatologistes modernes l'ont conservé. Alibert, Huguier, etc., l'ont appelé lupus æsthiomenos, nom qui a été conservé au lupus des organes génitaux de la femme.

Bazin cherche la diathèse dont le lupus est le symptôme; il en fait une scrofulide maligne, puis, voyant ses rapports et sa ressemblance avec certains accidents de la syphilis, il admet le lupus syphilitique.

Hardy en fait une scrofulide pouvant présenter deux formes différentes, érythémateuse et tuberculeuse. En effet, il y a deux formes principales du lupus, représentant les deux types extrêmes, l'une constituée par une simple rougeur, jusqu'à l'autre qui est tout à fait destructive et vorace. Entre ces deux formes extrêmes, nous trouvons tous les intermédiaires.

Toutes ces masses peuvent se grouper sous deux divisions: 1° Lupus érythémateux.

2° Lupus tuberculeux, comprenant deux variétés: *a*, lupus non exedens; *b*, lupus exedens.

I. *Lupus érythémateux.* — Cette forme est connue depuis peu de temps: ses lésions n'avaient pas fixé l'attention des premiers observateurs, car elle est assez rare; on en observe 8 cas pour 100 environ.

En 1845, Hébra distingua, sous le nom de séborrhée congestive le lupus érythémateux que Cazenave avait déjà désigné sous ce nom. Ce que Biett appelait lupus centrifuge n'était autre que le lupus érythémateux.

Cette modalité du lupus est caractérisée par son siège superficiel; lorsque le lupus sera plus profond, ce sera le lupus tuberculeux. Mais il ne faut pas croire que ce lupus érythémateux soit le début de la forme tuberculeuse; ce lupus reste localisé à la superficie et ne gagne pas la profondeur.

Il est constitué par une rougeur, une coloration rosée, apparaissant en un point, généralement sur la face, les joues ou le nez.

Ce point rouge grandit et persiste ; après quinze ou vingt jours, tout autre érythème aurait disparu. Lorsqu'on saisit la peau entre les doigts, on la sent épaissie, infiltrée.

Cependant la tache rouge gagne en étendue. C'est ordinairement chez des sujets de quinze, dix-huit, trente ans qu'on observe cette affection.

Plus tard, la tache a envahi toute une joue, puis le nez : c'est une congestion nettement limitée, tranchant par sa rougeur sur la coloration rose des parties voisines. Elle peut être tuméfiée, c'est le lupus congestif ; elle peut rester simple, sans tuméfaction. Une autre forme, le lupus tumidus, est constituée par un état scléromateux, avec saillie prononcée et induration de la peau.

A un degré plus avancé, le diagnostic devient plus facile, et découle de certains signes pathognomoniques : on voit une plaque rouge, petite, du diamètre d'une pièce de deux francs ; son centre pâlit, blanchit, s'affaisse, laissant une cicatrice lisse, autour de laquelle reste une auréole rouge, dont la coloration est surtout accentuée sur les bords, au voisinage de la peau saine. C'est là le type du lupus érythémateux, s'étendant par ses bords, se cicatrisant au centre. La congestion périphérique est intense ; à la loupe, on peut voir les arborisations vasculaires sillonnant toute cette surface.

La plaque érythémateuse est ordinairement le siège d'une desquamation ; l'épiderme tombe, à la suite des mauvaises conditions de sa nutrition. Cette exfoliation peut prendre des formes différentes : tantôt elle est pityriasique, sous forme de desquamation blanchâtre, souvent grisâtre, quelquefois noire (pityriasis nigra), tantôt psoriasique en lamelles (lupus psoriasiforme) ; parfois, le lupus étant exclusivement de nature psoriasique, à la face, les malades, excités par les démangeaisons, le frottent et le grattent continuellement, et lui font perdre son caractère spécial.

On voit parfois, avec le lupus érythémateux, non tuberculeux, se faire une sécrétion, formant une crasse, une croûte jaunâtre, grasse, se malaxant facilement sous le doigt : c'est une hypersécrétion des glandes sébacées ; on l'observe surtout sur les bords du nez, où elles sont le plus abondantes. Si l'on enlève cette sécrétion, on constate qu'elle est adhérente, qu'elle se prolonge en s'enfonçant dans les orifices des glandes sébacées. Un peu plus tard, la sécrétion se modifie, ressemble à de la craie ; l'élément épithélial domine, à la place de la graisse : la desquamation devient pulvérulente. En grattant la surface, on fait apparaître une poussière analogue à de la craie en poudre (herpès crétacé de Devergie). A ce moment, la glande est déjà atrophiée, sa sécrétion diminue, reste sèche. Ces deux variétés d'une même complication du côté des sécrétions constituent le lupus *acnéique ;* il porte généralement sur la peau, et y produit des cicatrices déprimées. Ce lupus peut commencer d'emblée par la forme crétacée, ou bien survenir après le lupus érythémateux proprement dit.

La marche du lupus érythémateux est longue ; il tend à s'étendre par ses bords, en se cicatrisant au centre. Cette cicatrice centrale est lisse, superficielle, donnant à la peau un aspect luisant. En certains cas, le bord présente une teinte jaunâtre, sur laquelle on voit apparaître de petits points analogues à des grains de millet, transparents, mous, se laissant facilement dilacérer par l'aiguille ; ils sont enchâssés dans l'épaisseur du derme. C'est le lupus érythémateux qui devient lupus tuberculeux.

II. *Lupus tuberculeux.* — Cette forme débute d'emblée, par un tubercule qui se voit par transparence, comme un grain de millet ou une lentille ; plusieurs se réunissent, et constituent des plaques assez grandes, sans faire de saillie d'abord, puis, plus tard, prenant une épaisseur plus considérable (lupus hypertrophique) ou une apparence circinée avec des bords fortement surélevés. Par leur marche confluente, les plaques deviennent un peu plus grandes ; elles s'exfolient en desquamation épidermique. Elles peuvent rester en cet état pendant plusieurs années. Alors le lupus peut encore guérir, sans suppuration, par le développement d'un tissu cicatriciel, plus ou moins réticulé, qui se déprime, assez superficiel, mais plus profond que celui du lupus érythémateux, et entremêlé de quelques brides conjonctives, surtout si le sujet n'a pas de tendance à la diathèse scrofuleuse.

Ce n'est pas là la forme la plus commune : ordinairement, cette variété de lupus tend à la suppuration, d'autant plus facilement que le sujet est plus rapproché de l'état scrofuleux. Alors l'ulcération se fait, soit en surface, lupus exedens superficiel, soit en profondeur, lupus vorax, pouvant faire disparaître, en quelques semaiues, l'aile du nez, le lobule, etc., à la suite de poussées suraiguës.

L'*anatomie pathologique* des deux formes de lupus montre que c'est la même néoplasie, la même organisation qui les caractérise ; elle ne varie que suivant le siège et le terrain sur lequel elle se développe.

Dans le lupus érythémateux, Hébra avait pensé que l'affection débutait par les glandes sébacées : nous les trouvons altérées, en effet, surtout dans la forme de lupus dite acnéique : leurs conduits excréteurs s'atrophient, sont coupés à leur pourtour, étranglés par la vascularisation de capillaires très-abondants, et la prolifération des cellules embryonnaires. Mais, si l'on examine avec soin, on voit que c'est au pourtour des capillaires que se fait la prolifération ; les cellules mêmes de l'endothélium y participent aussi. Ces cellules embryonnaires sont petites, réfringentes, mais notablement plus petites et plus réfringentes que la cellule de la néoplasie syphilitique.

L'altération des glandes sébacées et des follicules pileux s'explique facilement par le voisinage de ce lacis vasculaire autour duquel on observe cette prolifération ; on comprend qu'on ait d'abord regardé ces glandes comme point de départ de la lésion.

L'épiderme tend plus rapidement à subir l'exfoliation ; les glandes sébacées sont plus congestionnées, leur sécrétion est plus abondante : elles se remplissent de cellules troubles, granuleuses, qui se dessèchent et deviennent cornées.

Dans le lupus tuberculeux, nous observons aussi le même processus, le début par les vaisseaux et les lymphatiques ; mais la lésion existe plus profondément dans le derme. La superficie est relativement saine ; le processus se développe dans le réseau vasculaire sous-jacent aux papilles ; c'est là que la prolifération commence. Les cellules se groupent en certains points, sous forme de nodules, et non plus en nappe comme précédemment dans le lupus érythémateux. C'est, pour les deux variétés de lupus, la même différence que celle qui existe, dans la néoplasie syphilitique, entre la gomme nodulaire et la gomme en nappe.

Le lobule s'étend, et arrive vers la superficie : généralement, la lésion se trouve dans toute l'épaisseur du derme en même temps.

Lorsqu'il y a tendance à la cicatrisation, les cellules deviennent granuleuses : les unes se résorbent ; les autres

survivent, continuent leur processus dans le sens cicatriciel. Sous le microscope, on les voit, à toutes les périodes de leur organisation, de leur transition vers la fibre de tissu conjonctif.

Si, au contraire, l'affection marche vers la suppuration, on voit les leucocytes se mêler à ces cellules.

Enfin, outre ces deux sortes de cellules qui ne mesurent guère que 8 à 10 millièmes de millimètre, on rencontre encore des cellules géantes, mesurant de 20 à 40 millimètres ; elles sont analogues aux cellules géantes déjà observées dans le cancer.

C'est par ces trois groupes de cellules, et par leur siège sur le pourtour des vaisseaux, que se caractérise le lupus, au point de vue de l'anatomie pathologique,

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 février 1879. — Présidence de M. Henri Roger.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret approuvant l'élection de M. Maurice Raynaud, en remplacement de M. Hirtz, décédé. Sur l'invitation de M. le président, M. Maurice Raynaud prend place parmi ses collègues.

La correspondance non officielle comprend: 1° une lettre de remercîments de M. le docteur Frédet, professeur à l'École de médecine de Clermont, lauréat de l'Académie; 2° un mémoire manuscrit de M. le docteur Bougland, intitulé : *du Melaleuca Paraguayensis* et de son action thérapeutique.

### ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

Par l'organe de M. le rapporteur Goubaux, la commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Le Blanc; en deuxième, M. Trasbot; en troisième, M. Naucard.

Le nombre des suffrages exprimés étant de 70, majorité 40, M. Le Blanc obtient 40 voix; M. Trasbot, 30.

En conséquence, M. Le Blanc, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

### COMMUNICATION

M. Fauvel lit, au sujet de la peste de la province russe d'Astracan, une note fort intéressante, résumée par lui en ces termes :

« Il reste encore des doutes sur le caractère essentiel de la maladie qui règne en Russie, près des embouchures du Volga, et sur son origine; mais la probabilité est que c'est bien la peste orientale.

« Nous ne tarderons pas d'ailleurs à être entièrement édifiés à ce sujet par le médecin distingué, M. le docteur Zuber, que le gouvernement français a envoyé sur le théâtre de l'épidémie. Je compte beaucoup sur son appréciation, car je me défie un peu des subtilités allemandes en matière de peste. En attendant, nous savons que l'épidémie ne s'est pas jusqu'à ce jour étendue au-delà du cordon établi autour de son foyer primitif, et nous pensons que, grâce aux mesures adoptées, il y a lieu d'espérer qu'elle y sera étouffée.

« S'il en était autrement, l'Europe occidentale serait surtout menacée du côté des provinces danubiennes et par les provenances de la mer d'Azoff et de la mer Noire. La menace serait plus dangereuse encore si les provinces turques d'Europe venaient à être envahies par la peste; mais dans ces différents cas l'Europe et surtout la France seraient suffisamment garanties par de rigoureuses mesures préventives pour n'avoir rien à craindre de l'invasion de la maladie.

« Quant à la question importante du moment, celle de savoir si les soupçons de peste dans les provinces turques méritent créance, nous croyons pouvoir affirmer, d'après des informations dignes de toute confiance, que ces soupçons ne sont aucunement fondés, qu'il n'existe dans ces provinces que de petits foyers de typhus en voie d'extinction, foyers reliquats des grandes épidémies de l'année dernière.

« Enfin, nous ajouterons que l'expérience a montré que la peste ne procédait pas du typhus exanthématique, quelque graves qu'en fussent les manifestations épidémiques, et que par conséquent les soupçons conçus par le fait de quelques reliquats de typhus en Turquie ne sont nullement justifiés.

« En terminant, je ne puis m'empêcher de déclarer qu'autant je suis partisan convaincu des mesures de quarantaine appliquées convenablement et à propos, autant je suis opposé à celles qui n'ont pas leur raison d'être. »

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

---

Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner des récompenses aux membres des conseils d'hygiène et de salubrité qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1876.

*Médaille d'or* : M. Girardin, directeur de l'École des sciences et des lettres de Rouen ; rapport remarquable sur des plaintes formulées contre une fabrique de produits chimiques; travaux antérieurs très-distingués.

*Rappel de médaille d'or* : M. Meurein, de Lille, membre du conseil d'hygiène, et inspecteur de salubrité du département du Nord ; nombreux et remarquables rapports sur les établissements insalubres de ce département.

*Médailles d'argent* : 1. M. le docteur Bancel, à Melun, secrétaire du conseil de Seine-et-Marne ; rapport très-soigné sur la démographie de ce département.— 2. M. Barny, pharmacien à Limoges, secrétaire du conseil de la Haute-Vienne ; rapport général sur le conseil de ce département.— 3. M. Boutet, vétérinaire à Chartres, membre du conseil d'Eure-et-Loir ; a pris une part active aux travaux et aux discussions du conseil. — 4. M. le docteur Chartier, à Nantes, médecin des épidémies, professeur à l'École de médecine ; rapport intéressant sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la prison de Nantes. — 5. M. Hallez, professeur à la Faculté de médecine de Lille ; rapport très-complet sur le système des fosses d'aisances de l'hôpital Sainte-Eugénie, à Lille. — 6. M. le docteur Manouvriez fils (de Valenciennes); rapports très-étendus sur des épidémies de fièvre typhoïde et de variole (Nord). — 7. M. le docteur Maurin (de Nice), secrétaire du Conseil ; rapport très-complet sur les modifications à apporter au système d'évacuation des fosses d'aisances de la ville de Nice. — 8. M. le docteur Alphonse Maurisset fils (de Vannes) ; rapports nombreux ; part active et dévouée aux travaux du conseil. — 9. M. le docteur Mignot, secrétaire du conseil de la Nièvre ; rapport sur les eaux minérales de ce département. — 10. M. le docteur Riembault (de Saint-Étienne) ; rapports distingués sur la catastrophe du puits Jabin, sur l'influence d'un égout, sur la mortalité de la population de Saint-Étienne ; travaux antérieurs remarquables sur l'anthracosis des mineurs. — 11. M. Robineaud, pharmacien à Bordeaux; rapport intéressant sur un dépôt de dynamite. — 12. M. Soudan, capitaine d'artillerie ; rapport très-complet sur les effets de la dynamite (Hérault). — 13. M. le docteur Wintrebert (de Lille) ; rapport très-intéressant sur l'hôpital Sainte-Eugénie de Lille.

*Rappel de médailles d'argent.* — 1. M. le docteur Bouteiller, médecin en chef des épidémies à Rouen ; rapport sur la résistance comparative des arbustes au voisinage des fabriques de produits chimiques. — 2. M. Dumas, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; rapport intéressant sur une fabrique d'engrais. — 3. M. le docteur Évrard (de Beauvais) ; rapports nombreux et intéressants sur une épidémie de fièvre typhoïde, sur l'influence des

eaux stagnantes, etc. — 4. M. Lamotte, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, secrétaire du conseil départemental du Puy-de-Dôme; rapport très-intéressant sur la salubrité de la ville de Clermont. — 5. M. Martin Barbet, pharmacien à Bordeaux; rapport général sur les travaux du conseil d'hygiène; participation active à ces travaux. — 6. M. Métadier, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux; rapports nombreux (usines d'engrais chimiques, nouveau système pour la calcination des os, etc.). — 7. M. le docteur Nivet, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, vice-président du conseil du Puy-de-Dôme; rapport important sur des papeteries. — 8. M. le docteur Alfred Pamard (d'Avignon); rapport intéressant sur l'hygiène scolaire. — 9. M. le docteur Félix Perret, professeur-adjoint à l'École de médecine de Rennes; rapport sur l'aménagement des eaux dans la ville de Rennes. — 10. M. le docteur Regnault, professeur à l'École de médecine de Rennes; rapport général sur les épidémies. — 11. M. Verrier, vétérinaire départemental, membre du conseil central de la Seine-Inférieure; rapport sur la falsification du lait.

*Médailles de bronze.* — M. Barbin-Fleury, pharmacien à la Rochelle; rapport sur les plaintes ayant été faites à propos d'eaux de puits altérées dans le voisinage de l'usine à gaz. — 2. M. le docteur Barberet, médecin militaire principal, médecin en chef des salles de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand; compte-rendu des maladies régnantes dans la garnison de cette ville. — 3. M. Caverne, pharmacien, secrétaire du conseil de l'arrondissement d'Avesnes. — 4. M. Delafond, secrétaire du conseil de l'arrondissement de Chalon-sur-Saône. — 5. M. Dieuzaide (Achille), de Lectoure; rapport sur l'épidémie de diphthérie. — 6. M. le docteur Duclos, de Méru; examen au microscope de l'eau de l'abreuvoir. — 7. M. le docteur Fouquet (de Vannes); rapport sur une épidémie de dysentérie. — 8. M. Philippe, vétérinaire, membre du conseil central de la Seine-Inférieure; rapport sur une fonderie de suif en feu et sur une demande d'atelier d'équarrissage. — 9. M. le docteur J.-L. Solier (de Castelnaudary); rapport sur l'insalubrité du bassin du canal du Midi.

---

Par arrêté ministériel, en date du 24 février, M. Wurtz, membre de l'Institut et doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, a été nommé président du comité consultatif d'hygiène publique de France.

— *Prix Aubanel.* — La Société médico-psychologique décernera un nouveau prix Aubanel, de la valeur de 2,400 fr., à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur la pathologie mentale ou sur la médecine légale des aliénés. — Les mémoires devront être adressés avant le 31 décembre 1880 à M. Motet, secrétaire-général de la société, rue de Charonne, 161, à Paris.

— M. le docteur Proust commencera, à Lariboisière, ses consultations pour les *maladies professionnelles* le mercredi 5 mars, à 9 heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7874.

N° 25. — SAMEDI 1er MARS 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 1er MARS 1879. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Chlorose et phthisie.

Il n'est pas toujours aisé de distinguer une vraie chlorose d'une chlorose symptomatique ou pseudo-chlorose, et de cette difficulté dans le diagnostic résulte souvent une difficulté non moins grande dans le traitement. M. Potain signalait récemment à l'attention de ses élèves une jeune femme couchée au n° 17 de la salle des femmes (Sainte-Adélaïde), qui semblait, au premier aspect, présenter un exemple-type de chlorose franche et sur le caractère de laquelle il y a eu lieu cependant d'émettre des doutes. Cette malade avait le teint caractéristique de la chlorose, une grande faiblesse, des palpitations, un état languissant général de toutes les grandes fonctions, des règles peu abondantes, un souffle veineux continu, intense, avec renforcement au cou, enfin une véritable hydrémie. En recherchant quelle avait pu être la cause de cet état, on n'en découvrait aucune. Il n'y avait eu précédemment aucun trouble notable des fonctions menstruelles, aucune impression morale vive, rien dans les antécédents qui pût expliquer le développement de cette affection. D'un autre côté l'état de maigreur de la malade portait à penser que cette chlorose pourrait bien être symptomatique d'une tuberculose latente, qu'aucun autre symptôme n'avait fait soupçonner jusque-là. Il n'est pas rare, en effet, de voir dans des familles de tuberculeux des jeunes filles devenir chlorotiques sans qu'aucune des causes ordinaires de la chlorose soit intervenue, et qui restent telles, sans devenir jamais tuberculeuses, comme si chez elles l'influence héréditaire se bornait à cette manifestation chlorotique. Tel est en particulier le cas d'une jeune fille qui vient depuis longtemps à la consultation pour se faire soigner d'une chlorose très-intense et qui n'a présenté jusqu'à présent aucun signe de tuberculose, bien qu'elle appartienne à une famille dans laquelle on compte un grand nombre de tuberculeux. Chez cette jeune fille, il semble que la tuberculose existant en puissance ne se soit jamais manifestée jusqu'à présent et ne doive peut-être jamais se manifester par d'autres phénomènes que ceux de la chlorose.

C'est dans ces sortes de chloroses liées à une diathèse tuberculeuse manifeste ou latente que les préparations ferrugineuses sont non-seulement mal supportées en général, mais même nuisibles et quelquefois pernicieuses. On n'a pas oublié avec quelle insistance Trousseau revenait souvent, dans ses cliniques, sur les dangers du fer dans la fausse chlorose, dans l'anémie tuberculeuse en particulier, et avec quelle énergie il en proscrivait l'usage, l'expérience lui ayant appris que le fer réveille la diathèse tuberculeuse endormie et en facilite les manifestations.

On a pu voir un exemple frappant de cette résistance au fer et aux stimulants chez une autre malade également chlorotique qui avait été longtemps traitée sans aucun avantage par les ferrugineux et chez laquelle on constata, au moment où elle fut amenée dans le service, une très-grande fréquence du pouls avec une élévation notable de la température (40°). On ne trouvait rien à l'auscultation. Malgré cette absence de signes stéthoscopiques, M. Potain n'en porta pas moins un pronostic grave. Il a appris plus tard que cette malade avait succombé aux progrès rapides d'une phthisie granuleuse.

Pour en revenir à la malade du n° 17, à raison de l'absence de tout renseignement précis sur l'étiologie et de ce qu'il y a de douteux dans ses antécédents, il était important de s'assurer de l'état de sa poitrine. L'examen le plus attentif n'a fait constater autre chose qu'une légère diminution dans la sonorité de la poitrine et dans l'intensité du bruit respiratoire. Ce n'était pas assez pour se prononcer, une simple nuance dans l'intensité de la résonnance thoracique et de la respiration ne permettant pas de baser un diagnostic. Mais c'était assez néanmoins pour donner l'éveil. Il y a donc lieu, dans ce cas, de se tenir dans une sage réserve pour les moyens thérapeutiques à mettre en usage et de ne pas perdre de vue cette malade, son affection étant de celles qui peuvent conduire, d'un moment à l'autre, à la phthisie tuberculeuse, bien qu'on n'en trouve jusqu'ici aucun des signes caractéristiques.

### Laryngo-bronchite généralisée, sèche; congestion pulmonaire; asphyxie; lésions insolites.

Au n° 3 de la salle des hommes de ce même service de la clinique de l'hôpital Necker, s'est présenté un cas de maladie ambiguë qui s'est terminée d'une manière fatale et sur la nature de laquelle l'autopsie n'a pas jeté une suffisante

lumière. Ce fait nous a paru assez intéressant pour lui donner une place dans cette revue.

Il s'agit d'un homme qui est entré dans les salles de M. Potain présentant tous les signes d'une laryngo-trachéo-bronchite et de congestion pulmonaire. On n'entend point de râles dans la poitrine, obscurité du son et absence du bruit respiratoire à la base. Sans beaucoup de fièvre, sans douleur, sans autres symptômes généraux qu'une grande prostration, cet homme a fini par succomber aux progrès de l'asphyxie lente à laquelle il était en proie.

L'autopsie a révélé l'existence d'une rougeur générale de toute la muqueuse des voies aériennes, depuis le larynx, où l'on trouvait en outre une légère ulcération, mais sans œdème de la glotte, jusqu'aux dernières ramifications de l'arbre bronchique. La muqueuse était rouge et sèche; point de sécrétion bronchique. Les poumons étaient atélectasiés, affaissés sur eux-mêmes et comme splénisés, à cette différence près toutefois avec la véritable splénisation qu'ils n'étaient ni fermes ni crépitants. Ils étaient insufflables et on en exprimait par pression un liquide sanguinolent. Le long des bords des deux poumons on sentait de petits noyaux durs. C'étaient de petits noyaux de pneumonie lobulaire. Ainsi, bronchite capillaire sèche avec congestion pulmonaire et noyaux de pneumonie lobulaire sur les bords du poumon seulement, telles étaient les lésions principales qui rendaient compte à la fois de la mort par asphyxie, l'afflux du sang n'ayant pas permis l'accès suffisant de l'air dans les vésicules pulmonaires, et de l'absence de tout bruit, râles ou ronchus pendant la vie, la muqueuse bronchique n'étant ni tuméfiée ni tapissée de mucosités.

Mais ce n'était pas tout : l'autopsie révéla, en outre, une intumescence avec ramollissement de la rate, et l'existence d'un abcès qui commençait à se former dans le tissu cellulaire voisin du larynx et de la trachée; c'était comme un manchon phlegmoneux qui enveloppait le larynx, la trachée et l'œsophage.

En présence de ces lésions qui sont ordinairement l'effet d'une maladie infectieuse, M. Potain a eu un moment l'idée qu'il aurait pu méconnaître l'existence d'une affection de ce genre, de la morve, par exemple, dont les symptômes auraient été masqués pendant la vie par le phénomène prédominant, l'asphyxie, qui fixait plus particulièrement l'attention. Mais rien dans les antécédents ni dans la position sociale du malade, qui était un employé du commerce, ni dans la symptomatologie, — il n'y avait eu ni jetage, ni douleurs articulaires, — ne justifiait cette hypothèse. Il a fallu en rester à cette simple constatation d'une laryngo-bronchite congestive avec ulcération de l'une des cordes vocales, ayant amené une asphyxie lente, avec des lésions cadavériques insolites.

**Des néphrites chez les vieillards atteints de fracture du col du fémur.**

En passant auprès du lit d'une femme âgée atteinte d'une fracture du col du fémur, M. Verneuil se borna à dire à ses élèves : Cette femme n'a point d'albumine dans les urines ni aucun autre signe d'affection des reins, elle n'a non plus aucun trouble fonctionnel du côté de la poitrine, elle guérira très-probablement de sa fracture. Il y avait dans ce peu de mots comme le résumé de toute une question, l'une des plus importantes de la pathologie médico-chirurgicale, la question de l'influence des états morbides antécédents ou actuels, diathésiques ou accidentels sur le traumatisme. Dans l'une de nos dernières Revues, à l'occasion d'un fait analogue, un cas de fracture du col du fémur, sur lequel M. Gosselin avait appelé notre attention, nous avons rappelé les avantages que présente la pratique simple, généralement adoptée aujourd'hui par les chirurgiens dans le traitement de ce genre de lésion, sur les anciennes méthodes de déligation si compliquées et si souvent funestes dans leurs résultats. Mais, si l'on doit à cette heureuse substitution d'avoir notablement diminué les chances de mort à la suite des fractures du col du fémur chez les vieillards, il reste encore néanmoins à se préoccuper au point de vue du pronostic de causes d'aggravation indépendantes du traitement; nous voulons parler des complications morbides ou de l'influence des états ou des dispositions pathologiques dans lesquelles se trouvaient les sujets au moment de l'accident. On sait le rôle important qu'on a fait jouer dans ces circonstances aux pneumonies hypostatiques; mais il est d'autres lésions antécédentes ou actuelles qui peuvent avoir des résultats aussi funestes, entre autres les lésions rénales. C'est à cette influence des affections rénales, si communes chez les vieillards et malheureusement trop souvent méconnues, sur la marche et l'issue de ces fractures, que M. Verneuil faisait allusion dans les quelques mots cités plus haut.

Un de ses anciens élèves, M. Damian, ayant fait sur son invitation quelques recherches sur ce sujet, en a consigné les résultats dans sa thèse inaugurale soutenue en 1876, sous le titre de *Contribution à l'étude du pronostic de la fracture du fémur chez les vieillards*. Voici trois observations intéressantes à ce point de vue, que nous empruntons à ce travail :

Le premier fait de ce genre que rapporte M. Damian est celui que lui a communiqué M. Lannelongue.

Il s'agit d'un vieillard, pensionnaire de Bicêtre, qui entra dans son service le 29 janvier 1874 pour une fracture du col du fémur gauche. Le malade, avant son accident, avait un peu de catarrhe vésical; mais, sauf cet état peu inquiétant de ses voies urinaires, il se portait fort bien. Bientôt après son entrée les urines devinrent purulentes, les douleurs hypogastriques et lombaires s'éveillèrent, la fièvre s'alluma, un épanchement articulaire dans le genou gauche se forma, et le malade mourut vingt-deux jours après son accident, emporté par une pyélo-néphrite suppurée.

Le fait suivant, recueilli par M. Damian dans le service de M. Le Dentu à la Salpêtrière, quoique moins concluant peut-être, est un exemple d'une influence analogue d'une affection antécédente des organes urinaires.

Une femme de soixante-quinze ans fait une chute sur la hanche, et il en résulte une fracture extra-capsulaire, qui l'oblige à se faire admettre dans le service de M. Le Dentu, le 3 février 1876. Pendant les quinze premiers jours, l'état de la blessée reste bon; mais, dans les premiers jours de mars, il survient de l'inappétence et de la constipation. Le 12 mars, l'état général est subitement aggravé. La température s'élève à 38°, le pouls à 108; abattement, soif vive, langue sèche ; état typhique, douleurs vives dans la région hypogastrique et dans les lombes; incontinence d'urine et des matières fécales ; énorme eschare au sacrum. L'urine, trouble, muco-purulente, contient des urates et de l'albumine.

Le 14, la malade a de l'insomnie, de l'agitation et du délire; température, 38°,2.

Le 15, tuméfaction dans la région parotidienne gauche ; température, 39°,5.

Les jours suivants, la malade tousse et va s'affaiblissant de plus en plus; le 23, elle tombe dans le coma et succombe le 24.

On trouve à l'autopsie 150 grammes de pus enkysté dans des fausses membranes, à la base du poumon droit.

L'examen des reins donne les résultats suivants : le rein droit est un peu volumineux; sa consistance est diminuée, il est atteint de dégénérescence graisseuse. Le rein gauche est également graisseux. La muqueuse vésicale est épaissie et ramollie.

Enfin, au niveau du foyer de la fracture, on trouve du pus dans l'articulation; les fragments osseux sont le siège d'une ostéomyélite qui s'étend le long du fémur.

Voici une troisième observation recueillie également par M. Damian, dans le service de M. Verneuil.

Une femme de quatre-vingts ans entra, le 25 février 1876, à la salle Saint-Antoine de la Pitié, pour une fracture intra-capsulaire du col du fémur, à la suite d'une chute sur la hanche gauche. Cette femme n'accusait aucune maladie antérieure; elle n'avait qu'un léger emphysème pulmonaire.

Son état général reste bon jusqu'au 6 mars. Ce jour là, elle est prise de fièvre, d'insomnie avec agitation, céphalalgie; la langue est sèche, la soif vive; rien dans les poumons; un peu d'albumine dans les urines; températ. 38°,8, le soir.

Le 7 mars, la fièvre est plus vive, la langue fuligineuse, il y a de l'œdème aux membres inférieurs; abattement; températ. 38°,2 le matin, 39° le soir.

Le 10, la température diminue; délire calme.

Le 11, en retirant la gouttière sur laquelle reposait le membre, on découvre une large eschare au sacrum; douleur lombaire vive; quelques râles muqueux abondants à la base des deux poumons; augmentation de l'œdème et de l'albuminurie.

Le 12, chute brusque de la température.

Le 15, prostration générale, affaiblissement des battements du cœur; altération du pouls.

Le 18, respiration anxieuse; coma.

La mort survient le 20.

A l'autopsie, on constate une congestion hypostatique aux bases, emphysème aux sommets; cœur normal; foie volumineux, friable, graisseux. Les deux reins sont atrophiés, d'une consistance friable, graisseux; adhérence de la capsule, qui est opaque et épaissie.

Bien que ces faits ne soient peut-être pas assez nombreux pour que l'on en puisse tirer des conclusions formelles, on peut toutefois s'en autoriser, comme l'a fait l'auteur de la thèse à laquelle nous les empruntons, pour considérer l'existence d'une lésion rénale quelconque, chez les sujets âgés atteints de fracture du col du fémur, comme une circonstance extrêmement aggravante, et qui jusqu'ici aurait amené constamment la mort dans le petit nombre de cas étudiés. On remarque, en particulier, dans cette dernière observation, que la mort semble avoir été déterminée par des accidents comateux qui ressemblent beaucoup aux accidents urémiques. La température, notée à plusieurs reprises, est tombée au-dessous de la normale, comme dans l'éclampsie albuminurique.

Dr Brochin.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**A propos du traitement du tænia par l'écorce de grenadier.** — Le docteur Giscaro, faisant l'étude comparative des principaux tænifuges, kousso, graine de courge, fougère mâle, écorce de racine de grenadier, conclut en affirmant plus que jamais l'efficacité de l'écorce de grenadier, qu'il cherche à réhabiliter dans l'esprit des praticiens.

Employée par l'auteur depuis plus de vingt ans, elle lui a constamment réussi.

Il se sert de l'écorce fraîche, autant que possible, en mettant aussi à profit la recommandation de M. Laboulbène, de ne donner le purgatif, l'huile de ricin, qu'après l'ingestion de l'écorce de grenadier, dès que le malade ressent un malaise, un pelotonnement particulier se passant dans l'intestin : de la sorte, on agit sur le tænia, alors qu'il est encore frappé, étourdi par l'action du médicament, et qu'il ne peut retrouver ses forces pour fixer sa tête sur l'intestin avec la grande puissance de fixation de ses ventouses. (*Revue méd. de Toulouse.*)

**Cancer de l'utérus, anurie par compression des uretères.** — M. Berdinel rapporte à la Société anatomique l'observation, recueillie dans le service de M. Desnos, d'une femme âgée de quarante et un ans, qui succomba à un cancer du col de l'utérus. Elle se plaignait d'uriner très-peu, la vessie était cependant à peu près vide. Cet état dura quatre ou cinq jours pendant lesquels on constata une absence persistante de miction, sauf quelques grammes obtenus par le cathétérisme; puis la malade mourut.

A l'autopsie on trouva les uretères très-dilatés, atteignant la grosseur du pouce, et renfermant de l'urine très-claire.

Ce canal se trouvait comprimé, au niveau du point où il pénètre dans l'épaisseur des parois de la vessie, par deux petites masses cancéreuses de la grosseur d'une noisette, siégeant dans le tissu cellulaire du cul-de-sac vésico-utérin.

Quand le cancer de l'utérus s'accompagne de troubles de la fonction urinaire, on observe plus souvent de l'incontinence que de la rétention. Cette dernière est cependant plus fréquente encore que l'anurie. Le néoplasme, en effet, a plus de tendance à se propager en avant vers le trigone vésical, pour le comprimer ou l'ulcérer, qu'à se développer en arrière et latéralement.

Aussi est-ce plus spécialement dans les tumeurs rétro-utérines volumineuses que l'on rencontre des accidents du genre de celui-ci. Ces faits ont été signalés dans des cas d'hématocèles considérables, et, cette année même, M. Leroux a présenté une observation presque identique : la compression des uretères était due à une grossesse extra-utérine accompagnant un épanchement sanguin considérable dans le cul-de-sac recto-utérin. (*Soc. anat.*)

**Quelques réflexions sur les purgatifs comme anti-laiteux dans les suites de couches.** — Le docteur Beltz fait observer que les auteurs ne sont pas du même avis sur cette question importante de gynécologie. Dugès (1826), Capuron (1828), demandent qu'on laisse agir la nature, « qui seule est capable de rétablir l'équilibre dans l'économie de la femme ». Cazeaux n'a recours aux purgatifs et aux sudorifiques que si la nature, seule ou aidée par des cataplasmes émollients ou par la succion, a été impuissante. Joulin autorise et recommande leur emploi par complaisance, tout en reconnaissant que « la vérité est que la sécrétion mammaire se tarit spontanément ».

Verrier prescrit, la nourrice une fois partie, et après la fièvre qui alors est presque toujours plus intense, de donner quelques verres d'eau de Sedlitz, à plusieurs jours d'intervalle.

« Ce n'est pas avant la fin du troisième jour, écrit Stoltz, qu'il est nécessaire de chercher à faire passer le lait, et à en arrêter la sécrétion par les moyens employés à cet effet. Trop souvent on pèche contre ce précepte, et l'on s'expose à produire un trouble fâcheux dans l'économie de l'accouchée. Parmi ces moyens, on place en première ligne les purgatifs salins. »

Les contemporains de Mauriceau n'administraient les purgatifs

que longtemps (trente-cinq ou quarante jours) après l'accouchement.

A une époque plus reculée, alors que l'on croyait que le lait s'écoulait en nature par le vagin, A. Paré s'exprimait ainsi sur « ce qu'il faut faire aux tétins de la nouvelle accouchée : il faut oindre les tétins de ce liniment, afin de faire fuir le lait lorsqu'il vient en trop grande abondance, et le faire évacuer par la matrice à celles qui ne veulent être nourrices.....

« Pareillement, on appliquera des ventouses au bas des cuisses et des aines, et au-dessus de l'ombilic, lesquelles ont grande vertu d'attirer le lait des mamelles en la matrice et le jeter hors, pour ce qu'en ce lieu il y a des veines de la matrice qui communiquent avec celles desdites mamelles. »

On ne trouve guère dans les auteurs les raisons qui ont déterminé les accoucheurs de nos jours à réagir contre une pratique qui reposait sur des théories hasardées. Tout le monde paraît d'accord sur ce point que la sécrétion laiteuse disparaît spontanément dans la plupart des cas, et sans préjudice pour la santé de la femme. Alors, pourquoi se hâter de donner des purgatifs et ne pas attendre au moins jusqu'à l'époque où, l'involution utérine étant accomplie, on peut intervenir en toute sécurité?

M. Beltz s'est fait une règle de ne plus administrer de purgatifs (comme anti-laiteux), tant que l'accouchée garde le lit.

Dans les cas où l'on est obligé de compter avec les sollicitations pressantes d'un entourage imbu de préjugés, on peut s'adresser à ces anti-laiteux d'ordre moral, nécessaires quelquefois pour dissiper les inquiétudes de l'accouchée, et pour sauvegarder la réputation du médecin. Il sera toujours temps d'en venir au purgatif, une fois la femme levée, si on le juge nécessaire. (*Un. méd. du Nord-Est.*)

**Ligature périphérique pour un anévrysme de l'innominée.** (*Société médicale de Londres*, 11 février 1878.) — Un malade de trente-sept ans, ayant eu la syphilis, a, depuis quatre ans, à la base du cou, une tumeur à pulsations augmentant et diminuant, selon que l'on comprime ou qu'on laisse libres la carotide et la sous-clavière droites. Engourdissement de l'avant-bras, toux, douleur derrière la tête et à l'épaule droite, mais absence de dysphagie et de dyspnée lorsqu'il est en repos; la voix n'est pas altérée. Bruits du cœur sains.

M. King lia la carotide primitive et la sous-clavière au tiers de son trajet. Les fils tombèrent trois jours après, et les plaies étaient guéries six jours après la chute des fils. Les symptômes s'amendèrent, puis disparurent. Le pouls redevint perceptible au bout d'une semaine.

Deux mois après, le malade sortit de l'hôpital : il s'enivra pendant trois jours, et la tumeur augmenta de nouveau de volume. Il rentra à l'hôpital. Par l'ouverture d'un abcès formé sous la cicatrice, se produisirent des hémorrhagies qui amenèrent la mort, cent onze jours après l'opération.

Autopsie : l'anévrysme de l'innominée se compliquait d'un anévrysme de la crosse de l'aorte qui avait corrodé les cinquième et sixième vertèbres cervicales.

La sous-clavière gauche était très-rétrécie par une dégénérescence athéromateuse.

A la suite de cette communication, sept exemples d'opérations semblables ont été cités, savoir : deux par M. Bryant, un par M. Lane, quatre par M. Barwell.

Tous ont été d'accord que l'opération, si elle ne prolonge pas la vie, calme certainement les douleurs, et qu'elle aura d'autant plus de chance de réussir qu'on s'appliquera à reconnaître de bonne heure l'existence des tumeurs anévrysmales auxquelles elle est applicable. (*Lyon méd.*)

**Du traitement du phlegmon diffus par la compression élastique,** par le docteur E. Paulin. — Conclusions : I. La compression élastique (avec ouate) constitue un des bons modes de traitement du phlegmon diffus.

II. Elle calme la douleur et modifie la marche de la maladie.

III. Elle peut être employée à toutes les périodes : 1° à la période inflammatoire, à l'exclusion de tout autre moyen; 2° à la période de mortification, comme adjuvant des incisions et du drainage.

IV. Elle est d'un emploi facile et n'expose à aucun des dangers de la compression immédiate. (*Thèses de Paris* 1878.)

**Rhumatisme cérébral et médullaire.** — A la Société clinique de Paris, le docteur Dromain communique l'observation d'un malade âgé de trente-huit ans, qui a été atteint d'encéphalopathie rhumatismale au quinzième jour de sa maladie, alors qu'on pouvait le considérer comme guéri, puisqu'il était en pleine période de convalescence.

Les crises encéphaliques, caractérisées par le délire, les convulsions et le libre exercice des articulations, n'avaient pas lieu seulement lorsque la température était très-élevée, mais plusieurs fois on les constata alors que le thermomètre ne marquait que 38° à 38°,5, non-seulement à leur début, mais pendant toute leur durée.

Enfin, ce qui a frappé le plus chez ce malade, c'est la rémission complète et subite des douleurs articulaires *précédant* de quelques instants les accidents cérébraux, à tel point que l'on était pour ainsi dire prévenu du début des crises encéphalopathiques. (*France méd.*)

**Traitement de l'empoisonnement par les champignons,** par le docteur Coletti, professeur de thérapeutique à Padoue. — Au point de vue biologique autant qu'au point de vue clinique, le poison des champignons est le même pour les diverses espèces; l'empoisonnement doit donc être traité de la même façon dans tous les cas. Ce poison, soit qu'on le nomme amanitine, muscarine ou autrement, est soluble dans l'eau, et il est essentiel de ne pas oublier cette propriété pour le traitement.

Le principe vénéneux exerce une action générale sur tout l'organisme et nullement une action locale sur l'estomac et les intestins; il faut donc accorder une attention beaucoup plus grande aux symptômes généraux fournis par la température, la circulation et la respiration, qu'à l'existence des coliques dont l'intensité est souvent en raison inverse des troubles généraux et aussi de la gravité de l'intoxication.

Chasser le poison de l'estomac en employant de préférence les moyens mécaniques: telle est la première indication. Si ces moyens sont insuffisants, donnez un gramme ou un gramme et demi d'ipécacuanha en poudre dans un demi-verre d'huile tiède qui, par sa température et son action nauséeuse, vient en aide à la puissance émétique de l'ipéca. L'apomorphine par la bouche (10 à 20 centigrammes de chlorhydrate), ou par injections hypodermiques (3 à 7 et rarement 10 milligrammes), ou en lavement (20 à 40 centigrammes), donnera aussi de bons résultats.

Dès que le vomissement a été obtenu, il faut promptement recourir aux stimulants, tels que vin, eau-de-vie, cognac, rhum, etc., avec potion de laudanum et d'éther sulfurique dans une infusion de cannelle.

On augmente l'efficacité de ces moyens par des frictions chaudes et sèches. Si la température s'abaissait, il faudrait recourir à un bain chaud général, à la flagellation, etc.

Il faut donc proscrire les émétiques minéraux, les boissons aqueuses qui favorisent l'absorption en dissolvant le principe vénéneux des champignons; proscrire également les purgatifs et les drastiques qui épuisent les forces et favorisent l'absorption du poison en lui faisant parcourir le long trajet intestinal; proscrire l'ammoniaque qui exige une solution trop diluée et dont les propriétés dynamiques sont contestables. (*Journal d'hygiène.*)

**Gemelli xiphoïde juncti.** — MM. Labbée et de Rivière ont traduit de l'italien et publié dans le *Mouvement médical* les notes recueillies par Fubini et A. Mosso sur les frères Battista et Giacomo Tocci (Turin, 1878).

Le 4 octobre 1877, une femme nommée Maria Tocci, âgée de dix-neuf ans, à sa première grossesse, accoucha à Locana de deux jumeaux unis ensemble vers la base du thorax. Quatre semaines après leur naissance, ces enfants furent apportés à Turin et y furent exposés à la curiosité du public. Cette variété de *gemelli xiphoïde juncti* étant des moins fréquentes dans l'espèce humaine, nous croyons utile de donner quelques détails sur un phénomène qu'on a si rarement l'occasion d'étudier. La grossesse avait été

normale, l'accouchement facile; il n'y avait eu qu'un placenta et un seul cordon ombilical. La présentation avait été de la tête; la tête de droite (Battista) était sortie la première, puis celle de gauche (Giacomo).

Ces deux jumeaux ont deux têtes, quatre bras, deux thorax, avec deux sternums et quatre mamelons.

Les deux thorax sont unis vers la base; l'union a lieu vers la sixième côte. Il y a un seul nombril, un seul pénis, un scrotum, deux testicules, une seule ouverture anale.

Les deux colonnes vertébrales descendent distinctes jusqu'à la région lombaire où elles se réunissent en formant un angle d'environ 130°; on dirait que les os du sacrum sont « fondus » ensemble.

Le visage des deux enfants présente une physionomie différente. Les bras sont égaux. Le pénis est très-développé avec le gland en partie découvert; dans le scrotum on sent deux testicules qui paraissent très-volumineux. Le trentième jour après leur naissance, les frères Tocci pesaient 4,005 grammes, et le soixante-deuxième jour 5,345 grammes.

Giacomo était plus « pleureur » et moins tranquille que Battista; l'un dormait plus pendant le jour, l'autre mieux pendant la nuit. Parfois l'un avait le hoquet ou éternuait, tandis que l'autre était tout à fait calme. L'un des deux toussait, vomissait, sans que l'autre parût aucunement incommodé. L'un pleurait avec vagissements et larmes abondantes, l'autre dormait profondément et ne se réveillait pas.

Pour ce qui regarde la division du système nerveux, du moment qu'il existait deux centres encéphaliques distincts et seulement deux extrémités inférieures, il ne restait que trois combinaisons possibles; ou les jambes dépendaient toutes deux exclusivement d'un seul individu, où elles appartenaient en même temps aux deux frères, ou enfin chacun d'eux n'avait qu'une seule jambe à sa disposition. C'est ce dernier cas, comme le plus simple, qui paraît être le vrai et qui fut en effet démontré par les expériences.

Ainsi, les deux jumeaux tétant en même temps, si l'on opérait un léger chatouillement à la plante du pied droit ou à celle du pied gauche, on observa toujours que, quand le chatouillement avait lieu à la plante du pied droit, c'était la bouche droite qui cessait de téter, et *vice versâ*. Réciproquement, quand on provoquait des pleurs, une seule extrémité entrait en jeu, c'était toujours la jambe correspondante au côté qui criait et pleurait.

L'auscultation et les graphiques cardiographiques démontrèrent l'existence de deux cœurs distincts et indépendants; de même pour les fonctions respiratoires. L'existence de deux diaphragmes distincts, soit anatomiquement, soit physiologiquement, était prouvée par le fait suivant: quand l'un des jumeaux avait le hoquet, l'abdomen, qui est commun à tous les deux, étant découvert, on observait bien que la contraction du diaphragme ne se produisait que d'un seul côté.

Le vomissement d'un seul sujet, pendant que l'autre restait très-calme, est encore un fait démontrant l'existence de deux estomacs.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 février 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### RAPPORT

**Lésions nerveuses produites par les fragments osseux dans les fractures.** — M. TILLAUX signale dans le travail de M. Chalot (de Montpellier), d'abord une courte statistique des cas analogues antérieurement décrits par les auteurs, puis une intéressante observation recueillie par l'auteur. Il s'agit d'un homme atteint de fracture de la clavicule, causée par la chute d'un sac de blé sur son épaule droite. Traité à l'hôpital pour sa fracture de clavicule, le malade ne présenta pas d'autres phénomènes que l'engourdissement du membre supérieur. Mais, quatre ans plus tard, des accidents curieux se développent: l'hyperesthésie est telle que, si l'on touche le bras avec la pulpe du doigt, on provoque un spasme du diaphragme, des nausées, du hoquet. L'excitabilité nerveuse s'explique par la constatation, au niveau de l'ancienne fracture de la clavicule, d'un cal volumineux qui a comprimé les nerfs du plexus brachial. L'irritation s'est propagée au renflement brachial de la moelle et amène les phénomènes réflexes d'hyperesthésie. Le malade refusa l'extirpation du cal proposée par M. Dubrueil, mais M. Chalot pense qu'en pareille circonstance on devrait recourir à l'intervention chirurgicale, soit ablation, soit élongation du nerf. Cette observation se rapproche de celles déjà signalées par MM. Ollier, Trélat et Tillaux.

M. VERNEUIL. Il faut conserver une certaine distinction entre l'observation de M. Chalot et celles de nos trois collègues. Dans celles-ci, les traumatismes nerveux étaient limités au territoire du nerf comprimé, tandis que dans la précédente, le traumatisme ayant gagné le territoire des nerfs voisins, cela se rattache à la névrite ascendante; les lésions ayant envahi les centres, il faut être sobre d'intervention locale.

### DISCUSSION SUR LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE

M. DESPRÈS. Depuis près de trois ans, nous sommes témoins des élans d'enthousiasme qui animent les partisans du pansement de Lister. Je suis heureux de constater aujourd'hui qu'ils sont déjà moins absolus, et nous avons entendu M. Verneuil proclamer qu'il emploie un autre pansement, aussi bon que celui de Lister. A l'étranger même, les statistiques nous démontrent que l'on avoue actuellement qu'un opéré peut succomber, fût-il traité et pansé suivant la méthode de Lister. M. Lucas-Championnière, qui en est un ardent défenseur, nous a donné comme argument important (je ne dis pas capital) que l'acide phénique doit être préféré à l'alcool, parce qu'il est moins cher et moins encombrant; quand on est réduit à invoquer les questions économiques en faveur d'un pansement, c'est qu'il est bien près de retomber au niveau des autres procédés qu'on lui oppose. Vous connaissez aussi le jugement qu'ont porté les chirurgiens de Moscou sur le pansement de Lister.

Depuis que j'ai vu faire de la chirurgie et que j'en fais moi-même, je suis de plus en plus persuadé qu'il n'y a pas de pansement unique, pas de pansement panacée. Je répète constamment qu'il n'y a aucun pansement qui soit applicable à toutes les plaies et qui doive être le même à toutes les périodes de la réparation d'une plaie. Un chirurgien soigneux a toujours des succès; celui qui en aura plus que les autres dans une période de deux ou trois ans, pourra dire que cette série est due beaucoup plutôt à ce qu'il a apporté un peu plus d'attention à ce qu'il faisait qu'à la supériorité d'un pansement modèle. Je n'ai pas été séduit par le pansement de Lister, et je m'en déclare l'adversaire, parce qu'on veut en faire une panacée infaillible. Ce n'est pas la première fois qu'on nous fait des importations de la chirurgie de l'Angleterre. En 1814, Roux écrivait le « Parallèle de la chirurgie française et de la chirurgie anglaise ». En 1860, Topinard publiait un « Coup d'œil sur la chirurgie anglaise ». Puis Valcourt, en 1875, signale l'avènement du pansement de Lister que popularise, un peu plus tard, le livre de M. Lucas-Championnière. Trois fois donc on est venu nous dire: Vous ne savez pas panser les plaies; en Angleterre on possède une véritable panacée. Suivant Roux, nos insuccès étaient dus à ce que l'on ne faisait pas assez de réunions par première intention. On ne chercha plus que la réunion par première intention dans les amputations comme dans les ablations de tumeurs. On perdit à peu près autant de malades. Vint le mémoire de Topinard qui attribuait la mortalité à l'absence des préceptes d'hygiène dans les salles d'hôpitaux; on fit de l'hygiène hospitalière aidée par l'usage des toniques, des compresses froides, etc.; les résultats ne furent pas meilleurs. On remarqua alors que les hôpitaux les plus hygiéniques n'étaient pas ceux où les opérations réussissaient le mieux. On découvrit que Boyer, Velpeau, Jobert, abusaient de la diète chez leurs opérés, tandis que d'autres les alimentaient trop bien. On n'avait pas encore trouvé le dernier mot du succès.

Aujourd'hui, on vient nous dire que ce n'est ni la réunion par première intention, ni l'hygiène hospitalière qui sauveront nos opérés, mais que c'est le pansement de Lister qui réduit à leur minimum d'importance les influences provenant du terrain et des milieux et permet de se soucier fort médiocrement des précautions classiques des anciens procédés de pansement.

Dans un espace de soixante années, on a donc préconisé successivement trois pansements contradictoires. Je n'ai pas plus de confiance dans le dernier que dans les deux précédents.

Y a-t-il, en effet, un pansement vraiment antiseptique, et, dans ce cas, le pansement de Lister réunit-il les meilleures conditions favorables à la guérison des plaies? Les statistiques démontrent-elles sa supériorité sur les autres modes de pansement?

La doctrine de la septicémie et de ses causes cliniques n'est pas du tout établie; elle ne repose que sur des théories, comme l'a fait voir la discussion de cette question à l'Académie de médecine. Personne n'a vu la sepsine de M. Verneuil, et les expériences, si rigoureuses, de M. Pasteur, ne peuvent absolument pas s'appliquer à la chirurgie. Les deux théories en présence, celle des diathèses pour ainsi dire, pas plus que celle de la phlébite, ne peuvent résoudre la question : elles restent des théories, et il faudra tenir compte des expériences d'un autre laboratoire, des faits observés dans l'hôpital, pour obtenir la solution du problème. En dehors de tous les divers pansements, il y a un mode de guérison naturelle des plaies abandonnées à elles-mêmes, placées dans toutes les conditions les plus favorables de putréfaction, de contact de l'air, etc. Que l'on compare ce qui arrive dans les cent mille extractions de dents qui se font à Paris chaque année, sans provoquer les moindres accidents lorsqu'elles sont pratiquées en temps opportun, avec ce que l'on observe dans les fractures doubles du maxillaire inférieur, où la mobilité des fragments est le plus grave danger, s'ajoutant à l'inconvénient d'un milieu éminemment fermentescible, qui, pourtant, dans le premier cas, ne détermine aucune influence fâcheuse. C'est qu'en effet, l'immobilité rigoureuse de la plaie, et une atmosphère humide, sont, à mon avis, les deux conditions indispensables à réaliser dans le pansement des plaies. Appliquez les pansements les plus divers, pour obtenir toujours ces deux résultats; toujours les plaies se répareront rapidement. Je vous présente ici même un malade de mon service que j'ai fait venir pour vous montrer la façon dont je panse les plaies : il a eu le pouce arraché il y a quatorze jours : on a constaté une dénudation de la tête du métacarpien. On s'est contenté de faire le pansement avec les bandelettes de diachylon dès l'arrivée du malade à l'hôpital. Depuis ce jour, on n'a pas touché au pansement. En enlevant les bandelettes, vous pouvez vous convaincre qu'il y a sur cette plaie éminemment contuse du pus en quantité notable, et dans lequel très-certainement on pourrait trouver tous les vibrions connus et inconnus; cependant la température n'a pas dépassé 37°8, et la plaie marche très-régulièrement. Eh bien, je prétends que, en voyant guérir ainsi une telle plaie sous un pansement aussi sale, il est impossible d'affirmer que les cas analogues que vous guérirez avec les divers pansements les plus perfectionnés doivent être considérés comme des succès à attribuer au mode de pansement. J'ai traité quatre-vingt-cinq blessés de ce genre (je ne compte que ceux qui étaient assez gravement atteints pour être obligés d'entrer à l'hôpital), et cependant tous ont guéri, à l'exception de deux, qui sont morts du tétanos. On trouve aussi des flots de pus sous le pansement ouaté de Guérin; on en connaît pourtant les beaux résultats. On a dit, il y a bien longtemps, que le topique naturel des plaies, c'est le pus. Ce qui fait la supériorité de mon pansement, que j'appelle volontiers le pansement sale, c'est de ne pas tourmenter la plaie et d'en laisser les lèvres immobiles.

Quant à la théorie de la septicémie par contagion, elle est facilement attaquable par les faits de septicémie survenant en vingt-quatre heures ou en deux ou trois jours, par les faits de malades mourant asphyxiés par l'absorption des gaz développés dans l'emphysème traumatique, par les expériences de Demarquay, qui a prouvé que les plaies n'absorbent jamais par les bourgeons charnus, etc.

En matière de statistique, je me montrerai plus sévère que M. Perrin pour les chiffres de Volkmann. Je ne partage pas du tout ce cosmopolitisme bien robuste qui accepte, chaque mois ou chaque année, des statistiques artificiellement établies. Je reproche à Volkmann de mêler à ses catégories de cas compliqués des opérations qui ne sont pas très-graves, telles que celle « d'amputation du bras pour une plaie virulente ». Il n'est pas étonnant de trouver des guérisons de cas compliqués quand on donne ce titre à des blessures qui ne sont vraiment pas extraordinaires. Il est très-facile de faire des statistiques aussi brillantes; je puis fournir autant et même plus de succès en arrangeant ma statistique à la façon étrangère.

Depuis huit ans, à l'hôpital Cochin, pour ne compter que des observations bien déterminées, et en éliminant les résections d'exostose, ovariotomie, ligatures d'artères, etc., j'ai pratiqué sept amputations de cuisse : trois cas compliqués ont été suivis de mort; les quatre autres cas ont été suivis de guérison. Et certes, j'ai bien le droit de dire compliqués les trois premiers cas, où il s'agissait de fracture de cuisse avec fracture de jambe de l'autre côté, avec oblitération de l'artère poplitée; de fracture du col du fémur avec épanchement considérable et hémorrhagie très-abondante; de blessures multiples avec oblitération de l'artère fémorale chez un malade entré à l'hôpital seulement six jours après l'accident. Pour les amputations du bras, sur cinq opérés, je n'ai qu'un mort, et il s'agissait d'un vieillard atteint de brûlures profondes, amputé *in extremis*. Sur deux amputations de jambe, faites en pleine septicémie, et deux désarticulations de l'épaule, traumatiques, avec fractures de l'omoplate, je n'ai pas eu de guérison. Sur cinq amputations sous-astragaliennes, je compte un mort; c'était encore un cas compliqué d'infection purulente. Mais c'est dans les ablations de tumeur du sein, dont plusieurs volumineuses (adéno-sarcome de 8 livres) avec extirpation des ganglions profonds de l'aisselle, que je compte des résultats supérieurs à ceux de tous les chirurgiens : sur 29 opérations pratiquées à l'hôpital Cochin, je n'ai aucun insuccès; dans les autres hôpitaux, j'en ai aussi pratiqué plusieurs, toujours sans insuccès. De même, sur 15 ablations de fibromes, de kystes divers, j'ai obtenu 15 guérisons.

Dans toutes ces opérations, mon pansement est toujours le vieux pansement que vous avez employé jadis : bandes de diachylon, charpie et cérat, bande roulée.

Le premier jour de l'amputation, je lave le moignon à l'alcool camphré pur; les jours suivants, une solution très-étendue assure l'humidité constante de la plaie, jusqu'à ce que les fils à ligature soient tombés.

Remarque très-importante : je fais moi-même, tous les jours, le pansement des opérés.

Je termine en disant que tous les succès ne sont pas l'effet du pansement, mais bien le résultat de conditions naturelles, indépendantes de tel ou tel antiseptique. Les statistiques ne prouvent rien en faveur du pansement de Lister. Si les chirurgiens étrangers obtiennent des résultats excellents, je tiens à le dire hautement, c'est parce qu'ils font très-souvent des opérations dans des cas où nous, chirurgiens français, ne jugeons pas nécessaire ni utile d'opérer.

Avant de décider une opération, nous posons un diagnostic précis, honnête, et nous discutons le pronostic de l'opération à entreprendre. Nous n'opérons pas si l'intérêt du malade ne l'exige pas; nous perdons ainsi des occasions de grossir nos statistiques de résultats heureux. Les chirurgiens qui proclament que le pansement de Lister leur permet d'être téméraires font souvent, à mon avis, des opérations absolument inutiles.

M. TH. ANGER a expérimenté le pansement de Lister aussi bien que le pansement à l'alcool et le pansement ouaté, et dans les cas les plus graves. Il a obtenu les meilleurs effets du pansement à l'alcool pendant le siège de Paris. Sur trente soldats atteints de blessures graves, il a compté vingt-sept guérisons et trois morts.

Sur cinquante opérés, trente-neuf guérisons et onze morts, la plupart de ces derniers ayant subi des opérations dans une situation tout à fait désespérée. Sur 18 amputations de cuisse, il a obtenu treize succès avec le pansement à l'alcool ou le pansement ouaté.

L'alcool est un antiseptique aussi énergique que les solutions phéniquées. A Lourcine, sur cent cinquante femmes, il n'est survenu aucune péritonite, grâce à l'emploi de serviettes imbibées d'alcool et appliquées sur l'abdomen.

L'alcool pourra donner des résultats aussi brillants que l'acide phénique lorsqu'on arrivera à utiliser ses propriétés volatiles pour avoir une action constante et régulière des vapeurs d'alcool sur la plaie, comme on l'obtient par l'acide phénique. C'est le but des recherches actuellement poursuivies dans le service de M. Anger.

### PRÉSENTATION DE MALADE

**Exostose de croissance; myotomie.** — M. LE DENTU présente un jeune homme atteint d'une exostose du fémur située directement en avant, au niveau du cul-de-sac synovial de l'articulation du genou. Les douleurs étaient très-vives, et, l'ablation de l'exostose étant trop dangereuse pour l'articulation, M. Le Dentu pratiqua la myotomie sous-cutanée de la portion des muscles immédiatement situés sur l'exostose, pour combattre les contractures douloureuses du triceps, et des autres muscles de la cuisse et de la jambe. Depuis l'opération, les douleurs ont disparu, et le malade marche facilement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 19 février 1879, ont été promus dans le corps de santé militaire :

*Au grade de médecin-major de première classe* : MM. Hériot et Kiéner.

*Au grade de pharmacien-major de première classe* : M. Gallimard.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur A. Benoist de la Grandière, ex-médecin de l'hôpital militaire des varioleux de Bicêtre, en 1870-1871, officier de la Légion-d'Honneur et chevalier de l'ordre de Saint-Maurice et Lazare, décédé le 26 février, à l'âge de quarante-cinq ans.

M. A. Benoist de la Grandière, praticien très-recommandable, avait été chirurgien de marine, au début de sa carrière. Il avait publié un travail important sur la *Nostalgie*, et était lauréat de l'Académie de médecine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les étudiants qui ont obtenu une médaille pour leur thèse sont priés de venir la retirer au Secrétariat de la Faculté de médecine.

— On demande un médecin-adjoint pour un asile privé des environs de Paris. — S'adresser à M. de Molins, rue Grenelle-Saint-Germain, 20.

— *Cours de physique végétale.* — M. Georges Ville, professeur au muséum d'histoire naturelle, ouvrira ce cours samedi, 1er mars, à dix heures du matin, dans le grand amphithéâtre et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Le professeur traitera des conditions fondamentales de la production végétale et s'occupera plus particulièrement de l'influence du choix de la graine sur l'importance de la récolte. Les dernières leçons seront consacrées à l'histoire des découvertes qui ont préparé, depuis le dix-septième siècle, l'application de la chimie à l'agriculture.

---

**Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie (agenda-annuaire)**, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7881.

N° 26. — MARDI 4 MARS 1879. 52e ANNÉE. MARDI 4 MARS 1879. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOTEL-DIEU. — M. Richet.

### Fracture comminutive et compliquée de la jambe.

I

Un cocher vigoureux et robuste, dans la nuit du dimanche 19 au 20 mai, vers quatre heures du matin, était assis sur son siège, quand, une roue de derrière se détachant subitement, le cocher tomba et eut une jambe prise entre la roue et le coffre de sa voiture. Quand on l'a retiré de cette position, il avait une fracture comminutive et compliquée de la jambe droite. Nous ne pouvons savoir exactement si c'est peut-être lui-même, en se relevant, qui aurait fait sortir les os fracturés à travers la peau, comme cela arrive si souvent; c'est ordinairement quand ils veulent se relever et marcher, que les malades provoquent la blessure des tissus. On connaît l'histoire classique de Pott qui, ayant fait une chute dans les rues de Londres et s'étant fracturé la jambe, ne demandait aux assistants qu'une seule chose, de ne pas le toucher. « Ne me touchez pas, disait-il, allez plutôt démonter une porte pour m'en faire un brancard. » Il a ainsi évité l'accident qui est arrivé à Ambroise Paré, dans une circonstance analogue : il avait reçu un coup de pied de cheval, et l'os fracturé traversa non-seulement les téguments, mais encore le haut-de-chausses du célèbre chirurgien.

Notre malade fut immédiatement transporté à l'Hôtel-Dieu : M. Süss, interne du service, tenta la réduction de la fracture, et éprouva des difficultés considérables ; à la partie inférieure et interne de la jambe, se trouvait une large déchirure à travers laquelle faisait saillie un fragment de quatre à cinq centimètres de longueur. Après beaucoup de péripéties, la réduction fut obtenue, la rectitude du membre rétablie, et le membre fut placé dans une gouttière métallique.

Le matin, au moment de la visite, je trouvai la jambe assez droite, sauf une légère incurvation en avant ; il existait deux plaies, l'une antérieure, faite par le fragment supérieur, l'autre plus en arrière, produite par le fragment inférieur, ce qui nous était démontré par la forme des téguments coupés en biseau, de bas en haut et en dehors. D'ailleurs, ayant introduit le doigt par cette plaie, j'atteignais le fragment inférieur ; entre les deux extrémités des os fracturés, une portion de muscles était interposée ; je pus écarter cette masse musculaire, et remettre les os dans leur position normale. Souvent, en effet, il arrive que des fractures compliquées sont longtemps à se consolider pour cette seule cause, l'interposition de masses musculaires entre les deux fragments. Je sentis aussi plusieurs petites esquilles : je n'ai pas cherché à les enlever, pour éviter de produire des dégâts plus considérables que ceux qui existaient déjà ; souvent, en effet, ces esquilles se consolident, quand elles n'ont pas été séparées du périoste.

Nous avions donc sous les yeux une fracture des deux os de la jambe, compliquée et comminutive.

Il existait en outre un épanchement de sang considérable, et nous percevions de la crépitation aériforme, qui ne semblait pas venir du sang : en pressant avec la main au pourtour de la plaie, on faisait sortir de l'air bouillonnant avec le sang.

D'où pouvaient provenir ces gaz ? Sans doute, on pourrait penser que l'air était entré dans la plaie, quand on avait pratiqué la réduction ; mais il était plus vraisemblable d'admettre que ces gaz venaient, au moins en partie, de la gangrène et de la décomposition subite des parties triturées. Il n'est pas très-rare de voir des fractures, même sans plaie extérieure, avec des gaz qui se sont instantanément développés dans l'intérieur même de la fracture. Ces fractures sont toujours graves.

Cette observation soulève plusieurs points qu'il convient d'élucider. Et, d'abord, faut-il réduire les fractures de ce genre ? Ce n'est pas toujours facile : ici, on y est arrivé, mais avec des difficultés ; on a réussi, parce que la plaie était grande, et que l'os était sorti du côté de la partie interne ; s'il avait fait saillie du côté externe, la réduction eût encore été plus difficile, sinon impossible.

Si l'on ne peut réduire, on a dit qu'on pouvait laisser le fragment dehors. C'était la pratique de Bérard jeune, dont j'ai été l'externe, et qui conseillait de ne pas réséquer et de ne faire aucune incision. J'ai vu quelques faits à l'appui de cette opinion. Après un certain temps, le fragment s'enflamme, un cercle éliminatoire se fait au niveau des bords de la plaie, le fragment extérieur s'ébranle, on le sort, et il n'y a pas d'accidents, parce que la portion extérieure nécrosée sert d'obturateur. Le plus ordinairement,

cependant, on n'adopte pas cette pratique. La règle générale est de réduire, avec opération si c'est nécessaire.

Étant admise l'opération, vaut-il mieux réséquer le fragment osseux que de faire une incision aux téguments pour faciliter la réduction? Je pense que, s'il n'est besoin que d'une petite incision, il serait préférable de la pratiquer sans crainte. Cependant je n'hésiterais pas à faire la résection si elle était nécessaire, préférant exécuter cette opération plutôt que de ne pas réduire.

Cette question vidée, tout n'est pas fini; que faut-il faire ensuite? Je réponds immédiatement : l'occlusion. Une fois les fragments mis en place, après avoir exprimé le sang et rapproché les lèvres de la plaie (sans suture), j'applique sur la plaie une lame de baudruche maintenue avec du collodion. Les Anglais, lorsqu'ils n'ont pas de collodion sous la main, emploient du linge râpé, qui s'imbibe de sang et forme une occlusion satisfaisante.

Ce procédé n'est pas mauvais dans les cas de fractures du crâne; il m'a quelquefois très-bien réussi dans des cas où je manquais de collodion.

Ce procédé convertit ainsi une fracture compliquée en fracture simple; j'ai ainsi laissé, sans y toucher, des fractures pendant douze jours consécutifs.

D'autres chirurgiens, M. Guérin par exemple, ajoutent le coton à ce pansement occlusif, dans tous les cas de plaie, petite ou grande. Si l'occlusion est une excellente chose, dans le cas présent est-elle possible, est-elle indiquée? Ici, nous avons affaire à une fracture directe, accompagnée d'attrition profonde des muscles, qui sont réduits en bouillie autour de la fracture; la crépitation nous dénote ensuite un certain degré de putréfaction. Enfin, il y a deux plaies par où sont sortis les deux fragments. Je n'ai pas cru devoir faire ici l'occlusion, pour ne pas retenir dans la plaie tous ces liquides qui y seraient accumulés par l'étranglement encore considérable des tissus. Ce n'est pas ici le cas de chercher à convertir une fracture si compliquée en fracture simple. Il faut savoir distinguer les cas et varier les indications. Je ne m'arrêterai pas non plus au pansement ouaté qui nous cacherait les accidents, les phlegmons intermusculaires, etc.

Ici, il n'y a qu'un moyen rationnel à employer : c'est de laisser la plaie à découvert, et de la panser avec l'alcool camphré pur, qui empêchera la décomposition des liquides, ainsi que les accidents produits par les germes, si tant est qu'ils sont dus à ces germes, peu importe la théorie. Nous ferons donc un simple pansement extérieur, et nous surveillerons les accidents.

Depuis hier, ainsi traité, le malade a passé une bonne nuit; il n'avait pas d'agitation aujourd'hui. Il est bon d'ajouter que c'est un alcoolique, et que nous avons dû lui donner hier du vin laudanisé pour tempérer les accidents nerveux qui auraient pu se produire. Il a absorbé hier, ainsi, deux litres de vin, avec de l'eau-de-vie, ce qui a produit merveille.

Cependant la température est encore élevée à 39°, le pouls accéléré. Le malade n'a pas souffert, mais il présente une teinte cuivrée qui n'est pas encore d'un bon augure.

Nous avons donc éliminé déjà un des accidents que nous devons redouter pour ce malade, le *delirium à potu* (qui n'est pas tout à fait le *delirium tremens;* il y a entre les deux la différence qui existe entre le délire aigu et le délire chronique), par l'effet de la soustraction de l'excitant habituel des buveurs; nous avons administré le vin, et nous sommes à l'abri de cette espèce d'accident.

Il n'en est pas de même pour les lymphangites et les érysipèles qui, sans être absolument très-graves, n'en sont pas moins des signes d'un commencement d'infection dont on ne peut prévoir la terminaison.

Un autre accident, malheureusement très-probable, est aussi à redouter chez notre malade : c'est la suppuration du foyer de la fracture, de toutes ces parties broyées, triturées. Nous avons à craindre l'ostéomyélite, le phlegmon diffus intermusculaire, enfin l'infection putride ou l'infection purulente. Pour nous mettre, autant qu'il est possible, à l'abri de cette suppuration dont je viens de signaler les conséquences redoutables, j'ai pris le parti d'ouvrir largement le foyer de la fracture avec le bistouri, avant que le phlegmon intermusculaire se produise, et de panser à plat avec l'eau-de-vie camphrée répandue avec profusion. La teinte cuivrée persistant autour des fragments, la douleur et l'élévation de la température, tous ces accidents nous autorisent à pratiquer ces ouvertures.

---

## HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Depaul.

### De l'accouchement prématuré artificiel. — Des divers moyens à l'aide desquels on peut le provoquer (1).

II

Une fois qu'on a décidé qu'il fallait pratiquer l'accouchement avant terme, que faut-il faire? On s'est d'abord demandé s'il n'était pas utile de préparer les femmes, et dans ce but on a conseillé un certain nombre de moyens que pour cette raison on a appelés moyens préparatoires. C'est ainsi qu'on a conseillé les grands bains, la saignée, les fumigations émollientes, l'application de pommade belladonée sur le ventre et jusque sur le col utérin pour disposer la matrice à se laisser facilement entr'ouvrir. Mais ces moyens sont inutiles, et, pour ma part, quand une femme a fait un séjour d'une huitaine de jours dans nos salles, je pense qu'elle est apte à subir l'opération en question. Dans certains cas pourtant, si la femme était un peu pléthorique, un peu grosse, il n'y aurait pas inconvénient à pratiquer une petite saignée du bras.

On a conseillé une foule de moyens pour faire l'accouchement avant terme. Sans vous les exposer tous, je me bornerai à vous signaler les principaux en faisant suivre leur description des réflexions que je jugerai nécessaires pour votre instruction.

Parmi ces méthodes, l'une des plus anciennes est celle qui consiste à provoquer les contractions utérines sans toucher à la matrice ou à l'œuf. Je veux parler de l'emploi des emménagogues. La potion suivante, dite potion de Patterson, a été particulièrement indiquée :

| | | |
|---|---|---|
| Seigle ergoté. . . . . . . . . | 15 | grammes. |
| Eau. . . . . . . . . . . . . . | 720 | — |
| Sirop. . . . . . . . . . . . . | 30 | — |

On donne, toutes les trois heures, 60 grammes de cette potion en ayant soin d'agiter. On a également conseillé de joindre à cette potion quelques lavements purgatifs ou des pilules légèrement drastiques.

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 février 1879.

Mais des expériences nombreuses ont démontré aujourd'hui que les résultats dus à l'action du seigle ergoté sur la matrice n'étaient pas suffisamment énergiques pour réveiller d'une façon soutenue la contractilité utérine et que, si ce médicament accélère les contractions de la matrice chez une femme déjà en travail, il est presque toujours impropre à les faire naître. Aussi ce moyen est-il généralement délaissé.

On a conseillé également, pour exciter les contractions utérines, les manipulations extérieures sur le ventre. Cette méthode, connue sous le nom de procédé de Dut, produit quelquefois de très-bons effets. On a proposé encore, en Allemagne surtout, de faire passer un courant électrique à travers les fibres utérines; mais c'est un moyen inutile, dangereux même quelquefois, pour l'enfant et qui n'est pas entré dans la pratique française.

Dans le même but, un médecin allemand a conseillé d'introduire dans le vagin une vessie pleine d'eau, dans laquelle on aurait fait bouillir une forte dose de seigle ergoté. Mais c'est un moyen illusoire, car, si le seigle ergoté introduit directement dans l'économie n'est pas assez énergique pour éveiller la contractilité utérine, à plus forte raison quand son principe actif ne pénètre dans la matrice qu'à dose extrêmement faible et par un travail d'endosmose ou d'exosmose que nous n'avons pas à étudier.

Le tamponnement du vagin a été également préconisé par un médecin allemand du nom de Scheuw. Ce moyen conduit quelquefois à l'accouchement prématuré, mais il est souvent infidèle, et j'ai vu pour ma part des femmes être pendant huit jours de suite traitées par ce moyen sans que les contractions utérines fussent le moins du monde sollicitées. De plus ce tampon a un inconvénient : il comprime le vagin, la vessie, le rectum; il refoule en haut la matrice, de sorte qu'il est péniblement supporté par les femmes. Enfin, il doit être surveillé et renouvelé fréquemment, car, en s'imbibant de mucosités, il arrive toujours que celles-ci, sous l'influence de la chaleur du vagin, se décomposent avec facilité et deviennent, si l'on n'y prend garde, une cause d'auto-inoculation, d'auto-infection, qui peut avoir de grands inconvénients pour la malade.

Enfin, en 1846, Kivitz, de Würtzbourg, proposa les douches vaginales avec de l'eau à 35° comme un excellent moyen pour exciter la contractilité utérine. Pour administrer ces douches, on a imaginé des appareils divers, tous très-volumineux, car la douche doit être très-considérable et durer pendant 5, 6 et 10 minutes. Mais une condition essentielle que ces instruments, quels qu'ils soient, doivent réaliser, c'est qu'ils soient bien fermés pour que l'air ne puisse se mélanger à l'eau. En effet, il peut arriver, avec certains moteurs, et en particulier avec les pompes aspirantes et foulantes, que, en les faisant manœuvrer, de l'air se mélange à l'eau et soit ainsi introduit dans le vagin. Si le col est entr'ouvert et que les membranes aient commencé à se décoller, le liquide pénètre entre la face interne de la matrice et les enveloppes de l'œuf, et l'air dont il est chargé, s'introduisant ainsi dans les sinus utérins, peut déterminer la mort subite. J'en ai fait la triste expérience chez une malade de ma clientèle, chez laquelle j'employais ce moyen pour provoquer l'accouchement avant terme et qui mourut subitement pendant l'administration de la douche. En faisant l'opération césarienne pour extraire l'enfant, je trouvai les sinus utérins gorgés d'un sang mousseux, par le fait de son mélange avec l'air, lequel était ainsi remonté jusqu'au cœur et avait occasionné la mort. En examinant l'instrument avec le fabricant, nous trouvâmes, au niveau d'une soudure, un orifice extrêmement étroit par lequel l'air s'était introdui dans l'appareil et mélangé avec l'eau. Aussi voici le moyen que je proposai à la Société de chirurgie en rapportant ce fait malheureux, pour se mettre à l'abri de ce danger redoutable. Il consiste à prendre un tube en caoutchouc terminé à l'une de ses extrémités par un robinet qu'on peut ouvrir et fermer à volonté, et à l'adapter par l'autre bout à un seau que l'on remplit d'eau et que l'on suspend à une hauteur variable suivant le degré que l'on veut obtenir dans la force de la douche. Par ce moyen bien simple, il est tout à fait impossible, tant qu'il y a de l'eau dans le récipient, que l'air se mélange au liquide et détermine ainsi, en pénétrant avec celui-ci dans le sang, un accident aussi terrible que celui que je viens de vous citer.

---

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Laboulbène.

### Un cas de béribéri.

I

Nous avons eu la bonne fortune d'observer dans notre service une maladie très-rare dans nos pays et très-intéressante qui fera le sujet de cette conférence. Il s'agit du malade couché au n° 11 de la salle Saint-Félix : il était dans l'Amérique du Sud; il tomba malade il y a dix-huit mois; deux médecins du pays lui ont dit : « Vous avez le béribéri, vous mourrez si vous ne quittez pas immédiatement ce pays pour retourner en France. » Il suivit leur conseil, il vint en France, et il y a trouvé la guérison.

Qu'est-ce donc que le béribéri?

Je vais essayer de vous en donner une idée aussi nette que possible, d'après les nombreuses recherches que j'ai faites depuis dix-huit mois que je suis en face de cette affection dont l'histoire présente un véritable chaos.

Je signalerai d'abord deux excellents articles des dictionnaires de médecine de MM. Jules Rochard et Leroy de Méricourt.

Comment définir le béribéri? C'est une affection propre surtout aux pays chauds, tantôt sporadique, tantôt endémique, frappant principalement mais pas exclusivement les races colorées, débutant par une faiblesse générale, une grande oppression, avec fréquente coexistence de l'anasarque, produisant des épanchements séreux multiples, des troubles moteurs et sensitifs à marche ascendante.

Le béribéri était connu autrefois sous les noms de hydrops asthmatica, myelopathia, scorbutica, maladie des sucreries, etc. Le premier qui en a parlé est Buntius, en 1666, qui cite une paralysie que les indigènes appellent béribéri. Quant à l'origine de ce mot bizarre, on a proposé de nombreuses étymologies : dans l'Hindoustan, *béri* signifie chèvre ou brebis; *béribéri*, sautillement de brebis; à Ceylan, *bei*, faiblesse; *beibei*, faiblesse redoublée; en arabe, *bour bari*, signifie oppression des marins, etc. Il y a beaucoup d'autres étymologies; ne nous y arrêtons pas davantage.

En 1808, des médecins anglais parlent de « barbiers » et, en 1812, Marchal, Mason (1825) et autres font de barbiers le synonyme de béribéri. D'autres en font des affections séparées. A Madras, à l'occasion d'un concours, on établit

qu'il y a une forme paralytique aussi fréquente que la forme hydropique. Des médecins hollandais (1858 et 1864) en font une étude très-remarquable et en distinguent nettement les formes diverses.

Les médecins français, dans les voyages de longue traversée, l'observent et la décrivent; à Montpellier (1867) on l'a étudiée plus que dans les thèses de Paris (1864).

J. Rochard (janvier 1866) résume les travaux faits jusqu'à cette époque; il établit l'existence de deux béribéris : les barbiers et la forme hydropique.

Leroy de Méricourt en fait une climatologie plus étendue, montre qu'il n'est pas lié aux races colorées, et qu'il atteint les Européens; il existe au Nouveau-Monde, dans l'Amérique du Sud. Leroy de Méricourt croit que les « barbiers » doivent disparaître, et qu'il n'y a que le béribéri constitué par une maladie unique.

Les formes d'épidémies peuvent varier, ce n'est pas du tout étonnant; mais elles doivent toutes rentrer dans un cadre défini : on en admettait, en effet, un grand nombre de variétés : formes inflammatoire et asthénique; cachectique, hydropique, graisseuse (Hollandais), paralytique, hydropique, mixte, atrophique.

Nous ne nous attacherons qu'à l'étude de deux formes principales : 1° la forme hydropique; 2° la forme paralytique; la forme mixte étant celle où domine plus ou moins l'une de ces variétés.

Partout, excepté dans l'Amérique du Sud, c'est la forme hydropique qui prédomine : mais il paraîtrait que la forme paralytique s'observe dans l'Amérique du Sud, comme le montre l'histoire de notre malade.

C'était un homme âgé de vingt-neuf ans à l'époque où il a quitté le Brésil, âgé actuellement de trente et un ans; né de parents français dans l'Amérique du Sud, il a habité le Venezuela pendant sept ans, puis est venu en France jusqu'à l'âge de dix-huit ans; à cette époque il eut une varioloïde. Il retourna au Brésil où il exerça la profession de professeur de français, position très-lucrative qui lui procurait un certain bien-être. Il est très-intelligent et nous donne des renseignements très-exacts sur son état pathologique. Son père est mort de la dysentérie; sa mère vit encore et est d'un tempérament nerveux. Il n'a pas d'antécédents strumeux ni syphilitiques. Il a seulement contracté autrefois une blennorrhagie.

Il y a trois ans et deux mois qu'il a commencé à être malade au Brésil, où il se trouvait à 26 degrés au sud de l'Équateur : il avait eu alors une affection du foie et de la rate; caractérisée par du gonflement et qui guérit par les badigeonnages avec la teinture d'iode.

Il y a vingt-huit mois, il fut pris d'une faiblesse de la jambe, qui se fatiguait très-vite, ce qui lui rendait la marche tellement pénible qu'il pouvait à peine sortir de son logis. Pas de fièvre.

La faiblesse devint bientôt symétrique : avec des douleurs peu intenses, mais fréquentes, qui débutèrent aux extrémités inférieures, aux orteils, sans secousse.

Il ne sait pas si les articulations étaient plus douloureuses que les parties molles. Il n'y avait pas d'enflure.

C'était le béribéri, dirent deux vieux praticiens, les plus célèbres du pays. Deux mois après, les membres supérieurs étaient envahis : il fut obligé de garder le lit; ayant voulu se lever, il sentit ses forces trahir sa volonté, et s'affaissa. La paralysie s'accrut du côté gauche, des douleurs lancinantes parcouraient le biceps et tout le membre supérieur gauche, qui fut toujours plus faible que le côté droit.

Bientôt vinrent l'anorexie, les digestions difficiles, la constipation, les éblouissements, les vertiges quand il se tenait debout; pas de céphalalgie; quelques vomissements.

Ces accidents duraient depuis un mois quand les médecins exposèrent au malade que cette affection a toujours dans ces pays une marche fatale et l'engagèrent à rentrer en France.

La traversée fut mauvaise, mais il la supporta assez bien; mieux que deux autres malades, un médecin allemand qui succomba à la même affection, ainsi qu'un autre inconnu. Notre malade fut pris de flexion forcée des mains; les pieds au contraire se plaçaient dans l'extension : l'atrophie peu sensible se prononça progressivement. Obligé par ces accidents à rester à Lisbonne sans pouvoir continuer la traversée, il y passa cinq semaines : les vomissements cessèrent; l'appétit reparut; il put reprendre la direction du Havre d'où il se dirigea sur Paris immédiatement, et entra à la Charité le 5 novembre 1876.

Il y arrive amaigri, souffrant dans toutes ses fonctions digestives, musculaires, nerveuses. Au mois de janvier 1877, je le trouve dans l'état suivant : l'atrophie des quatre membres est à un degré presque égal : les pieds sont dans l'extension forcée, la plante un peu tournée en dedans. Les gros orteils sont dans la flexion, la deuxième phalange fléchie sur la première. Le mollet est flasque : la saillie des muscles antéro-externes de la jambe n'existe plus : la crête du tibia fait un relief, et, à côté, se creuse une gouttière profonde. La paralysie de la jambe est presque complète des deux côtés, encore plus du côté gauche que du côté droit.

Les cuisses ne sont pas dans le même état, quoiqu'elles soient cependant diminuées de volume. Le malade peut, toutefois, résister aux efforts, et il est difficile de triompher de la contraction musculaire de ses membres.

La station debout est impossible. De petites secousses musculaires se font sentir, on provoque de légers mouvements des orteils; des douleurs sourdes, de l'hyperalgésie profonde à la pression du mollet, de l'analgésie cutanée, sont les autres symptômes observés.

L'action de l'électricité sur les muscles est nulle aux jambes de chaque côté, mais aux cuisses elle est conservée et constatée facilement.

Aux membres supérieurs, la paralysie et l'atrophie sont notoires, surtout du côté gauche : on remarque la chute des mains, la paralysie des extenseurs.

Le malade serre très-faiblement avec les mains; il n'éprouve plus de douleurs spontanées, mais une légère diminution de la sensibilité tactile a été constatée : il ne sentait pas le crayon ou la plume lorsqu'il écrivait.

Les muscles du bras, de l'épaule et du cou ne sont pas attaqués. On n'observe aucun trouble dans les organes des sens ni dans les facultés intellectuelles.

Le foie ne déborde pas le rebord intercostal.

Il n'y a pas d'albuminurie. Le cœur et les poumons sont sains.

Woillez, qui vit ce malade ayant mon arrivée dans ce service, le traita par l'électricité, et porta le diagnostic de paralysie atrophique. Il employa, avec les courants induits, les bains sulfureux. Le 10 janvier 1877, un phénomène remarquable se présente à notre observation : du côté gauche, apparut une succession de vésicules assez grosses, réu-

nies en groupes, ressemblant à une éruption de zona; ce qui montrait une origine nerveuse de la lésion de ce côté. Le 2 février, deuxième éruption presque sur les mêmes points, et absolument semblable à la première. La durée est de huit jours. Le 16 février, nouvelle petite éruption; le 19, douleur spontanée dans la gouttière olécranienne, sur le trajet du nerf cubital, là où l'éruption avait eu lieu.

Dans le courant du mois de mai 1877, je voulus frapper l'imagination de ce malade; je fis placer sur son lit une planchette avec des charnières portant deux attaches en fer, et disposées de façon à lui redresser les pieds, qui étaient dans l'extension, avec les orteils légèrement fléchis, comme je l'ai dit. Les muscles du membre supérieur avaient recouvré une partie de leur volume, mais il semblait qu'on n'avait obtenu aucun progrès pour le membre inférieur; les jambes restaient toujours grêles, et il y avait toujours défaut de contractilité de certains muscles; le varus du pied s'accentuait de plus en plus. Cependant l'embonpoint du malade augmentait.

A un certain moment, il se plaignit de refroidissement; mais je ne m'attachai pas à le constater, dans la crainte d'augmenter ses inquiétudes, je ne l'ai étudié que lorsque cet état se fut amélioré.

Au mois de juin, les mains et les extrémités inférieures avaient subi un abaissement très-appréciable de température : la température axillaire étant 37°,2, celle des pieds était 34°,2; le 28 juin, T° axillaire 37°,3, T° des pieds 30°. En juillet elle remonte : T° axillaire 37°,2, T° du genou 36°, du pied 37°.

A la fin du mois de juillet, la flexion des orteils au pied gauche a diminué; le malade voit les ongles; le 27, le gros orteil se redresse et il l'aperçoit.

Deux ou trois mois après, les mouvements reprennent un peu; la déformation est moindre; la station verticale debout est possible quand le malade est placé entre deux aides, mais on constate encore entre le talon et le sol un écartement de trois ou quatre travers de doigt : je me suis même demandé à un moment s'il ne faudrait pas songer à une ténotomie du tendon d'Achille, mais je renonçai vite à cette idée parce qu'il eût fallu aussi l'appliquer à la plupart des tendons des muscles fléchisseurs du pied.

Au mois de novembre, nous continuons les frictions avec toute espèce de baumes aromatiques, fioraventi, lavande, mélisse, romarin, etc., etc.

En décembre 1877, le malade commence à se lever, il peut faire quelques pas lorsqu'il est soutenu; la sensibilité est parfaite, peut-être même un peu exagérée. Pendant que le malade sentait le refroidissement de ses extrémités, il avait aussi perçu une sensation de brûlure dans les mêmes points.

Au 1er janvier 1878, la malade se tient debout entre deux camarades : les pieds sont toujours dans l'extension exagérée.

En février il allait seul s'accrochant aux lits de la salle, comptant avec bonheur, tous les jours, jusqu'à quel lit il avait pu poursuivre sa promenade.

Un jour de printemps il put descendre dans la cour, aidé par un camarade; plus tard, il peut se promener avec des béquilles.

Le 12 juillet, il sort en ville.

Comme vous pouvez le voir, il marche assez facilement maintenant, et il a repris de l'embonpoint.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 février 1879. — Présidence de M. Hervieux.

### COMMUNICATIONS

M. Millard, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société médicale des hôpitaux, sur la tombe de M. Trélat. Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

**Anévrysme abdominal chez un syphilitique.** — M. Vallin présente les pièces d'un malade qui a succombé à la rupture d'un sac anévrysmal dans l'abdomen. Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, vétérinaire, ayant séjourné longtemps en Cochinchine d'où il revint dans un état de dyspepsie, d'anémie et même de cachexie très-marquées. Il ressentait en outre des douleurs vives dans la région lombaire, douleurs se faisant surtout sentir lorsqu'il marchait un peu vite ou lorsqu'il passait de la position couchée à la position assise. Il se plaignait également de palpitations; l'auscultation du cœur faisait entendre un bruit de souffle anémique. Jamais ce malade n'avait eu d'œdème ni d'albuminurie. Lorsqu'il entra pour la première fois au Val-de-Grâce, dans le service de M. Vallin, ce malade présentait déjà tous les caractères d'une cachexie très-avancée. Cherchant quelles pouvaient en être les causes, M. Vallin apprit que quinze ans auparavant ce malade avait été atteint d'une syphilis très-grave; il avait eu, entre autres accidents, des ulcérations pustulo-crustacées dans la bouche et à l'anus et du psoriasis palmaire. Ces accidents, qui avaient disparu sous l'influence d'un traitement antisyphilitique très-énergique et très-régulièrement suivi, apparurent de nouveau cinq ou six ans après; on constata la présence d'une gomme à la région inférieure de la jambe et l'existence dans l'espace interosseux d'une énorme exostose du volume de la moitié d'un œuf de pigeon. M. Vallin attribua d'abord cet état anémique et cachectique à l'intoxication syphilitique; il eut recours en conséquence au traitement mixte par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles. Après quelques jours de traitement, l'exostose avait sensiblement diminué, mais les douleurs persistèrent avec une violence telle que M. Vallin dut chercher une autre cause que la syphilis. Par la palpation profonde, il perçut des battements dans l'hypochondre gauche, et l'auscultation, en ce point, faisait entendre un bruit de souffle; on avait donc affaire évidemment à une dilatation anévrysmale; l'artère crurale de ce côté présentait un retard manifeste sur celle de l'autre côté. M. Vallin n'en continua pas moins le traitement par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium qu'il porta jusqu'à la dose de 8 grammes par jour. Sous l'influence de ce traitement, l'exostose tibiale diminua de moitié. Le malade quitta le Val-de-Grâce, partit en province et entra, quelque temps après, à l'hôpital militaire de Clermont où il mourut subitement en s'asseyant sur son lit.

A l'autopsie, on trouva une énorme quantité de sang dans la cavité péritonéale. L'aorte était le siège de quatre dilatations dont trois méritaient véritablement le nom d'anévrysmes. La dernière se trouvait placée entre le duodénum et la tête du pancréas, et c'est dans ce point que s'est faite la rupture.

M. Vallin se demande si, dans ce cas, on doit admettre une relation entre la syphilis et les anévrysmes. Il rappelle les travaux de MM. Lancereaux, Fournier et des médecins étrangers sur l'artérite syphilitique souvent suivie de dilatations anévrysmales. On sait qu'en Angleterre, et particulièrement dans l'armée anglaise, les médecins attachent une grande importance aux maladies des gros vaisseaux et expliquent la fréquence de ces maladies dans l'armée par plusieurs causes, par les vêtements trop serrés, par l'alcoolisme et surtout par la syphilis. L'un de ces médecins, sur 117 autopsies, a trouvé 22 cas d'athérome des artères, sur lesquels 17 fois a pu être établie d'une façon certaine la relation de cause à effet entre la syphilis et cet athérome artériel.

Étant donnés ces faits, peut-on, dans le cas qui vient d'être rapporté, attribuer à la syphilis l'origine des anévrysmes? M. Vallin serait disposé à l'admettre, bien que l'examen histologique du

vaisseau n'ait pas révélé de caractères spécifiques, et qu'en outre ce traitement antisyphilitique soit resté sans influence sur l'affection vasculaire.

**M. FOURNIER** dit que l'observation communiquée par M. Vallin présente d'autant plus d'intérêt qu'elle se rattache à une question nouvelle, celle de la relation qui peut exister entre la syphilis et les anévrysmes. On sait aujourd'hui ce que la syphilis peut produire sur les artères : elle peut avoir pour effet de déterminer une prolifération de cellules arrivant à produire une véritable sclérose artérielle; or, si la syphilis peut amener de telles lésions dans les vaisseaux, on comprend aisément que, par suite du défaut de résistance d'un côté et de l'excès de pression de l'autre, qui en résultent dans ces vaisseaux, il puisse se former des poches anévrysmales. Il y a déjà deux siècles, d'ailleurs, que les auteurs parlent d'anévrysmes syphilitiques. M. Fournier cite plusieurs exemples : un auteur anglais rapporte un cas d'anévrysme abdominal chez une jeune prostituée syphilitique; M. Lancereaux, M. Blachez ont publié des cas de syphilis cérébrale ayant donné lieu à des anévrysmes; M. Fournier a lui-même observé deux cas de dilatations anévrysmatiques volumineuses de l'artère sylvienne dans des cas de syphilis cérébrale. La science est donc aujourd'hui en possession d'un certain nombre de faits prouvant qu'il existe une relation évidente entre la syphilis et les anévrysmes. Néanmoins M. Fournier se montre plus réservé que les médecins anglais qui admettent que la moitié des anévrysmes est d'origine syphilitique, plus réservé que certains médecins qui disent avoir guéri des anévrysmes par le traitement antisyphilitique. A cette occasion, M. Fournier fait justice de cet argument, à savoir qu'il n'y a pas d'anévrysmes syphilitiques puisqu'il n'y a pas d'exemples d'anévrysmes guéris par l'iodure de potassium; c'est là, en effet, un argument déplorable, attendu que l'anévrysme est une lésion commune consécutive à des altérations spécifiques et sur laquelle le traitement antisyphilitique ne peut avoir aucune influence.

**M. VALLIN** dit qu'on ne peut pas tirer un argument, dans ce cas, de l'inefficacité du traitement antisyphilitique, puisque son malade a été soumis à un traitement très-complet, et que, ce traitement n'ayant pas empêché le développement d'une gomme, il n'est pas étonnant qu'il n'ait pas empêché la production de l'artérite qui a précédé la formation des anévrysmes.

**M. CORNIL** dit que la syphilis exerce une réelle influence sur les dégénérescences, et surtout sur les inflammations des artères. Il croit donc à l'origine syphilitique de certains anévrysmes, et admet que le traitement ne peut avoir aucune influence dans ces cas.

**M. HILLAIRET** fait observer qu'il y a longtemps qu'on a signalé la présence de végétations syphilitiques dans les valvules du cœur et dans l'endocarde lui-même, végétations qui peuvent amener la formation d'anévrysmes.

**Lésions cutanées dans les maladies du cœur.**—**M. CORNIL**, en son nom et au nom de M. Rigal, fait une communication sur ce sujet. Il a étudié, au microscope, le purpura hæmorrhagica, les bulles et la gangrène de la peau qu'on observe à la période ultime de certaines affections cardiaques, et est arrivé à cette conclusion que ces lésions étaient le résultat d'infiltrations sanguines.

**Muguet œsophagien.** — **M. DAMASCHINO** présente un œsophage qui est le siège d'un muguet énormément développé, surtout à la partie inférieure.

La séance est levée à cinq heures.

---

### Service médical des secours à domicile.

Le sénateur, préfet de la Seine,

Vu la loi du 10 janvier 1849 sur l'organisation de l'Assistance publique à Paris, notamment l'article 7 portant que les médecins attachés au service du traitement à domicile seront choisis au concours ou par l'élection de leurs confrères;

Vu le vœu du conseil municipal de Paris, en date du 5 avril 1877, relatif à l'application dudit article;

Vu l'avis émis par le conseil de surveillance de l'Assistance publique, le 24 janvier 1878, au sujet des bases à adopter pour la réglementation du service dont il s'agit;

Vu les rapports du directeur de l'Assistance publique en date des 30 mai 1877 et 12 décembre 1878;

Considérant que, des deux modes indiqués par la loi, l'élection paraît la plus conforme aux nécessités de la pratique,

Arrête :

Art. 1er. — Lorsqu'il y aura lieu de pourvoir à un emploi de médecin du service des secours à domicile, la vacance sera annoncée quinze jours auparavant, au moyen d'insertions dans les journaux et d'affiches apposées dans les cadres destinés à la publication des actes de l'autorité administrative.

Art. 2. — Les candidats devront se faire inscrire, avant le jour fixé pour la désignation, et justifier qu'ils sont Français, âgés de vingt-cinq ans, munis d'un diplôme les autorisant à exercer la médecine, et domiciliés dans l'arrondissement où la vacance s'est produite. Toutefois cette dernière condition pourra être remplacée par l'engagement de venir y résider en cas de nomination.

Art. 3. — L'élection des médecins du service à domicile sera faite par tous les médecins exerçant leur profession dans l'arrondissement où la vacance existe et y résidant depuis un an au moins. Toutefois, si le nombre des électeurs n'atteint pas, au moins, le double de celui des médecins chargés du traitement des pauvres, dans la circonscription, il sera procédé à l'élection par une réunion composée des médecins de l'arrondissement et des médecins d'un ou de plusieurs arrondissements limitrophes, de manière à compléter le nombre exigé.

Art. 4. — Le bureau électoral se composera, sous la présidence du maire ou d'un de ses adjoints, des deux électeurs les plus âgés et des deux plus jeunes présents au moment de l'ouverture du scrutin.

Art. 5. — Nul ne sera élu au premier tour de scrutin s'il n'a réuni la majorité absolue des suffrages exprimés, et un nombre de voix égal au quart des médecins faisant partie du collège électoral.

Au second tour de scrutin, la majorité relative suffira. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures; il devra être constamment sous la garde de trois membres au moins du bureau électoral. En cas de second tour, l'élection sera renvoyée à huitaine.

Art. 6. — Deux jours au moins avant l'élection, le maire de l'arrondissement où elle doit avoir lieu adressera une lettre de convocation à chaque électeur.

Art. 7. — Le procès-verbal des opérations auxquelles il aura été procédé pour l'élection sera remis au maire qui le communiquera d'urgence au bureau de bienfaisance, lequel sera appelé à présenter ses observations s'il juge à propos d'en faire. Sur le vu de ces observations et du rapport du directeur de l'Assistance publique, le préfet de la Seine donnera son avis et transmettra le dossier au ministre de l'intérieur.

Art. 8. — Le médecin élu ne pourra entrer en fonctions qu'après l'investiture donnée par arrêté du ministre de l'intérieur sur la proposition du préfet.

Art. 9. — Les médecins institués resteront en fonctions pendant quatre ans. Ils seront à la disposition du service jusqu'à leur remplacement. En cas de vacance ou d'empêchement des titulaires, les docteurs en médecine résidant dans l'arrondissement pourront être requis par l'administration pour les suppléer, moyennant attribution proportionnelle de l'indemnité allouée aux titulaires.

Art. 10. — A la fin de chaque année, le bureau de bienfaisance adressera, désormais, un rapport individuel sur la manière dont il estime que les médecins ont rempli leur mission auprès des pauvres. En outre, le maire sera tenu d'avertir d'urgence le directeur de l'Assistance publique de toutes plaintes verbales ou écrites portées contre un médecin.

Art. 11. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique est chargé d'assurer l'exécution du présent arrêté

qui aura son effet à partir du 15 avril prochain. Jusqu'à cette époque, les médecins en exercice continueront leurs fonctions.

Fait à Paris, le 15 février 1879.

Signé : F. Hérold.

Approuvé, Paris, le 20 février 1879.

Pour le ministre de l'intérieur : *Le sous-secrétaire d'État*,

Signé : J. Develle.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 19 février 1879, ont été promus dans le corps de santé militaire :

*Au grade de médecin-major de 2e classe* : MM. Charropin et Danjon.

*Au grade de pharmacien-major de 2e classe* : M. Bonnarel.

— Par arrêté en date du 1er mars 1879, le concours qui doit avoir lieu à Paris, le 16 mars 1879, pour quatre places d'agrégés des écoles supérieures de pharmacie et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section de physique, chimie et toxicologie), est reporté au 28 avril suivant.

L'ouverture du concours, pour la section d'histoire naturelle et de pharmacie, reste fixée au 16 mars 1879.

— *Hôpitaux de Paris.* — Les hôpitaux de *Ménilmontant* et *Temporaire* seront dorénavant désignés sous les noms : le premier, d'*Hôpital Tenon*; le second, d'*Hôpital Laënnec*.

— L'Académie des sciences tiendra sa séance solennelle annuelle le lundi 10 mars 1879, sous la présidence de M. Fizeau.

Les lectures auront lieu dans l'ordre suivant : 1° Proclamation des prix décernés pour 1878, et de sujets de prix proposés pour les années suivantes ; — 2° Éloge historique de M. Antoine-Jérôme Balard, membre de l'Académie, par M. J.-B. Dumas, secrétaire perpétuel ; — 3° Éloge historique de M. Urbain-Jean-Joseph Le Verrier, membre de l'Académie, par M. J. Bertrand, secrétaire perpétuel.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Par décret en date du 28 février 1879, ont été nommés professeurs titulaires à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon :

MM. Picard, chaire de physiologie ; — Crolas, chaire de pharmacie ; — Mayet, chaire de pathologie et thérapeutique générales ; — Soulier, chaire de thérapeutique.

— Une nouvelle victime de la science ! M. Henri Carrette vient de succomber aux atteintes du croup contracté dans le service de l'hôpital Sainte-Eugénie, auquel il était attaché. Nous nous unissons de tout cœur à la douleur de notre malheureux confrère, le docteur Carrette qui, appelé par dépêche télégraphique, a pu recevoir le dernier soupir de son cher enfant.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Michel Davreux, décédé subitement à Liège, dans sa quarante et unième année, le 28 février 1879.

— L'excellente idée de notre distingué confrère M. le docteur Passant fait son chemin. A partir du 1er mars 1879, le service médical de nuit est établi dans la ville d'Arras.

— M. le professeur Ball nous prie de déclarer que le flacon de pepsine dans lequel on a trouvé de l'atropine n'appartenait pas à l'hôpital Laënnec.

— M. le docteur Bucquoy, médecin de l'hôpital Cochin, reprendra ses leçons cliniques le mardi 4 mars, à neuf heures et demie du matin et les continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7890.

N° 27. — JEUDI 6 MARS 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 6 MARS 1879. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La communication de M. Fauvel sur la peste, faite dans la dernière séance, était trop importante et rentrait trop bien dans les attributions de l'Académie, pour qu'elle ne dût pas avoir son épilogue. Elle l'a eu dans la séance d'hier. M. Marey est monté à la tribune pour proposer à l'Académie la nomination d'une commission chargée de rédiger un programme destiné aux médecins qui ont été envoyés en mission dans les contrées pestiférées.

Comme par anticipation M. J. Rochard avait déjà exprimé un desideratum à peu près semblable, lorsque, dans un rapport sur une note relative à la peste de Bagdad fait en novembre dernier, déplorant la pénurie de nos connaissances scientifiques sur cette affection, il émettait le désir que les médecins qui seraient appelés à l'étudier désormais ne se bornassent pas à en décrire les symptômes d'une façon sommaire, mais qu'ils s'entourassent de tous les moyens d'investigation que notre époque réclame, pour amener l'étude de cette maladie au point où en sont les autres.

M. Pasteur a saisi cette occasion pour esquisser, à son point de vue, un programme qui consisterait à faire pour la peste ce qui a été fait avec succès pour le charbon, pour la septicémie et pour la maladie infectieuse des poules, c'est-à-dire faire l'analyse du sang et la culture des germes ou organismes microscopiques, cause probable de la peste, et en acquérir la preuve par l'inoculation.

Le complément naturel de ce programme serait de chercher à se garantir, dans les expériences, du contact de ces germes avec les muqueuses absorbantes par des procédés analogues à ceux qu'on emploie pour se garantir du charbon ou de la septicémie. Et à cette occasion, rappelant la mort récente d'un interne de l'hôpital des Enfants, victime de son zèle et de son dévouement à soigner un enfant atteint du croup, M. Pasteur s'est demandé pourquoi les médecins ne s'entoureraient pas de précautions analogues lorsqu'ils ont à soigner des malades atteints de maladies contagieuses. A quoi M. J. Rochard, dans un de ces mouvements pleins de spontanéité, où l'on retrouve à la fois le chirurgien et le marin, a répondu qu'en présence d'une opération grave à accomplir, d'un péril imminent à conjurer, le chirurgien ne se préoccupe pas plus de se préserver du danger qu'il peut courir lui-même, que le soldat de garantir sa vie au milieu du feu.

Le résultat de ce petit échange d'allocutions a été la nomination d'une commission qui sera chargée de rédiger un programme et de concentrer et coordonner tous les documents relatifs à la peste.

Au début de la séance, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre dans la section de physique et de chimie médicales, qui a eu pour résultat la nomination de M. Gautier.

Dr BROCHIN.

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LABOULBÈNE.

### Un cas de béribéri (1).

II

Voilà donc un malade qui a présenté certains traits du béribéri; les médecins du pays ne s'y sont pas trompés; ils l'ont soustrait à temps à cette maladie qui, là-bas, ne pardonne pas.

Dans la plupart des cas, d'après les auteurs, on observe de l'engourdissement, de la raideur, des douleurs, des déformations des membres inférieurs; la maladie débute, en un mot, comme une affection rhumatismale. Mais il est une forme mixte remarquable; elle atteint les races colorées et se manifeste par des atrophies des extrémités; le ventre devient volumineux, l'œdème se développe, le malade arrive à un tel état qu'il ne demande qu'une chose, c'est qu'on le laisse mourir tranquille : il présente une maigreur qui « dépasse tout ce que l'imagination peut faire supposer », d'après la description des auteurs anglais. La peau est ridée, sèche, collée sur les os, le regard atone. Au milieu de tous ces symptômes, l'intelligence persiste.

La forme convulsive a été admise par le docteur Vincent, de la Réunion, qui a observé une épidémie avec accidents convulsifs.

On a dit que le béribéri pourrait avoir été confondu avec la trichinose; mais, dans les pays où il apparaît, on ne consomme guère de viande de porc, ni de viande en général : on n'y mange que du riz, des fruits pulpeux, etc.

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 mars 1879.

Enfin, notre malade a-t-il eu le béribéri, ou simplement une myélite ordinaire? C'est assurément une maladie insolite, car aucune affection cérébrale ne présente des symptômes de ce genre. Notons bien qu'il a toujours conservé son intelligence parfaite. Pendant la traversée, les troubles digestifs qu'il a ressentis n'étaient pas ceux du mal de mer: il a eu des douleurs épigastriques, des vomissements, et il ne pouvait supporter les aliments. Mais il n'a jamais eu de douleurs en ceinture, ni d'autres signes ordinaires de la myélite. Il n'a pas de maladie cérébrale : ni l'hérédité, ni aucune diathèse, ne l'y prédisposent. Ce n'a été non plus ni méningite spinale, ni typhus.

Aurait-il eu une affection musculaire? Non encore. Sans doute il a présenté des troubles musculaires, mais ils ont été consécutifs à l'affection des centres nerveux. C'est vers la moelle qu'il faut chercher les caractères de ces accidents. Mais il n'a jamais eu de sclérose en plaque; il n'en a jamais présenté les caractères, ni la flexion caractéristique, ni la rétraction.

Je ne pense pas plus à une myélite localisée transversale ou épendymaire. C'est plutôt aux lésions fasciculées, vers les cornes antérieures ou postérieures, qu'on doit chercher la lésion. On sait que, lorsqu'une cellule médullaire est malade, surtout si c'est une cellule multipolaire, les prolongements paraissent s'arrondir; le protoplasma devient plus réfringent, la névroglie plus granulo-graisseuse. Je pense que c'est à une altération de ce genre dans les cornes antérieures et dans les cordons latéraux de la moelle que nous devons chercher l'explication des lésions que nous avons observées. Je crois que c'est cette lésion qu'a déjà observée Duchenne de (Boulogne); il décrit une paralysie atrophique apyrétique avec crises gastralgiques, et lui donne le nom de « paralysie générale spinale antérieure ». C'était là probablement du béribéri. Mais ce n'était pas la forme hydropique de Leroy de Méricourt.

Quelles sont les autres lésions qui ont été rencontrées dans le béribéri? On en a invoqué beaucoup; mais on n'a rien trouvé de caractéristique. On a vu des hydropisies du péricarde, des épanchements dans les diverses séreuses, de l'anasarque, etc. A la Martinique, un médecin a fait quatre autopsies; il a trouvé un épanchement dans la cavité rachidienne avec une congestion; c'est ce qu'il désigne sous le nom d'hydropisie de la moelle.

Donon (Toulon 1878) raconte une épidémie intéressante qu'il a observée pendant un voyage en mer. La traversée dura 171 jours, et fut commencée au mois de juillet; elle fut accidentée et mêlée de toutes sortes de péripéties. Il observa 48 cas de stomatite, 28 cas de béribéri. C'est vers le mois d'octobre que la maladie fit des progrès. Il n'admet pas qu'il y ait différentes formes de béribéri : il l'a toujours trouvé identique à lui-même. Les malades observés présentaient de la lassitude, une fatigue indescriptible; ils étaient insensibles à tout, répondant à peine aux questions.

Des épanchements dans les séreuses se produisirent, et furent accompagnés de douleurs vives, souvent brusques. Les phénomènes paralytiques survinrent ensuite.

Le sang sortait en bavant, liquide, se coagulant pur, noir, livide, contenant peu de globules rouges, mais des globules blancs en plus grande quantité.

Quelle qu'ait été la variété, la terminaison a toujours été la même; elle a été la mort. Sur vingt-huit malades, deux seulement ont échappé, et encore bien péniblement. Notre confrère a pu faire quatorze autopsies, malgré les conditions très-défavorables où il se trouvait: il a fait ces autopsies au milieu de la nuit, sur un banc du pont, à la lueur des falots tenus par deux marins; nous devons à ce médecin dévoué nos plus sincères remercîments pour le dévouement dont il a fait preuve dans ces circonstances. La face des cadavres exprimait toujours le calme; le cœur était absolument envahi par la graisse; les fibres musculaires striées étaient déformées, à cassure vitreuse, nette et transversale; celles du cœur avaient subi la dégénérescence granulo-graisseuse. Le foie était gras. Le système nerveux n'a malheureusement pu être examiné.

On a cherché à expliquer ces lésions de différentes manières. Je crois toutes les théories insuffisantes. Les uns les ont attribuées à la cachexie aqueuse produite par l'usage du riz; d'autres à l'appauvrissement du sang; à une lésion voisine du scorbut; à la malaria, à l'épuisement des vivres, etc. Je crois que, en dehors de ces causes qui ont bien chacune une certaine influence, il faut surtout chercher une lésion médullaire. Seule elle peut expliquer certains cas d'hydropisies mortelles en quelques heures; un homme, par exemple, âgé de vingt-sept ans, vient à la visite médicale du bâtiment, se plaignant de douleurs attribuées à une névralgie dentaire; il est pris soudain d'une oppression épouvantable, et succombe. L'autopsie ne démontre aucune lésion.

Je pense qu'on doit trouver dans ces cas des lésions médullaires, paralytiques; car on a vu, d'ailleurs, des cas de béribéri sans infiltration œdémateuse, et avec une maigreur extrême, le cou se réduisant à quelques colonnes fibreuses sur le squelette.

Étant connus ces cas, on ne peut faire de la cachexie œdémateuse une cause nécessaire de la maladie.

Le pronostic en est toujours très-grave; il faut toujours renvoyer dans leurs pays les malades européens qui en sont atteints. Souvent ils guérissent en mer, pendant le voyage.

Le traitement a consisté surtout en application de courants induits pour empêcher l'atrophie des muscles. L'électricité peut régénérer certains faisceaux musculaires, comme M. Hayem l'a démontré. On doit donc y avoir recours. Enfin, outre le traitement général, il ne faut pas ménager aux malades les consolations morales, car, l'intelligence restant nette, ces malheureux suivent avec perplexité la marche et les progrès de leur affection.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Vidal.

### Du lupus (1).

II

Les *complications* du lupus sont inhérentes à sa nature même et aux modifications qu'il subit, ou elles tiennent à des accidents pathologiques plus généraux. Ainsi, dans la première catégorie, nous observons la congestion du tissu voisin (lupus congestif), et du tissu sous-jacent; puis l'œdème qui est la conséquence de l'altération et de l'oblitération des lymphatiques. Cet œdème est dur; la peau semble avoir une épaisseur de deux ou trois centimètres. L'inflammation peut arriver facilement dans le lupus, surtout dans la forme du lupus exedens tuberculeux, qui a une grande

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 février.

tendance à subir des poussées inflammatoires; le tubercule s'enflamme souvent, sous l'influence de causes légères, chez l'homme par un excès alcoolique, chez la femme par la menstruation, etc.

La lymphangite, l'engorgement des ganglions du voisinage qui deviennent douloureux, s'observent assez fréquemment : mais, dès que la poussée inflammatoire du lupus s'apaisera, l'adénite diminue à son tour et disparaît.

Citons aussi l'érysipèle, comme complication possible du lupus ; toutefois remarquons que sa gravité a été beaucoup exagérée.

Quant à ce qui concerne les complications « d'état général », le lupus détermine-t-il réellement l'affaiblissement de l'individu qui en est porteur ? On l'observe parfois chez des sujets qui succombent ensuite à la tuberculose, chez des scrofuleux et chez des sujets profondément lymphatiques. Mais on l'a aussi observé chez des individus robustes, à tempérament sanguin, pour lesquels le lupus paraît n'être qu'une lésion tout-à-fait locale et ne produire aucun retentissement sur l'état général.

Il est une complication, rare il est vrai, mais importante à connaître : sur quelques sujets, le lupus dure pendant de longues années, conservant son caractère typique de lupus tuberculeux ; le tubercule s'ulcère, puis il sèche et devient plus douloureux ; la croûte qui le recouvrait s'amincit, puis tombe ; les bords de l'ulcération durcissent, tendent à se renverser en dehors ; dans ces bords, on voit enchâssées de petites perles transparentes ; c'est de l'épithélioma, qui désormais va se développer rapidement et amener des conséquences désastreuses.

Le *pronostic* du lupus varie suivant les formes : le lupus érythémateux est moins grave que le lupus tuberculeux ; cependant il a une tendance à persister, à se continuer ailleurs, pendant que son centre se cicatrise.

Le lupus tuberculeux *non exedens* peut rester longtemps stationnaire ; il se termine soit par guérison spontanée, c'est-à-dire par une cicatrisation analogue à celle qui se développe par résolution, sans inflammation ni suppuration, dans le lupus érythémateux, soit par inflammation ulcérative.

Le lupus tuberculeux peut s'étendre plus ou moins rapidement, c'est le lupus *exedens ;* ou encore détruire promptement les régions, surtout le voisinage des orifices, nez, oreilles, vulve; c'est le lupus *vorax*, la forme la plus grave. Cette gravité d'ailleurs est modifiée par l'état général du sujet ; s'il est presque sans diathèse, le lupus restera dans la forme érythémateuse, ou dans le type non exedens.

Même dans toutes ses formes, le lupus est spontanément curable ; à plus forte raison peut-on obtenir la guérison par le traitement approprié. Il n'y a, d'ailleurs, de curable par l'art que les maladies qui peuvent guérir spontanément. L'ulcération, en effet, n'est que la tendance de la région à se débarrasser du lupus ; elle est suivie ensuite par la réparation. Mais cette maladie a une propagation facile ; malgré les caustiques, le grattage, les scarifications, on n'obtient que des guérisons relatives, successives.

Le *diagnostic* serait toujours facile si on ne voyait le lupus que sous son type le plus accusé ; mais combien ne rencontrons-nous pas de nuances cliniques qui obcurcissent souvent nos investigations !

Le lupus *érythémateux*, à son début, n'est constitué que par une rougeur limitée, ayant la largeur d'une pièce d'un franc environ, puis elle grandit successivement ; à ce moment on pourrait le confondre avec l'érythème exanthémateux ; mais celui-ci doit s'étendre vite et avoir une marche très-rapide ; l'hésitation n'est donc possible que pendant deux ou trois jours.

L'érythème induré de Bazin, qui se rencontre aussi chez les scrofuleux, est constitué par une petite nodosité, une sorte d'engelure, une induration rouge, comme celle du lupus ; mais elle ne se recouvre jamais de cette petite desquamation blanche analogue à de la craie écrasée, dont nous avons parlé précédemment.

Le lupus érythémateux reste localisé, ne s'étend pas et se termine par résolution.

Pour le diagnostic différentiel avec les affections à desquamation pityriasique, on éprouve quelque difficulté. Il y a le lupus pityriasiforme, que l'on a confondu autrefois avec certaines formes de pityriasis versicolor sous la rubrique de pityriasis nigra ; on les distinguera par l'instabilité des diverses éruptions desquamatives, avec une très-faible rougeur des parties sous-jacentes ; ce sont des plaques éphémères, tandis que le lupus reste permanent, à la même place, laissant des cicatrices pathognomoniques.

On pourrait prendre le lupus érythémateux exfoliatif pour du psoriasis de la face. Mais, très-promptement, on voit les cicatrices caractéristiques, les foyers cicatriciels très-superficiels ; c'est par cette cicatricule que, dans les cas difficiles, on fait le diagnostic. D'ailleurs, le traitement guérit le psoriasis en quinze ou quarante jours, tandis que le lupus résistera plus longtemps.

Le lupus *tuberculeux* présente des caractères mieux accusés ; l'aspect du tubercule d'abord, sa dilacération avec l'aiguille ensuite, offrent des caractères propres au lupus.

Dans la forme non exedens, les tubercules groupés, circonscrits, forment une plaque sur la peau, qui pourrait être confondue avec les syphilides. Mais la marche seule de l'affection, en dehors des phénomènes objectifs, suffirait pour faire le diagnostic ; le lupus reste là pendant dix, quinze années à la même place ; une syphilide ne suivrait jamais une telle évolution. La forme de l'ulcération n'est pas non plus la même ; le fond d'une ulcération syphilitique tend à se creuser à pic ; celle du lupus présente des mamelons. Si elles ont toutes les deux une marche serpigineuse, la syphilide va beaucoup plus rapidement que le lupus, qui existe ordinairement à la face, surtout avec cet aspect serpigineux, tandis que la syphilide est serpigineuse plutôt au niveau des articulations des membres qu'à la face. La durée, les commémoratifs, l'âge du sujet, sont encore des sources de diagnostic différentiel. Les cicatrices siégeant au centre caractérisent encore le lupus ; parfois cependant, quand il est guéri depuis longtemps, le lupus présente des cicatrices assez lisses, mais elles se distinguent de celles de la syphilide par l'aspect de leurs bords. La cicatrice du lupus est réticulée, bridée ; si l'on mouille la peau, si on la tend, les tubercules miliaires jaunâtres apparaissent au-dessous de la cicatrice.

La lèpre endémique pourrait être confondue avec le lupus, dans les pays où elle se rencontre (Amérique du sud, île Bourbon, littoral de la Méditerranée, Suède, Norwège, etc.). Il est une différence notable : si l'on pique le tubercule du lupus, il est sensible, moins sensible toutefois que celui de la syphilis ; mais le tubercule de la lèpre est absolument insensible ; il est dur, avec des arborisations vasculaires, siégeant surtout aux mains, aux pieds, aux

membres, et tend à se généraliser. S'il est ulcéré, il est violacé et existe en des endroits multipliés.

L'épithélioma est plus difficile à diagnostiquer ; mais il débute ordinairement sur un point. Dès son début, quand il n'est pas encore ulcéré et quand il envahit les glandes, il apparaît une séborrhée concrète, avec exfoliation épidermique, qui ferait songer au lupus; mais l'épithélioma est toujours entouré d'un cercle vasculaire bien accusé, tandis que le lupus n'a qu'une simple rougeur, pas d'arborisations vasculaires. La séborrhée de l'épithélioma est moins concrète ; puis celui-ci devient rapidement un noyau dur, qui s'ulcère, à pic, d'une façon inégale, à bords frangés, avec un fond peu sécrétant, un peu grisâtre et non jaunâtre, et surtout saignant au moindre contact (*noli me tangere*). Les ganglions sont pris dans l'épithélioma, d'une façon permanente ; enfin le microscope complète le diagnostic et le rend rigoureux.

Le diagnostic différentiel du lupus des muqueuses offre plus de difficultés ; il commence ordinairement aux orifices naturels, par exemple au nez ; il perfore quelquefois les cartilages et, comme la syphilis naso-laryngée, gagne de proche en proche. Parfois même on peut observer simultanément le lupus et la syphilis dans le pharynx et le voile du palais. Toutefois le lupus respecte longtemps les amygdales qui sont beaucoup plus rarement envahies par la syphilis. La syphilis se reconnaît à la rougeur, à la douleur, à l'ulcération rapide et envahissante. Le lupus amène moins de perforations ; il a une marche plus lente ; il offre une coloration violacée et non la rougeur bistrée de la syphilis. Son ulcération est couverte de détritus jaunâtres, son fond plus superficiel et mamelonné ; les bourgeons syphilitiques sont beaucoup plus vivaces et plus saignants. Quand on retrouve le lupus ailleurs, sur la peau, le diagnostic est inévitable ; mais le lupus peut commencer par les lèvres, par les muqueuses. Il envahit la langue beaucoup plus rarement que la syphilis. Il peut même gagner jusqu'aux cordes vocales, mais il les altère moins rarement et plus lentement, sans jamais déterminer l'œdème de la glotte.

A la vulve, le lupus s'accompagne d'un œdème chronique, et détermine souvent une sorte de pachydermie, d'éléphantiasis des grandes lèvres.

Le diagnostic est plus difficile avec les ulcérations tuberculeuses qui siègent plutôt sur les côtés de la langue ; là, le tubercule peut être reconnu, sous une apparence miliaire, s'ulcérant rapidement en foyers plus multiples que le lupus, mais tendant à se cicatriser aussi plus rapidement. D'un autre côté, si des sujets qui ont porté longtemps un lupus peuvent souvent devenir tuberculeux plus tard, la tuberculose se rencontre toujours, et avec des lésions avancées, dans la cavité thoracique des sujets atteints de tubercule de la langue.

L'*étiologie* du lupus a soulevé bien des hypothèses. Au point de vue de l'âge, le lupus érythémateux se développe très-rarement au-dessous de l'âge de quinze à dix-huit ans ; il est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Sur vingt-deux cas, quinze femmes et sept hommes. Le lupus tuberculeux apparaît chez les individus plus jeunes, vers l'âge de trois, quatre, six ans ; son maximum de fréquence est entre la sixième et la dixième année ; il n'est jamais congénital. Très-fréquent jusque vers vingt ou vingt-cinq ans, il est exceptionnel chez les vieillards ; cependant vous l'avez vu, dans nos salles, sur une femme âgée de cinquante-six ans. Le lupus n'est ni contagieux, ni héréditaire. Nous pouvons suivre, en cet hôpital, plusieurs familles de lupiques, qui même se marient entre eux ; leurs enfants n'en sont pas atteints.

Le lupus est-il une production hybride d'une autre diathèse? Est-il une manifestation tardive de syphilis héréditaire (Cazenave, Fayel, Doyon)? Rien ne le prouve absolument. L'iodure de potassium réussit très-bien contre le lupus, surtout chez les sujets scrofuleux. Faut-il admettre pour cela que le lupus vient de la scrofule? Assurément, on serait tenté, en certains cas, de le croire. Est-ce une complication d'une autre diathèse avec la scrofule? Est-ce une vraie scrofulide (Bazin, Hardy, Erasmus Wilson)?

Mais l'eczéma chez les scrofuleux ne perd pas ses caractères typiques, la syphilis des scrofuleux reste toujours bien caractérisée ; ses signes ne sont pas modifiés par cette constitution. Pourquoi le lupus voilerait-il cette évolution typique? Reconnaissons plutôt que c'est une chose encore inconnue, ayant ses modalités différentes suivant les degrés, suivant les constitutions, etc. Sans doute, il est beaucoup plus fréquent chez les scrofuleux ; on comprend qu'on ait cherché à établir une relation entre ces deux états, mais actuellement nous ne devons pas encore nous prononcer.

Dans une troisième leçon, nous étudierons le traitement du lupus.

---

## REVUE DE SYPHILIOGRAPHIE

I. **La Syphilis du cerveau,** par le docteur A. Fournier ; Paris, Masson, 1879. — II. **Des écoulements blennorrhagiques de l'homme et de la femme,** par le docteur Pouillet ; Paris, Delahaye, 1879. — III. **De la syphilis infantile acquise,** par le docteur Pontet ; Paris, Delahaye, 1878.

I. Le livre de M. Fournier, annoncé depuis quelque temps déjà, était impatiemment attendu. Il régnait et, malgré l'ouvrage dont nous allons parler, il règne encore une sorte de mystère sur les manifestations *nerveuses* de la syphilis. Le volume qui vient de paraître commence une série d'études intéressantes. Il ne traite que de la syphilis du cerveau. Ce titre est peut-être par trop prétentieux et miroitant; mais l'habit ne fait pas le moine, et c'est franchement une œuvre utile à plus d'un titre que celle que soumet M. Fournier au jugement du public médical. Si les manifestations de la diathèse sur les centres nerveux ont été signalées dans d'anciens ouvrages, elles n'ont été étudiées que de nos jours, et encore il ne faut pas remonter bien loin. Malheureusement c'est de l'étranger surtout que nous vient la lumière sur ce point. On comprendra sans peine qu'il nous est impossible de suivre l'auteur dans ses diverses leçons ; ce serait sans profit pour nos lecteurs, car il est des choses qu'il faut lire et qui ne supportent pas l'analyse. De plus, les classifications adoptées par M. Fournier, quoique présentées avec beaucoup d'éclat et de sûreté apparente, ne peuvent être discutées que pied à pied, et cette discussion dépasserait de beaucoup les limites qui nous sont imposées dans cette revue.

Mais il est important, dans l'intérêt des syphiliographes et dans celui de la science même, d'appeler l'attention, puisqu'on peut considérer l'étude des manifestations syphilitiques sur les centres nerveux en quelque sorte comme nouvelle, sur quelques considérations étiologiques très-habilement présentées par le savant auteur.

La syphilis, dit M. Fournier, n'a que faire de causes adjuvantes pour se porter sur le cerveau ; elle existe, et c'est assez.

Cela est vrai pour la majorité des cas. Néanmoins les observations prouvent que parfois certaines causes impriment à la maladie infectieuse une direction vers le cerveau. C'est ainsi que, se portant vers l'organe de résistance moindre, elle s'en prendra au cerveau

chez les sujets dont cet organe est en état de suractivité physiologique ou d'excitation morbide. Quant à la question de savoir s'il est des syphilis qui prédisposent plus ou moins, suivant leur forme, à des accidents cérébraux, malgré l'opinion de M. Broadbent, elle est loin d'être résolue. Tout ce qu'on peut dire, et ce sont là les conclusions de M. Fournier, c'est que toute syphilis peut être suivie d'accidents cérébraux, que la bénignité originelle de l'affection n'est point une garantie, qu'au contraire même, d'après un certain nombre de faits authentiques, les syphilis bénignes fournissent aux accidents indiqués le plus fort contingent.

Une des parties les plus intéressantes et certainement les plus nourries du volume que nous étudions, est sans contredit celle qui est consacrée à l'anatomie pathologique. Nous retrouvons là le talent propre de M. Fournier qu'on peut définir en nommant ses deux qualités maîtresses, la *méthode* et l'*expression juste*. La lecture de ces quelques leçons est des plus instructives et prépare à bien comprendre celles qui suivent et qui sont consacrées à la partie clinique. Quoique moins bien faites que les précédentes, ces dernières constituent un exposé complet de l'état actuel de la science sur cette intéressante question de la syphilis cérébrale.

II. L'utilité d'un livre sur les écoulements blennorrhagiques de l'homme et de la femme ne se faisait nullement sentir. On a beaucoup écrit, en effet, sur ce sujet. Malgré cette inutilité reconnue, M. le docteur Pouillet vient de publier un assez bon ouvrage sur cette matière fertile. Nous nous attendions à trouver une étude d'ensemble sur les virus, mais notre espoir a été déçu. Ce serait cependant, dans un pareil livre, le lieu et la place de dire quelques mots de cette étude fondamentale. De plus, il n'est pas aussi facile que semble le croire M. Pouillet, de distinguer dans bon nombre de cas l'affection locale virulente de l'affection locale non virulente. A ces réserves près, on trouvera dans le livre de M. Pouillet d'excellentes parties. Nous signalerons entre autres les chapitres consacrés à la blennorrhagie vulvaire, uréthrale et vaginale, aux écoulements blancs non contagieux spéciaux à l'homme et à la femme, etc.

III. Quoique un peu écourtée, la thèse de M. le docteur Pontet est excellente de tous points. C'est une grosse et vaste question que celle de la syphilis infantile acquise. On ne peut qu'encourager les études sur ce point délicat ; aussi doit-on savoir gré à ceux qui apportent une pierre si minime qu'elle soit. Tel n'est pas le cas de M. Pontet. Il apporte beaucoup ; il est vrai qu'il eût pu apporter davantage.

Une division naturelle s'impose d'elle-même dans l'étude de la syphilis infantile acquise, à savoir : ou bien la syphilis est transmise accidentellement, ou bien l'infection est intentionnelle. Dans la pratique cette division est moins nette, car il faut tenir grand compte de la délicatesse que comporte la question.

Les divers modes de contamination de l'enfant dans la *syphilis accidentelle* ont été suffisamment étudiés pour qu'il soit inutile d'y revenir ici. Il n'en est pas de même lorsque l'infection est *intentionnelle*. Le médecin légiste se heurte, dans les cas de ce genre, à des difficultés parfois insurmontables. On sait en effet que la syphilis peut être communiquée à des enfants après des tentatives de viol ou d'attentats aux mœurs, tentatives amenées soit par de viles et basses passions, soit surtout par un préjugé populaire bien connu. Ici, ce qu'il est important de déterminer nettement, c'est le siège des lésions primitives. Trois régions sont plus spécialement atteintes. Ce sont la bouche, l'anus et la vulve. Les lésions primitives de la bouche sont assez rares. Il en est de même de celles de l'anus. C'est surtout à la vulve que la syphilis est transmise. Il est souvent difficile de trouver le chancre infectant chez les enfants contaminées. M. Letulle en a cependant noté quatre observations dans un mémoire publié il y a un an à peu près. Le plus souvent, d'après le regretté professeur Tardieu, il siège soit à la face interne d'une des deux grandes lèvres, soit dans la région clitoridienne. Il se présente toujours, quel que soit le lieu où il siège, avec les caractères qui lui sont propres dans chaque région. Mais, dans la majorité des cas, les premières lésions appréciables sont les plaques muqueuses, soit que le chancre ait disparu, soit qu'il y ait eu transformation *in situ*. Nous avons eu personnellement occasion de publier, dans un mémoire paru en 1877, plusieurs observations où cette transformation s'était opérée sous nos yeux chez des adultes.

Au point de vue de l'apparition des accidents secondaires, la syphilis infantile acquise marche rapidement, mais la marche générale de la maladie est lente malgré l'intervention des hommes de l'art. Cette évolution est néanmoins variable, et cela se conçoit aisément. Ce qui ressort des diverses observations publiées sur cette question, c'est que les accidents secondaires apparaissent plus rapidement chez l'enfant que chez l'adulte. Quant au pronostic, il est fort difficile de le poser d'une façon certaine. Nous pensons que l'hygiène doit ici jouer un rôle prépondérant, et cette manière de voir nous a donné quelques succès dans des cas que plusieurs de nos confrères les plus éminents jugeaient désespérés. Le médicament spécifique généralement employé est la liqueur de Van Swieten. Pour être juste, il ne faut pas oublier que l'iodure de potassium a donné de bons résultats à M. Fournier. Quel que soit le traitement employé, il doit être continué longtemps. La guérison absolue et définitive, dit M. Pontet, est à ce prix, et il a cent fois raison.

Dr V. de Fourcauld.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mars 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

M. le préfet de la Seine adresse une lettre par laquelle il demande l'avis de l'Académie sur la formation d'une commission composée de médecins traitants, de membres du conseil municipal et de délégués de diverses administrations dans le but d'augmenter la valeur des documents recueillis dans le bulletin mensuel de la statistique municipale.

Cette lettre est renvoyée à une commission composée de MM. Fauvel, Bergeron, Broca, Delpech et Lagneau.

La correspondance non officielle comprend : 1° Une lettre de MM. Bochefontaine et Charles Richet qui se portent candidats dans la section d'anatomie et de physiologie ; 2° un travail de M. le docteur Cabasse intitulé : *De la propriété des eaux chlorurées sodiques de Bourbonne comme révélatrice de la diathèse syphilitique latente ou ancienne* (comm. des eaux minérales) ; 3° un rapport manuscrit de M. le docteur Pugibet, médecin aide-major de première classe, sur la variole dans la garnison d'Alger et sur les vaccinations et revaccinations pratiquées sur le 83e régiment d'infanterie ; 4° une lettre de M. le docteur Peyraud (de Libourne) accompagnant l'envoi de plusieurs travaux à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

**La torsion vertébrale, son mécanisme et son influence sur la formation des caractères anatomiques de la déviation latérale de l'épine. — M. Jules Guérin** présente sous ce titre un mémoire dont il lit les conclusions suivantes :

1° La torsion est un fait constant et général des déviations latérales de l'épine ; on l'observe sur tous les squelettes de sujets déviés et elle est invariablement liée au phénomène de la courbure, quels qu'en soient le siège, le degré, le nombre et la direction.

2° La torsion est le résultat de quatre ordres d'influences qui assurent à la colonne vertébrale sa plus grande résistance dans le sens transversal, savoir : sa constitution osseuse, la résistance passive de ses muscles, leur contraction passagère et leur contraction permanente.

3° En vertu de ces influences, la colonne vertébrale se trouve dans la condition d'une tige qu'on voudrait fléchir sur une arête ou dans le sens de sa plus grande résistance et qui, pour échapper à cette impossibilité, subit un mouvement de torsion qui lui fait présenter sa face la moins résistante à l'effort de flexion.

4° En vertu de l'accroissement d'avant en arrière des agents de cette résistance latérale du centre de la vertèbre à l'extrémité de

son apophyse épineuse, la torsion vertébrale ne s'exécute pas autour de l'axe même de la colonne, mais autour d'un axe passant par le sommet des apophyses épineuses.

5° Il résulte de ce mécanisme et de cette disposition que les courbures vertébrales sont toujours plus prononcées en avant qu'en arrière, c'est-à-dire suivant la ligne des corps vertébraux que suivant la ligne des apophyses épineuses; et qu'à leur première période ou degré, les courbes décrites par les corps vertébraux mesurent déjà 15 millimètres de flèche, alors que les apophyses épineuses continuent à décrire par leur sommet une ligne droite : cette proportion de 15 millimètres en plus au début des courbures antérieures se conserve à tous leurs degrés en s'accroissant du chiffre de la demi-flèche des courbures postérieures.

6° La torsion est le facteur principal des caractères anatomiques de la déviation latérale de l'épine : elle se traduit au dehors par les déplacements qu'elle imprime aux annexes de la colonne et aux parties qui les recouvrent, et le caractère spécial de ces déplacements se résout dans la saillie en arrière et la dépression en avant des parties correspondantes aux convexités des courbures et, réciproquement, dans la dépression en arrière et la saillie en avant des parties correspondantes à leur convexité : d'où les deux gibbosités antérieure et postérieure des sujets atteints de déviations latérales considérables.

### ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

La liste de présentation portait :

En première ligne, M. Jungfleisch; en deuxième ligne, M. Gautier; en troisième ligne, M. G. Bouchardat; en quatrième ligne, M. Hardy.

Le nombre des votants étant de 77, majorité 39, M. Gautier obtient 33 suffrages, M. Jungfleisch 26, M. Bouchardat 16.

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité, il est procédé à un second tour de scrutin. Sur 29 votants, majorité 40, M. Gautier obtient 47 suffrages, M. Jungfleisch 30, deux bulletins blancs. M. Gautier est proclamé élu.

M. MAREY, à l'occasion de la communication de M. Fauvel sur la peste, se plaît à reconnaître la parfaite suffisance, on pourrait même dire l'excès des moyens défensifs mis en œuvre contre ce fléau ; mais il voudrait savoir ce qu'on fait au point de vue de l'étude de cette maladie. On n'a pas encore appliqué à cette étude les données actuelles relatives au rôle important que jouent les organismes inférieurs dans la pathogénie de certaines affections. Ne serait-il pas possible d'instituer un plan d'études, une sorte de programme basés sur ces recherches elles-mêmes, et l'Académie ne serait-elle pas d'avis de nommer une commission à cet effet? M. Marey en fait la proposition formelle.

M. BOUILLAUD, appuyant fortement cette proposition, dit qu'il ne faut pas perdre les occasions malheureuses qui s'offrent à nous d'étudier la peste. Il a déjà soutenu cette opinion que nous n'avions pas seulement à chercher les moyens préservatifs à opposer à ces maladies, mais que nous devions nous appliquer plus spécialement encore à en déterminer les origines. C'est surtout dans ce sens que devrait être institué un plan d'étude : on ne vaincra jamais les Romains que dans Rome, disait Annibal; on ne vaincra jamais la peste que dans ses lieux d'origine, dit M. Bouillaud, et c'est pourquoi il voudrait voir tous les peuples consacrer les millions dépensés pour les guerres à s'unir dans une sainte alliance pour combattre ces terribles fléaux dans leurs foyers d'origine.

M. FAUVEL, en réponse à M. Marey, dit qu'il ne connaît pas les instructions qui ont été données à la commission allemande, mais il fait observer qu'il a été donné à M. Zuber un certain nombre d'instructions dans le sens indiqué par M. Marey. Actuellement, ajoute M. Fauvel, nous ne connaissions qu'un seul moyen de neutraliser le principe morbifique de la peste, c'est le feu. M. Fauvel appuie également la proposition de M. Marey.

M. PASTEUR fera ce qu'il s'était promis de ne jamais faire à l'Académie ; il parlera de ce qu'il ne sait pas.

Mais, comme il croit aux germes, et qu'il présume que ces germes jouent un rôle dans la peste, comme dans bien d'autres maladies épidémiques, il émettra son opinion sur ce sujet.

M. Pasteur suppose qu'il soit chargé d'aller étudier la peste sur les lieux où elle se développe; la première chose qu'il ferait, serait d'essayer la culture du sang d'un pestiféré. Si, après plusieurs cultures successives de l'organisme infectieux que M. Pasteur suppose être la cause de la peste, cet organisme produit la peste, on sera sûr qu'il est bien réellement la cause de cette maladie. M. Pasteur entreprendrait ces recherches, l'esprit dégagé de toute prévention. Mais comment agir ainsi sans danger?

Il croit fermement qu'on peut, sans danger, étudier la peste au sein même d'hôpitaux encombrés de pestiférés, en prenant les précautions suivantes. Comment ces organismes inférieurs, dont a parlé M. Pasteur, arrivent-ils dans l'économie? Par les muqueuses de l'œil, de la bouche, du nez, des oreilles ou des bronches ; or, il suffirait de soustraire toutes ces muqueuses au contact de l'air par du coton, en appliquant sur la bouche un appareil spécial, laissant la respiration très-libre. Resterait l'alimentation ; pour écarter tout danger de ce côté, M. Pasteur ferait recuire lui-même ses aliments, et ne boirait que des eaux minérales provenant de pays étrangers.

En réalité, ajoute M. Pasteur, l'infection est bien plus difficile qu'on ne se l'imagine. Il étudie, en ce moment, dans son laboratoire, trois maladies particulièrement infectieuses : le charbon, la septicémie, et une maladie spéciale aux volailles, qu'on appelle le choléra des poules, et dont M. Pasteur possède maintenant l'organisme infectieux. Eh bien, il n'y a jamais eu d'accidents, dans ce laboratoire, ni sur les personnes, ni sur les animaux qui s'y trouvent. L'infection se fait donc bien plus difficilement qu'on ne le croit généralement, et rien n'est plus facile que de l'éviter quand on possède la véritable étiologie de ces maladies infectieuses.

M. ROCHARD, tout en accordant une grande importance aux recherches faites dans le sens indiqué par M. Pasteur, rappelle que rien n'a été fait encore pour la peste, au point de vue clinique. On n'a pas encore idée de la marche de la température dans cette maladie, ni des résultats que donnerait l'analyse du sang et des différents liquides de l'économie. En un mot, ce qui a été fait pour la fièvre jaune ne l'a pas encore été pour la peste. Des recherches faites dans ce sens, seraient évidemment des plus utiles et n'exigeraient pas l'appareil instrumental, ni les précautions excessives et d'ailleurs impossibles en pratique, indiquées par M. Pasteur, pour les recherches de laboratoire. Il n'est pas de médecin en effet, qui, en présence d'une maladie épidémique quelconque, consentirait à se boucher les yeux, le nez, les oreilles et la bouche ; il s'inquiète avant tout, par son maintien et sa tenue, de rassurer les malades et de donner le bon exemple aux infirmiers et à tous ceux qui, comme lui, doivent approcher les malheureux atteints de l'épidémie. Quel est le chirurgien qui, en pratiquant une trachéotomie, a jamais songé à se garantir contre les fausses membranes, que l'opéré lui crache si souvent à la figure?

M. PASTEUR admire le courage des médecins et des chirurgiens bravant ainsi les plus grands dangers sans prendre la moindre précaution pour s'en garantir. Cependant c'est avec une vive douleur qu'il a appris que ces jours derniers encore, un jeune élève des hôpitaux succombait en quelques heures aux atteintes d'un croup contracté en faisant son service. Il ajoute que, dans tout ce qu'il a dit relativement à la peste, il n'a eu en vue que l'expérimentation.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la proposition de M. Marey. Cette proposition est adoptée, et une commission est nommée, composée de MM. Pasteur, Bouillaud, Fauvel, Marey, Davaine, Jaccoud, Bouley et Rochard.

La séance est levée à cinq heures.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours est enfin établi pour la nomination aux places de médecins aliénistes des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière. On ne saurait trop applaudir à cette mesure libérale du préfet de la Seine.

La fixation d'une limite d'âge, — qui pourrait être déterminée d'après celle des médecins des hôpitaux de Paris, — serait une mesure complétant très-heureusement l'institution de ce concours.

— Par décret en date du 4 mars 1879, M. Ballay, aide-médecin auxiliaire de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel en date du 10 février 1879, M. le professeur Decaisne a été nommé directeur suppléant du muséum pour une période de cinq ans.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Jacques Abbadie-Tourné, interne à l'hôpital des Enfants-Malades, qui vient de succomber à la diphthérie contractée dans son service.

— Le conseil municipal de Paris délègue M. le docteur Lamouroux à l'inspection de l'observatoire de Montsouris.

— *Académie des belles-lettres, sciences et arts de la Rochelle.* — La médaille d'or (grand module, de la valeur de 300 francs) sera décernée en 1879 par la section de médecine et de chirurgie, qui met au concours la question suivante : *De l'affection vermineuse chez les enfants : causes; symptômes; traitement; préjugés et erreurs.*

Chaque manuscrit devra porter une devise et être accompagné d'un billet cacheté portant à l'extérieur la même devise, et à l'intérieur le nom de l'auteur. — Le concours sera clos le 1er octobre 1879, dernier terme auquel les ouvrages devront être remis à M. le docteur Drouineau, secrétaire de la Société de médecine, 4, rue des Augustins, à la Rochelle.

— *École pratique : travaux pratiques de médecine opératoire.* — Les étudiants qui désirent suivre les travaux pratiques de médecine opératoire pendant le semestre d'été 1879, sont priés de se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté avant le samedi 22 mars.

Les cartes d'admission seront délivrées au Secrétariat, les vendredis et samedis de une heure à quatre heures du soir, à partir du 28 février. Les élèves munis de ces cartes devront se faire inscrire les mêmes jours, de deux heures à quatre heures du soir, à l'École pratique, au bureau du Chef du matériel.

Il y aura plusieurs cours successifs; par conséquent, le nombre total des élèves inscrits sera divisé en plusieurs séries, qui seront appelées successivement à prendre part aux travaux pratiques de médecine opératoire, la première avant Pâques, la dernière en juin.

Les premiers inscrits auront le droit de choisir l'époque à laquelle ils désirent être appelés à l'École pratique. Les cours auront lieu tous les jours de une heure à trois heures. Chaque cours sera fait par un chef de pavillon, assisté de quatre moniteurs au moins.

Les élèves seront exercés aux manœuvres obstétricales.

Un cours de médecine opératoire aura lieu en octobre, avant l'ouverture de la saison de dissection ; mais, pour y être admis, il faudra ou avoir échoué au deuxième examen de doctorat, ou avoir suivi l'un des cours d'été, ou prouver que l'on a été dans l'impossibilité de suivre l'un de ces cours.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7908.

N° 28. — SAMEDI 8 MARS 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 8 MARS 1879. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Nigritie de la langue.

On sait que plusieurs théories ont été proposées pour expliquer la nigritie de la langue, ou langue noire, dont plusieurs observations figurent dans les annales de la science. Les uns l'attribuent à la production insolite du pigmentum qui colore la peau des nègres ; d'autres en font remonter l'origine à la présence de granulations pigmentaires entourant les cellules épithéliales ; d'autres enfin, et c'est là l'opinion qui paraît prédominante, en trouvent la cause dans la présence d'un parasite végétal, d'un microphyte, ce qui leur a fait donner à cette lésion le nom de glossophytie. M. le docteur A. Dessois ayant eu l'occasion d'étudier cette affection de près sur un étudiant en médecine, interne des hôpitaux, qui lui a communiqué tous les éléments de sa propre observation, rapprochant ce fait de ceux qui ont été déjà publiés ou qui ont été l'objet de communications aux sociétés savantes, en a fait le sujet d'une monographie très-intéressante à laquelle nous allons emprunter les traits principaux de cette histoire.

Avant de faire connaître les résultats des recherches de M. le docteur Dessois sur le fond du sujet, nous résumerons ici en quelques mots l'histoire du cas présenté par l'étudiant en médecine, M. H. D... C'est lui-même qui parle.

Vers la fin du mois de septembre dernier, dit-il, étant encore à la campagne, je remarquai plusieurs fois que ma langue était recouverte d'une coloration noire qui allait en s'étendant. Déjà un aspect analogue avait un peu attiré mon attention auparavant, mais les nuances étaient si légères, l'étendue si limitée, les sensations habituelles si normales et l'altération si bien dissimulée sous un enduit saburral ordinaire, que je ne pouvais m'en inquiéter.

L'intensité et l'extension rapide de la coloration noirâtre m'engagea bientôt à en rechercher la cause et le traitement. Dès mon retour à Paris, je demandai l'opinion de M. Brouardel, qui m'adressa à M. Lailler, afin de déterminer la nature et les caractères du microphyte en soupçon. M. Lailler découvrit l'existence de très-fines granulations, qui étaient manifestement des spores. Il pria M. Malassez de les étudier. Durant plusieurs jours M. Malassez moissonna abondamment mes papilles à des périodes variables de coloration. J'eus, quelque temps après, la bonne fortune de lui apporter au Collège de France ma langue en pleine nigritie.

C'était la seconde fois en un mois que la coloration prenait une telle intensité. La première fois la teinte avait persisté environ vingt jours, en diminuant peu à peu d'intensité ; l'altération avait présenté une période d'augment plus courte que la période de déclin.

La seconde atteinte fut plus brusque dans son développement ; en deux jours elle atteignit son maximum.

Passant par diverses nuances alternatives (blanche, jaune, puis brunâtre, puis noire), s'étendant progressivement sur la face supérieure du V lingual vers les bords où elle n'était marquée que par un léger pointillé, laissant indemne la face inférieure, semblant s'enfoncer avec l'organe vers l'isthme du gosier, respectant la pointe, s'exagérant dans les points où l'hypertrophie papillaire s'exagérait elle-même : tels étaient les divers caractères de la coloration dans les deux manifestations citées plus haut.

Si de plus on ajoute l'absence de douleur, d'enduit saburral, de fétidité et de sensations désagréables, une sécheresse extrême, la possibilité de l'évolution en quelques jours, la teinte rosée ou violacée de la muqueuse à la surface de laquelle se détachent les papilles, la desquamation succédant assez rapidement à la coloration sans être jamais complète, on aura un tableau fidèle des divers phénomènes qui accompagnent la nigritie à son degré le plus intense.

L'hypertrophie papillaire qui accompagne la coloration a-t-elle joué le rôle de cause ? N'a-t-elle été qu'une simple coïncidence, ou les deux altérations ont-elles vécu côte à côte sans s'influencer ? C'est ce que M. D... ne saurait dire. Ce qu'il sait, c'est que cette hypertrophie des papilles a précédé l'apparition de toute coloration appréciable et que son développement a été progressif. Son existence coïncide avec une dyspepsie, mais elle a progressé avec elle, se généralisant peu à peu à toute la surface linguale.

L'un des points les plus intéressants de cette histoire est la marche de cette nigritie procédant par poussées successives, disparaissant presque complètement pour se développer de nouveau presque aussitôt d'une façon progressive.

Voici en quels termes M. le docteur Dessois expose cette marche.

La coloration noire débute par le milieu de la langue, croît peu à peu en étendue et en intensité jusqu'à ce que,

arrivée à un certain degré, elle disparaisse peu à peu. Cette disparition de l'affection se fait par suite d'une desquamation qui débute par le sillon médian.

Au moment du maximum d'intensité de l'affection, la sécheresse de la langue est extrême, les papilles du sillon médian sont rares, accolées les unes aux autres en séries linéaires ou par touffes laissant entre elles des fissures profondes au fond desquelles on aperçoit la couleur rosée de la muqueuse. Le pourtour de la plaque, au contraire, est d'un noir uniforme, sa surface est plane. En dehors d'elle on observe un petit pointillé noir sur le reste de l'organe. Il y a deux petits sillons latéraux presque symétriques, dirigés obliquement vers la pointe de la langue, présentant à l'écartement de leurs bords le même état que le sillon médian.

Cet état dure ainsi trois ou quatre jours; puis on voit l'enduit de la périphérie de la plaque perdre son aspect uni, sa surface devient également veloutée ; alors apparaît un léger pointillé rosé, tenant à la chute du revêtement épithélial allongé des papilles laissant apercevoir la coloration normale des papilles. La langue reprend ainsi peu à peu son aspect à peu près normal ; il ne reste plus que quelques papilles dans les sillons, génération nouvelle qui s'est faite pendant la desquamation et qui va être la semence et le point de départ d'un nouveau retour de l'affection. La durée totale de toutes ces phases de l'affection est d'un mois environ.

En examinant les papilles à des époques différentes du développement de l'affection, on se rend compte de la succession des phénomènes. Des amas de spores se développent d'abord à la base des papilles et les écartent. La présence du parasite étant une cause d'irritation nutritive, le revêtement épithélial de la papille s'hypertrophie. La masse champignonneuse prolifère en même temps et bientôt elle forme autour de la papille une sorte de manchon. Les sporules s'insinuent en outre entre les cellules épithéliales les plus superficielles et les dissocient.

La végétation cryptogamique formée d'un amas considérable de sporules fines, au milieu desquelles sont emprisonnées des cellules épithéliales dissociées, présente une teinte sépia diffuse, plus foncée sur les bords où la couche est plus épaisse, et au contraire à peine sensible au niveau de l'axe même de la papille.

La papille continue à s'allonger et le cryptogame à s'accroître ; celui-ci envahit bientôt toute la longueur de la papille.

Bientôt toute cette masse parasitaire se détache, entraînant dans sa chute les cellules épithéliales sous lesquelles elle s'est insinuée.

Cette marche de l'affection donne l'explication de la différence des résultats touchant la présence ou l'absence du parasite, que l'on constate dans les observations publiées jusqu'ici. M. le docteur Dessois pense que, dans les cas où ils ne l'ont pas trouvé, les observateurs ont examiné les papilles au moment où, dépouillées de leur végétation parasitaire, elles offrent une structure assez analogue à celle des poils ou des ongles. Ce qui confirme notre confrère dans cette opinion, c'est le résultat des recherches auxquelles M. Malassez s'est livré et qui montrent que, sur toute langue qui présente un enduit saburral, l'on rencontre, surtout le matin, entre les papilles, de petites masses champignonneuses formées par une agglomération de sporules extrêmement fines.

En résumé, d'après M. Dessois, la langue noire ne différerait des langues normales que par trois points : une plus grande abondance de sporules parasitaires, une hypertrophie papillaire et une coloration noire, trois circonstances qu'il croit devoir rapporter à la spécificité du cryptogame dont la nature est encore indéterminée.

Il resterait, pour compléter cette étude, non-seulement à déterminer l'espèce de microphyte dont il s'agit, mais encore à chercher s'il se développe de lui-même sur la muqueuse linguale par suite d'une prédisposition particulière inconnue, ou s'il a besoin, pour y prendre racine, d'une inoculation préalable.

A défaut de ces notions qui pourraient donner peut-être des indications rationnelles pour le traitement de cet état, la thérapeutique n'est pas tout à fait au dépourvu ; quelques indications utiles sont fournies par la marche même de la maladie et sa localisation dans l'épithélium lingual. Au moyen du chlorate de potasse et surtout du borax, on obtient la desquamation des papilles et l'entraînement au dehors du parasite. L'usage intérieur des alcalins s'est aussi montré utile en augmentant l'alcalinité de la salive. Enfin à ces moyens on a pu joindre efficacement le raclage de la langue avec une spatule et des lotions parasiticides avec une solution de sublimé au 1/500e, au moyen d'un pulvérisateur. Dans le cas particulier de l'étudiant en médecine D..., on a mis en usage avec avantage les moyens de combattre la dyspepsie acescente qui n'était probablement pas étrangère à la production ou tout au moins à l'entretien du microphyte.

**Lithiase biliaire, ictère, inflammation de la vésicule et syphilide papuleuse.**

Une femme, âgée de vingt et un ans, couchée au n° 10 de la salle Sainte-Anne du service de la clinique à l'hôpital de la Charité, présente un exemple d'une affection compliquée, qui a exigé une analyse clinique attentive pour être ramenée à ses véritables éléments. Voici en quelques mots son histoire. Accouchée il y a environ deux ans, cette femme a eu, à la suite, une péritonite pour laquelle elle a été soignée à l'hôpital Beaujon. Elle était bien rétablie lorsqu'il y a quelques mois elle ressentit une douleur vive à l'épigastre, survenant après chaque repas et s'accompagnant quelquefois de vomissements. Ces douleurs, dont le siège principal paraissait être à l'épigastre, tendaient à irradier dans le côté droit. Cette femme continuait néanmoins à travailler, mais en janvier elle s'aperçut qu'elle devenait jaune et en même temps que ses urines avaient une teinte foncée, tandis que ses matières alvines étaient, au contraire, décolorées, grisâtres. C'est alors qu'elle se décida à entrer à l'hôpital.

A son arrivée dans les salles, elle avait le teint d'un jaune citrin ; la langue était recouverte d'un enduit jaunâtre ; ses urines avaient l'aspect caractéristique de l'ictère ; elles avaient une teinte brune tirant sur le vert ; elles étaient recouvertes d'une mousse colorée en vert à la surface. Les divers réactifs, acide nitrique, chloroforme, teinture d'iode, y révélaient de la manière la plus manifeste la présence des diverses matières colorantes de la bile. Mais quelle était la cause de cet ictère? C'était ce qu'il s'agissait de rechercher.

Il y avait eu un phénomène antérieur à l'ictère : c'était la douleur épigastrique irradiant dans le côté droit, douleur qui se manifestait en général deux heures après le repas. Ce n'était pas une douleur gastralgique. La gastralgie ne s'accompagne pas ordinairement de vomissements et elle n'a pas cette intensité. D'ailleurs, la coïncidence de cette dou-

leur intense avec l'ictère ne pouvait guère laisser hésiter longtemps l'esprit sur l'existence d'une colique hépatique, résultat probable de la présence de calculs dans les voies biliaires. Il y avait, en outre, chez cette malade, manifestation d'une douleur assez vive à la pression sous les fausses côtes, dans le point correspondant à la vésicule biliaire, et un léger mouvement fébrile accusé par un peu d'accélération du pouls, de 76 à 80, et par une température de 38°. Ce petit mouvement fébrile, qui n'appartient ordinairement ni à l'ictère ni aux calculs a sa cause ici dans une inflammation probable de la vésicule.

Enfin on constate chez cette malade une éruption spéciale que l'on eût été naturellement porté, au premier abord, à attribuer à l'ictère, qui s'accompagne souvent, comme on le sait, d'un prurit causé par la présence des éléments de la bile dans la peau, amenant après lui, par le fait du grattage, un véritable prurigo. Mais ici il n'en était pas ainsi. Il s'agissait d'une éruption papuleuse plate, ne s'accompagnant point de démangeaison et n'entraînant par conséquent pas le grattage. Sur quelques points, particulièrement dans la région dorsale, ces papules étaient recouvertes de croûtes noires et entourées d'une auréole de coloration cuivrée. C'était évidemment une syphilide papuleuse, n'ayant aucune relation avec l'ictère et ne jouant, par rapport à l'affection calculeuse biliaire, d'autre rôle que celui d'une complication. Ce qui achevait d'éclairer sur la nature syphilitique de cette affection, indépendamment de sa caractéristique propre, c'était l'existence d'une plaque muqueuse à la marge de l'anus.

Ainsi cette femme est atteinte à la fois de lithiase biliaire accusée par les douleurs de la région gastro-hépatique et par l'ictère, laquelle par le fait de la migration des calculs a amené une inflammation de la vésicule, le tout compliqué d'une syphilis à la période secondaire.

Un traitement complexe s'adressant à la fois à ces deux éléments principaux a été institué en conséquence.

### Traitement préventif de l'érysipèle.

Nous sommes à l'époque de l'année où les érysipèles traumatiques sont fréquents dans les services de chirurgie où ils constituent souvent de véritables petites épidémies. Plusieurs cas se sont manifestés depuis quelques jours dans le service de M. Gosselin à la Charité. Il est probable que ce service n'est pas le seul en ce moment où l'on observe cette fâcheuse complication et que nous aurons l'occasion d'en constater ailleurs. Il nous a paru qu'il serait utile, à cette occasion, de rappeler le traitement prophylactique que M. Gosselin oppose à l'éventualité de l'érysipèle, traitement qui paraîtrait, depuis qu'il le met en usage dans les salles, avoir notablement diminué les proportions de cet accident. Il va de soi que ce que nous appelons avec M. Gosselin le traitement préventif de l'érysipèle n'est autre qu'un mode de pansement des plaies destiné à modérer le travail inflammatoire et surtout la suppuration et à supprimer les accidents produits par l'intensité trop grande de cette inflammation. On a déjà compris que nous voulons parler du pansement alcoolique.

Parmi les derniers malades entrés dans le service et qui ont été soumis à ce mode de pansement, nous citerons entre autres un malade entré pour une plaie contuse de la main avec fracture d'une phalangine; un autre malade entré pour une plaie de tête très-étendue à grands lambeaux et dénudation considérable des os du crâne ; un troisième atteint d'anévrysme faux primitif de l'artère radiale et chez lequel M. Gosselin a pratiqué la ligature de la radiale aux deux bouts. Tous ces malades ont été pansés, non pas à l'alcool, mais à l'eau-de-vie camphrée.

M. Gosselin employait dans le principe l'alcool, dont il avait été amené à constater les remarquables effets sur les plaies et la propriété d'empêcher ou de retarder l'inflammation suppurative. Mais il n'a pas tardé à reconnaître quelques-uns des inconvénients de l'alcool, entre autres celui de favoriser la gangrène à laquelle sont particulièrement exposés les malades atteints de plaies contuses avec attrition des tissus, et il lui a substitué, depuis, l'usage de l'eau-de-vie camphrée qui ne marque que 52° à l'alcoomètre de Gay-Lussac au lieu de 90° que marque l'alcool rectifié. L'eau-de-vie camphrée, dit-il, par cela même qu'elle est moins coagulante et moins astringente que l'alcool, laisse disponible une plus grande quantité de matériaux nutritifs, tout en diminuant très-suffisamment l'intensité de l'inflammation suppurative. Elle la diminue même tellement qu'il ne faut pas en continuer l'usage plus d'un certain nombre de jours, de douze à quinze au plus, sous peine de s'exposer à un long retard dans la cicatrisation. Voici, en général, sauf les indications particulières tirées du siège et de l'étendue de la plaie, de quelle manière M. Gosselin applique ce pansement.

Le premier jour il place sur la plaie un morceau de tarlatane pliée en plusieurs doubles, imbibée préalablement d'eau-de-vie camphrée, un taffetas ciré par-dessus et une couche de ouate maintenue par un bandage. Ce pansement est renouvelé tous les jours. Vers le dixième jour environ, on commence à voir des bourgeons charnus et l'on trouve la tarlatane imbibée d'eau liquide puriforme, au lieu du sang ou de la sérosité sanguinolente qui l'avait imbibée d'abord. Puis, lorsque, vers le douzième ou quinzième jour au plus tard, la plaie est devenue granuleuse et suppure franchement, il remplace l'eau-de-vie camphrée par la solution phéniquée au centième.

Le malade à la plaie de tête, pansé ainsi, ne présentait le sixième jour de ce pansement que des phénomènes inflammatoires très-modérés, une très-légère suppuration dans laquelle le pus se trouve mélangé de sang et de sérosité, et pas la moindre menace d'érysipèle.

Dr Brochin.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Hémorrhagie rénale chez un enfant mort d'éclampsie.** — M. Cottin a présenté à la Société anatomique l'observation, recueillie dans le service de M. Siredey, d'un jeune enfant de trois ans et demi, mort d'éclampsie. Les attaques ont duré cinq jours, très-violentes, presque continuelles.

A l'autopsie, on constata la présence d'une hémorrhagie dans le rein droit, occupant son extrémité inférieure et se présentant sous la forme d'un foyer apoplectique parfaitement bien limité. Ce foyer apoplectique avait le volume d'une grosse noix ; il occupait les deux substances, surtout la substance corticale. A son centre, on voit la coupe d'un assez gros vaisseau dont la lumière est complètement oblitérée par un bouchon fibrineux. La présence de ce vaisseau, siège de thrombose, exactement au centre du foyer apoplectique, indique nettement le point de départ et le mécanisme de cette hémorrhagie.

Dans le reste du même rein, on n'observait rien de spécial et celui du côté opposé était parfaitement normal. (*Progrès méd.*)

**Corps étranger dans le larynx. — Extraction par les voies naturelles.** — M. Krishaber publie, dans les *Annales des maladies du larynx*, l'observation d'une fillette de neuf ans qui avait, en jouant, dans un accès de rire, aspiré une petite plaquette de cuivre qu'elle tenait à la bouche. Immédiatement elle fut prise de toux et d'une douleur assez vive qu'elle rapportait à la région laryngienne. Le corps métallique brillant fut reconnu, au laryngoscope, dans la cavité du larynx, au niveau des cordes vocales, de la forme d'une pièce de 20 centimes en argent, mais beaucoup plus légère.

M. Krishaber fit coucher l'enfant à plat ventre, en travers sur un lit, de façon que la tête dépassât le bord du lit, la face tournée vers le sol; il s'agenouilla devant l'enfant, et de l'index de la main gauche il pénétra jusqu'au vestibule du larynx en renversant l'épiglotte en avant et en l'aplatissant contre la base de la langue. Il fraya ainsi un passage libre à une pince laryngée très-mince qu'il introduisit de la main droite; il put ainsi saisir la pièce de cuivre et l'extraire.

Dans ce procédé opératoire, M. Krishaber attache de l'importance à deux éléments de succès, qui sont la position de la tête et l'introduction du doigt dans le larynx. La position de la tête doit être telle que, le corps étranger étant déplacé, il ait la tendance de tomber à terre, ce qui n'aurait pas lieu si le patient était opéré debout ou assis. On peut même ajouter qu'il y a, pour certains corps étrangers, inconvénient grave d'opérer le patient étant assis, comme cela a lieu pendant l'examen laryngoscopique, car il suffirait qu'une petite pièce, comme celle dont il est question ici, une fois saisie, se plaçât de champ pour tomber entre les lèvres de la glotte. C'est dans cette crainte que l'auteur s'est bien gardé de tenter l'extraction en s'éclairant du miroir laryngé. L'introduction du doigt jusque dans le vestibule du larynx n'est pas moins utile; elle permet de conduire la pince tout le long du doigt avec une sécurité pour ainsi dire infaillible. (*Mouvem. méd.*)

**De l'hydarthrose dans le cours de la phlegmatia alba dolens.** — Le docteur Ory publie trois observations où il a constaté l'existence d'épanchements de liquide dans l'articulation du genou et même dans l'articulation tibio-tarsienne, chez trois malades atteints de *phlegmatia alba dolens* survenue dans des conditions diverses. Cette hydarthrose peut n'apparaître qu'au bout de quelques jours après le développement de l'œdème. Elle peut persister longtemps après le rétablissement de la circulation veineuse du membre. Cette persistance prouve que la stase du sang dans les veines articulaires ayant déterminé une sorte de transsudation de la portion liquide du sang à travers la synoviale, ce liquide provoque, à son tour, par sa présence, une irritation plus ou moins intense des parois articulaires, et entraîne à sa suite une lésion persistante d'une certaine gravité. (*France méd.*)

**De la percussion des os.** — Luecke (Centralbl. J. chir.) utilise la percussion des os dans une foule de cas en chirurgie, soit pour s'assurer de divers points douloureux, soit pour reconnaître, grâce aux modifications que la maladie imprime au son normal rendu par l'os, les changements de texture des différentes parties du squelette. Il pratique cette percussion soit avec les doigts, soit avec un petit marteau, et il ne manque jamais de comparer le résultat obtenu à celui que donne la même exploration sur l'os sain, à cause des grandes variations qui sont fournies par les divers malades. L'auteur dit, du reste, que ce genre de percussion a été pratiqué depuis longtemps, mais que cependant on y fait plus grande attention depuis qu'on traite chirurgicalement les affections centrales des os, afin de prévenir l'extension du mal aux parties avoisinantes.

Les différences *acoustiques* entre l'os malade et l'os sain peuvent surtout se percevoir sur les os longs des membres. On doit toutefois se rappeler que les épiphyses rendent un son *plus haut* que les diaphyses. Une fracture récemment consolidée, par le son *plus bas* que donne la percussion à son niveau, témoigne de l'oblitération du canal central et de la présence en ce point d'une masse osseuse épaisse, de tissu compacte. L'ostéite chronique des épiphyses fournit également un son *plus sourd*, tandis qu'un tibia dont le tissu est raréfié donne un son remarquablement *plus élevé* que celui rendu par le tibia sain de l'autre jambe. Cette percussion doit toujours être exécutée, le membre étant soulevé et ne reposant pas sur un plan résistant (lit ou table). (*Un. méd.*)

**Nécrose phosphorée des deux maxillaires supérieurs.** — Il est très-rare que la nécrose phosphorée siége sur les maxillaires supérieurs : M. Chuquet en a présenté à la Société anatomique une observation recueillie dans le service de M. Verneuil.

Une fille qui était occupée dans une fabrique à mettre des allumettes chimiques en boîtes n'éprouva d'abord pas d'accidents. Puis de violentes douleurs se firent sentir dans la tête; les joues, les gencives se tuméfièrent successivement, et du pus s'écoula par la narine droite. La malade rendait par la bouche des crachats que, pour la couleur, elle comparait à du vert-de-gris.

Après onze mois de maladie, elle entre à l'hôpital. La face est déformée; la voûte palatine présente, au centre, une dépression linéaire, et, de chaque côté, deux saillies longitudinales. Les maxillaires apparaissent dénudés sur les parties latérales, et, en avant, ressemblent à une mâchoire de squelette.

M. Pozzi pratiqua l'extirpation du séquestre du maxillaire gauche, qui était mobile, en faisant la résection du maxillaire droit encore retenu par un petit pont osseux.

Le séquestre enlevé comprenait toute la moitié inférieure des deux maxillaires. (*Progr. méd.*)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 mars 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### DISCUSSION SUR LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE

M. Farabeuf. Mon intention n'était point de prendre la parole dans la discussion sur les méthodes de pansement, mais je m'y suis décidé après avoir entendu l'argumentation de M. Desprès; c'est à lui surtout que je me propose de répondre. Il s'agit de savoir s'il y a véritablement des pansements antiseptiques. Et d'abord, y a-t-il une putréfaction des liquides sur les plaies, et le contact de l'air est-il nuisible?

Il est universellement admis que les plaies récentes absorbent et qu'il y a des agents septiques. Mais y a-t-il des agents antiseptiques, ce qui revient à demander si certains agents peuvent empêcher la putréfaction? Cela est démontré par le simple fait de conserver des prunes dans un bocal d'eau-de-vie, et, à l'École pratique, nous le voyons tous les jours quand, avec deux cents grammes d'acide phénique, nous conservons indéfiniment un cadavre qui, sans cela, subirait précisément les mêmes altérations putrides que celles de la lymphe plastique des plaies au contact de l'air. Il existe certainement des agents qui empêchent la putréfaction, du moins à ce qu'on voit se passer *in vitro*; on m'accordera, je pense, qu'il en est de même sur les plaies. Quoique je ne veuille point discuter la question clinique, je puis cependant formuler une opinion, car, à l'amphithéâtre d'anatomie où viennent échouer les cadavres des gens morts à la suite des amputations et des plaies diverses, je me trouve parfaitement placé pour apprécier un peu la valeur des méthodes de pansement, et je suis encore renseigné par les récits des internes des différents services qui sont toujours, vous le savez, une police organisée, contrôlant les actes des maîtres. Or il m'arrive des cadavres du Nord et du Sud, et j'ai des éléments intéressants pour porter un jugement.

Le pansement à l'alcool n'a pas tant de qualités qu'on le dit; cependant M. Desprès fait un véritable pansement à l'alcool et un pansement par occlusion; il fait aussi une cautérisation de la plaie en la lavant, le premier jour, à l'alcool pur. Malgré cela je remarque que ses résultats ne sont pas très-flatteurs, dans un hôpital réunissant des conditions aussi favorables, a-t-on dit, que les hôpitaux de province.

Le pansement de Lister a été décrit en France plus tôt que ne le

pense M. Desprès; dès 1871, M. Terrier en avait fait la description. Quant à dire que les étrangers font des amputations et des opérations de complaisance, ce n'est pas démontré; Roux et M. Topinard déclarent qu'en Angleterre on n'opère pas à la légère, et, parmi les amputations faites par M. Desprès, pour des tumeurs blanches, en pleine septicémie, on pourrait aussi demander si ce n'est pas un peu tard.

Il semblerait que les succès obtenus actuellement sont le résultat d'une constitution médicale ou d'une bourrasque d'air aseptique qui guérit tous les opérés. N'y aurait-il là qu'une pure coïncidence? Eh bien, en chirurgie, il ne faut pas dire que, si l'on guérit mieux les malades, c'est un simple hasard; cela tient à ce que la chirurgie a fait de grands progrès. Le pansement de Lister est doublement avantageux parce qu'il est ouvert aux liquides de la plaie et parce qu'il est fermé à l'air extérieur. Sa supériorité lui vient de ce qu'il assure la réunion immédiate, qui est encore une condition essentielle. Le malade que M. Desprès nous a présenté sera combien de temps à promener son pansement? puis il aura un moignon hideux et détestable. De même pour les amputations du sein : au lieu de faire attendre deux mois la cicatrisation de sa plaie à une femme qui n'a plus que peu de temps à vivre, le pansement de Lister, qui obtient des réunions en quinze ou vingt jours comme M. Panas l'a démontré, fera gagner un mois de tranquillité à cette malade. Et pour les moignons, surtout aux extrémités, la réunion immédiate est un immense avantage. C'est pour obtenir cette réunion immédiate que l'on a imaginé les méthodes à lambeaux et qu'on nous a enseigné à garder assez de chairs pour mettre en contact ces lambeaux. La réunion immédiate a donné d'excellents résultats dans les diverses écoles chirurgicales; si elle a eu des revers, c'est parce qu'on ne savait pas la réaliser. Aujourd'hui on y parvient par le pansement de Lister qui comprend toutes les précautions favorables à cette réunion. Ce pansement n'est pas non plus une importation d'Angleterre en France; ses principes étaient, au contraire, originaires de France, où l'on employa beaucoup jadis le coaltar et le plâtre, le coaltar saponiné, etc.

Si l'on considère la liste des partisans de la méthode antiseptique, on la trouve très-longue, avec les noms de chirurgiens éminents qui ont une grande valeur clinique, et, parmi eux, on rencontre des hommes tels que M. Langenbeck, qui s'y est rallié, ainsi que M. Gosselin lui-même, qui pensait autrefois que c'était une affaire de mode. Si des chirurgiens ayant une longue expérience acceptent les idées nouvelles, il faut bien admettre qu'il y a là quelque chose de bon. Le nombre des adversaires de cette méthode est, au contraire, très-restreint, et encore, parmi eux, a-t-on le droit de citer Callender qui fait des lotions phéniquées, des ligatures au catgut, du drainage des plaies? De même ceux des chirurgiens allemands qui disent beaucoup de mal du pansement de Lister l'ont simplement falsifié, et tous emploient les antiseptiques. A Zurich, où l'on exposait les moignons au contact de l'air, Roser comptait 20 pour 100 de mortalité; il y a renoncé et il fait aujourd'hui des lotions phéniquées deux fois par jour. Les Russes même font usage du catgut phéniqué, des pansements fermés, des lavages phéniqués, des sutures étagées, du drainage ou des vapeurs phéniquées. Il y a vraiment un consentement unanime pour accepter le pansement de Lister; le chirurgien, d'ailleurs, n'a pas inventé tous les moyens accumulés dans son pansement; il nous a emprunté et l'occlusion, et le drainage, et les travaux sur l'acide phénique; il n'a pris en Angleterre que le catgut.

M. Desprès ne nous a pas parlé de ses opérations de castration : les amputations de jambe, dont il dit que ce sont de détestables opérations parce qu'il a eu deux insuccès, sont pourtant suivies parfois de beaux résultats, même lorsqu'elles sont faites dans des conditions déplorables. Grâce au pansement de Lister, on peut aujourd'hui ouvrir les abcès par congestion, ouvrir les articulations du genou, etc., sans redouter les accidents qui étaient classiques autrefois.

**M. Verneuil.** Je tiens à protester, une fois pour toutes, contre les attaques qui me sont éternellement adressées sur la sepsine et sur l'opinion qui me représente comme un adversaire de la réunion immédiate. Si on lisait ce que j'ai écrit toujours, et notamment ma « Note sur vingt-huit grandes amputations des membres », on verrait que j'ai fait le pansement de Lister, et que je le trouve excellent. On fait le plus grand tort à la réunion immédiate en l'employant dans des cas où elle est plus dangereuse que les autres procédés; voilà ce que j'ai dit et répété. Mais j'ai toujours reconnu que la réunion immédiate, quand elle est bien employée, donne les résultats les plus brillants.

**M. Trélat.** Il est temps de quitter le terrain de la critique générale de toutes les questions qui se rattachent à la septicémie, pour revenir à la discussion du mémoire de M. Perrin sur le pansement à l'alcool. On a reproché, à juste titre, aux expériences intéressantes de notre collègue de n'être pas convaincantes. Je ne pense pas du tout qu'il faille repousser les expériences de laboratoire; si tous les expérimentateurs viennent nous dire que la septicémie est d'origine extérieure, et si leurs contradicteurs n'opposent à ces faits que des arguments tirés de leur sentiment ou de leurs goûts personnels, je suis parfaitement d'avis qu'il faudra conserver à chacun de ces faits un caractère de conviction qui s'impose à l'esprit : tels sont les faits avancés par MM. Pasteur, Davaine, Laborde. Mais toutes les questions ne sont pas résolues.

Il serait d'abord nécessaire de s'entendre : quand on parle de septicémie, on répond pyohémie. Ce n'est pourtant pas du tout la même chose. La septicémie aiguë est une affection à marche essentiellement rapide, emportant en deux à trois jours les animaux de petite taille auxquels on l'a inoculée, et, chez l'homme, amenant la mort en vingt heures à quatre jours. C'est une affection du début des plaies; elle présente si bien un caractère d'intoxication que personne n'en doute : si l'on diffère d'opinion, c'est que les uns estiment qu'elle est autogène, créée par l'individu lui-même, tandis que les autres pensent qu'elle vient de l'extérieur, et est apportée par les doigts, les linges, les instruments, etc. Des lapins auxquels on fait une simple incision des tissus, et que l'on place dans une chambre septicémique, succombent à la septicémie sans qu'on leur ait fait la moindre injection.

La pyohémie n'est pas cela : c'est une affection relativement tardive, éclatant non pas dans les premiers jours, mais seulement vers le cinquième, le dixième ou le douzième jour; elle peut durer plus ou moins longtemps, quelquefois quinze jours, ou même, prenant une forme chronique, elle dure six à sept semaines, comme je l'ai observé moi-même. Ses caractères, ses frissons, ses variations de température, l'état calme du malade, le subdélire, la coloration de la peau, etc., tout la différencie de la septicémie. Tandis que l'expérimentation reproduit et cultive la septicémie à volonté, l'infection purulente déjoue nos recherches : on ne peut la reproduire que rarement, difficilement, en trichant pour ainsi dire.

Entre la septicémie et la pyohémie, séparées par de si profondes différences, il y a pourtant un lien : il est incontestable qu'à force de combattre la septicémie, nous avons vu disparaître la pyohémie. Dire que nous ne la voyons plus, c'est dire que nous la guérissons : vous avez entendu M. Verneuil qui ne l'a plus vue depuis trois années, depuis qu'il lui a montré un visage antiseptique. Voilà l'effet de nos tentatives antiseptiques.

Dans ce sens, l'alcool a ses partisans. M. Th. Anger, M. Gosselin, dans les plaies de tête, emploient l'alcool; beaucoup de chirurgiens en font un pansement accessoire très-utile; moi-même, je n'ai pas renoncé aux bains d'eau fortement alcoolisée pour traiter les plaies contuses, pour l'achèvement de la cure des plaies à la période de bourgeonnement. Cependant, si l'on compare le pansement à l'alcool avec quelques autres pansements, on peut lui reprocher qu'il est volatil et demande à être renouvelé fréquemment; qu'il est coagulant, irritant, douloureux pendant les premiers moments, et qu'il faut provoquer cette douleur à chaque pansement; que les plaies pansées à l'alcool ne marchent pas rapidement, etc. Je voudrais bien savoir si les « alcoolistes » les plus convaincus oseraient laver le péritoine ou une cavité articulaire avec des linges imbibés d'alcool. Il y a longtemps que moi-même j'ai fait usage du pansement à l'alcool : ayant rejeté les

corps gras dès le début de ma carrière chirurgicale, j'arrivai à la Maternité en 1864; depuis 1867, dans les services de chirurgie, j'employai d'abord l'eau froide, puis, voyant que mes pansements tombaient en putréfaction, j'additionnai l'eau de glycérine, dont il me fallut tellement augmenter les proportions que je me résolus à la glycérine pure; celle-ci étant trop poisseuse, ne faisant pas de mal, mais ne faisant pas grand bien, je repris un mélange d'eau, d'alcool et de glycérine, remplacé bientôt par l'eau et l'alcool seuls, en proportion croissante; enfin je terminai par le mélange d'eau, d'alcool et d'acide phénique au centième ou au deux-centième : solution que je me flatte d'employer depuis 6 ans.

Il faut juger les pansements sous divers rapports: il faut d'abord, comme critérium, calculer la mortalité de certaines plaies identiques; mais cela ne suffit pas, on doit encore considérer comment se comportent les plaies sous ces pansements. La méthode ne tient pas à l'emploi du drain, du catgut, de la suture, de la gaze, etc. Ce qui la constitue, c'est l'aspiration antiseptique qui existe plutôt qu'une véritable méthode antiseptique. La recherche de la réunion des plaies, et les moyens divers employés par Lister, voilà un ensemble de faits véritablement neuf. Ce qui me confond vraiment, c'est de voir ces plaies avec des bords roses et nets : il ne se passe rien sur ces grandes surfaces sectionnées; on dirait que les continuités organiques ont été respectées. Voyez-les deux ou trois jours après : elles sont recollées dans une grande étendue; ailleurs, pas de suppuration, un simple bourgeonnement inerte. Voilà où est la nouveauté ; voilà ce que personne n'avait obtenu auparavant, ou, du moins, si on l'obtenait quelquefois, ce n'était que dans des circonstances extraordinaires, au milieu de conditions rares de perfection. Actuellement, on se soucie beaucoup moins de réunir ces conditions spéciales d'ordre purement mécanique, et l'on peut aborder un certain nombre d'entreprises thérapeutiques, qui auraient été jadis absolument inaccessibles, et auxquelles on n'avait jamais songé. Comparez les discussions de notre Société il y a quinze ou vingt ans avec celles qui nous occupent aujourd'hui, et vous jugerez du progrès accompli : nous ne discutons plus tannes du cuir chevelu, ganglions du poignet, etc.; aujourd'hui nous traitons ovariotomie, résections, ouverture d'articulations, laparotomie, etc. Je ne voudrais pas dire qu'un tel programme ait été réalisé par la « méthode antiseptique » ; on a trop employé ce terme; mais je l'attribuerais plutôt à la terreur de la contagion qui nous a tous gagnés : nous craignons la contagion partout, et, pour nous y soustraire, nous n'employons que des matériaux neufs ou rigoureusement désinfectés. L'esprit de propreté introduit dans nos mœurs opératoires, voilà le fond des pansements antiseptiques ; ce n'est pas à dire que je dédaigne protective, catgut ou mackintosh, mais s'il fallait, en dernier ressort, décider ce que l'on doit sacrifier et ce que l'on doit conserver, je dirais, en premier lieu, qu'il faut garder à tout prix la crainte de la contagion, et bien savoir qu'à chaque instant nous pouvons porter des germes de contagion sur les plaies; je placerais ensuite au deuxième rang la règle de ne consentir à panser les blessés qu'avec des matériaux vierges de tout contage. J'admets aussi, bien entendu, la nécessité du repos, de l'immobilisation des plaies, etc., et je reconnais que les diverses pièces du pansement de Lister sont des moyens thérapeutiques excellents. Je suis partisan du pansement de Lister, modifié comme je vais vous le faire entendre; il y a longtemps que je le pratique, car j'étais « listérien, phénicien » naturellement, et, pour ainsi dire, avant de naître.

M. MARC SÉE. J'ai employé les irrigations alcooliques avant M. Perrin; en 1866, déjà, je les pratiquais à l'hôpital Cochin, pendant que j'y remplaçais Follin : j'ai lu une note sur ce sujet, à la séance du 2 décembre 1866, à la Société de chirurgie : je pense donc en être le premier promoteur. J'ai renoncé, depuis, à l'alcool pour le pansement des plaies, et je ne l'emploie plus que pour les écrasements des doigts, par une sorte de reconnaissance, car il ne m'a jamais donné d'insuccès dans ces cas. Je l'ai remplacé par les solutions de chloral, qui est un désinfectant irréprochable, d'odeur agréable, de très-bas prix, et d'une influence très-efficace sur les plaies.

Mais je proclame que, pour certains cas déterminés où l'on cherche la réunion immédiate, tumeurs, hernies étranglées, etc., rien n'est supérieur au pansement de Lister. Je n'en veux pour preuve que cette magnifique observation : à la fin du mois d'octobre, un phlegmon du mollet suppuré avait amené, chez un jeune homme, une propagation vers le genou, avec ouverture dans l'articulation. Une arthrite suppurée éclata. M. Lucas-Championnière fit l'incision de cette articulation sur une longueur de 8 centimètres ; il ouvrit l'articulation, en fit sortir le pus et les lambeaux de fibrine, pratiqua des lavages phéniqués de la cavité articulaire, puis il appliqua le pansement de Lister. Le lendemain, la fièvre était tombée; la réunion se fit par première intention, et vingt jours après la guérison était complète. Les mouvements articulaires étaient conservés.

La séance est levée à cinq heures et demie.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 4 mars 1879, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur M. le docteur du Defaix (Jean-Marie), médecin français, résidant à Santiago de Cuba.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés :

*Officiers de l'instruction publique* : MM. le sénateur docteur Garelli ; Simyan, médecin de l'école et du collège de Cluny; Darax, médecin du lycée de Pau ; Garnier, médecin du lycée du Mans.

*Officiers d'Académie* : MM. les docteurs Charvet, médecin du lycée de Grenoble ; Baillot, médecin du lycée de Bar-le-Duc ; Cassan, médecin du lycée d'Albi; Heurtaux, professeur à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes ; Blin, président du comité d'économie politique, à la société industrielle de Saint-Quentin.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Dupré, préparateur à la Faculté des sciences de Nancy, est nommé préparateur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Henninger, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Badal, chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des yeux, est chargé, en outre, d'un cours théorique d'ophthalmologie.

M. d'Antin (Émile), né le 27 février 1855, à Lagarrigue (Lot-et-Garonne), est nommé préparateur d'histologie.

M. Auzouy, docteur en médecine, directeur du service médical de l'asile public d'aliénés de Bordeaux, est chargé du cours clinique annexe des maladies mentales, en remplacement de M. Giraud.

Sont institués chefs de clinique : MM. Vaillard (clinique médicale); Dubourg et Mandillon (clinique chirurgicale); Rey de Clotte (clinique obstétricale).

MM. Bouvet et Courtin sont nommés aides d'anatomie.

MM. Bergonié (physique); Magué (pharmacie); Simoud (histoire naturelle), sont nommés préparateurs.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Puel, agrégé, est nommé maître de conférences de chirurgie et d'accouchements à ladite Faculté, pendant l'année scolaire 1878-79.

M. Batteur (Georges-Albert), bachelier ès sciences, est nommé aide-préparateur des travaux chimiques et pharmaceutiques, en remplacement de M. Delahaye, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Caudrelier (Joseph-Antoine), né à Louvignies (Nord), le 20 novembre 1855, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé aide-préparateur d'anatomie, en remplacement de M. Breynaert, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Chotin (Léopold-Louis-Désiré-Joseph), né à Fournes (Nord), le 18 juin 1855, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé aide-préparateur d'anatomie, en remplacement de M. Dubar, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École pratique des hautes études.* — M. Chamberland, agrégé, préparateur à l'École normale supérieure, est chargé des fonctions de sous-directeur du laboratoire de chimie physiologique, en remplacement de M. Joubert, démissionnaire.

M. Roux, aide de laboratoire à l'Hôtel-Dieu, est chargé des fonctions d'aide préparateur au laboratoire de chimie physiologique, en remplacement de M. Boutroux, appelé à d'autres fonctions.

— MM. les docteurs A. Desevisins, conseiller général à Misserghin, et Turot, conseiller général à Saint-Denis du Sig, sont nommés membres du conseil départemental de l'instruction publique d'Oran.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Caron (Charles, Alfred), médecin du dispensaire de salubrité, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 5 mars, à l'âge de soixante-deux ans.

M. Caron, praticien très-répandu dans le quartier du Palais-Royal, avait été interne des hôpitaux de Paris, et s'était considérablement occupé de l'hygiène et des maladies des nouveau-nés. Parmi ses publications les plus remarquées, on doit citer un *Traité de la puériculture.* Il aimait la science, était l'un des membres les plus actifs de la Société de médecine pratique, et suivait assidûment les séances de l'Académie de médecine. Il comptait beaucoup d'amis et sera très-regretté.

— Depuis le 1er mars 1879, le service médical de nuit est établi dans la ville de Lille.

— La société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 13 mars, à huit heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : 1° constitution médicale du mois de février, policlinique. — 2° L'élection appliquée aux médecins des bureaux de bienfaisance. — 3° M. H. Bergeron : traitement de la diphthérite par les inhalations fluorhydriques. — 4° MM. Bernier de Bournonville et Passant : observation d'éclampsie.

*Hôpital Saint-Antoine.* — M. V. Cornil commencera des conférences sur « l'anatomie pathologique et la clinique » le lundi 17 mars, et les continuera les mercredis et lundis suivants. Visite des malades à huit heures et demie ; leçons cliniques de neuf heures à dix heures du matin.

---

**De la rétention incomplète d'urine au point de vue anatomique et clinique dans les cas de lésions prostatiques et de rétrécissement de l'urèthre,** par le docteur A. Jean. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**Essais de lexicologie médicale,** note pour servir à l'histoire de la fluxion, par le docteur Clermont. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7914.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

### Thrombose cachectique des sinus de la dure-mère et convulsions finales des maladies de l'enfance.

I

A l'occasion de la mort par convulsions de la petite fille du n° 41 de la salle Sainte-Catherine, je vais m'occuper de la thrombose cachectique des sinus et des convulsions finales des maladies de l'enfance. J'en ai déjà parlé il y a quinze ans pour prendre date, et, comme ce sujet se rattache à mes premières études sur l'oblitération spontanée des veines, il fera l'objet de cette leçon et des suivantes.

Le travail que j'ai publié en 1844 *sur la coagulation du sang veineux dans les cachexies et dans les maladies chroniques*, pour faire suite à un premier mémoire *sur la phlegmatia alba dolens*, a été le point de départ de l'idée des thromboses veineuses aujourd'hui vulgaire dans la science.

Personne ne doute à présent que la phlegmatia alba dolens des nouvelles accouchées et la phlegmatia alba dolens de la cachexie tuberculeuse, cancéreuse, lymphatique ou autre, ne soit anatomiquement la même maladie, caractérisée par la thrombose d'une ou de plusieurs veines importantes du membre abdominal. Tout le monde a vu des faits de ce genre ; leur nombre est considérable ; les recueils scientifiques en sont remplis, et c'est à peine si on ose en publier de nouveaux.

A cette thrombose veineuse des membres abdominaux, on a dû ajouter des cas plus rares de thrombose des veines iliaques, de la veine cave, de la veine porte, produite dans les mêmes conditions, et j'en ai publié des exemples.

Plus tard on a rencontré la thrombose des veines du membre supérieur, quelquefois de la veine jugulaire au cou, ailleurs des artères pulmonaires, et enfin des sinus de la dure-mère.

Si l'on ajoute à ces faits certaines thromboses cardiaques, celles du ventricule droit et de l'oreillette correspondante à la fin des maladies chroniques et qu'on réfléchisse sérieusement, on voit qu'il y a là une loi d'anatomie pathologique générale intéressante à connaître. En effet, la même altération du sang veineux, se produisant sur des points divers de l'organisme dans des conditions analogues, révèle l'influence d'une condition dyscrasique semblable. Quelle est cette condition? Il serait très-heureux de pouvoir la découvrir pour l'analyser dans ses détails.

Malheureusement nous n'en sommes pas encore là. Nous n'avons actuellement que la notion empirique du fait de la *thrombose veineuse par état cachectique*. Ici, il n'y a pas de contestation possible. Mais ce qu'il y a de curieux dans cette étude au point de vue clinique, c'est la diversité des symptômes produits par le siège de la thrombose dans telles ou telles veines. Cela est facile à comprendre *à priori*. Il est évident que les symptômes de la thrombose veineuse des membres pelviens ne peuvent pas être les mêmes que ceux de la thrombose des membres thoraciques, ou de la thrombose de la veine cave et porte ou de la thrombose des sinus de la dure-mère qui n'est qu'une phlegmatia alba dolens du cerveau. La lésion est fondamentalement la même, mais, selon son siège, elle se révèle par des phénomènes essentiellement différents. C'est un point sur lequel il est inutile d'insister.

Ainsi, la thrombose veineuse des membres pelviens produit le gonflement œdémateux du membre inférieur, assez souvent la douleur sur le trajet des veines tibiales postérieures, parfois la formation d'un réseau veineux superficiel supplémentaire ou même la cyanose du membre. J'en ai rapporté un cas dans les *Bulletins de la Société anatomique* en 1843.

La thrombose de la veine cave détermine l'hémorrhagie intestinale. J'en ai cité un exemple dans mon premier mémoire.

La thrombose veineuse du tronc brachio-céphalique du bras et de la jugulaire amène l'hémoptysie. J'en ai également publié un rare exemple.

On ne sera donc pas surpris d'apprendre que la thrombose cachectique des sinus de la dure-mère produit les convulsions chez l'enfant et le délire chez l'adulte. Mais, comme ce fait n'est pas encore très-connu, je veux en démontrer l'existence d'après des observations recueillies dans mon service depuis l'année 1857, c'est-à-dire dans une période de vingt années. Je n'ai pas écrit toutes mes observations, mais celles que j'ai recueillies et dans lesquelles l'autopsie a pu être faite sont assez nombreuses. Elles sont au nombre de trente-huit, et je vais les faire connaître suc-

cessivement. Elles viennent à l'appui de faits antérieurs publiés dans les livres ou dans les journaux, et elles formeront ainsi un ensemble qui me paraît offrir un grand intérêt.

La première observation de thrombose des sinus de la dure-mère a été publiée par Abercrombie en 1818 ; une autre par Ribes a paru en 1825 dans la *Revue médicale ;* d'autres sont dues à Tonnelé en 1829 dans le *Journal hebdomadaire.* C'est à partir de ce moment que la thrombose des sinus de la dure-mère a été anatomiquement connue. Depuis des faits semblables ont été publiés par Lebert, par Cohn, par Gérard en Allemagne ; par Gintrac, Rilliet et Barthez en France ; par moi, en 1857 ; par Weille, en 1858, dans une thèse de Strasbourg ; par Lancereaux, en 1862, dans une thèse qui renferme soixante-quatorze observations personnelles ou empruntées aux livres ; par Martez, dans une thèse de 1873 ; par M. Parrot, dans la même année, et plus récemment par M. Hutinel, dans un travail peu au courant des travaux antérieurement publiés.

Comme Lancereaux, je crois qu'il faut admettre des thromboses des sinus de la dure-mère par altération des parois vasculaires ou *thromboses inflammatoires*, et des thromboses par ralentissement de la circulation dans les sinus ou *thromboses atoniques* et *cachectiques.*

Je ne veux m'occuper ici que des thromboses cachectiques développées dans les sinus de la dure-mère, parce que ce sont les seules que j'aie eu l'occasion d'observer fréquemment et d'étudier avec soin chez les enfants. — Cela me permettra d'en indiquer les symptômes avec précision.

Là est le point original de cette publication que je n'aurais pas entreprise s'il ne m'avait semblé qu'il y eût à cet égard quelque chose à dire ou plutôt à redire. En effet, la *Gazette* a publié en 1857, sur ce sujet, des leçons faites à l'hôpital des Enfants-Malades qui renferment mes conclusions, d'ailleurs inscrites depuis longtemps dans mon *Traité des maladies de l'enfance.*

Dans ce nouveau travail figurera le résumé des observations que je n'ai pas encore publiées jusqu'à ce jour, et qui me servira comme moyen de démonstration dans l'étude anatomique et symptomatologique des thromboses veineuses de la dure-mère.

Dans les observations qui vont suivre, le médecin pourra voir comment débute la maladie. Elle s'annonce, à la fin des maladies aiguës et dans le cours d'une maladie chronique, par des convulsions soudaines de courte durée, ou par du délire et du subdelirium, annonçant une mort prochaine.

Les convulsions s'observent chez les enfants jusqu'à sept ans environ, tandis que le délire ne se rencontre que sur les enfants plus âgés et chez les adultes.

J'ai retrouvé dans mes notes trente-huit observations de convulsions finales chez des enfants affectés de diverses maladies cachectiques, trente-cinq avec thrombose des sinus, trois avec réplétion sanguine et encéphalite. Elles se décomposent comme il suit :

*Convulsions ultimes par thromboses des sinus, 32 cas.*

| | |
|---|---|
| Entérite chronique | 5 |
| Rougeole, pneumonie catarrhale | 2 |
| Pneumonie chronique | 5 |
| Phthisie | 8 |
| Anasarque sans albuminurie | 1 |
| *A reporter* | 21 |
| *Report* | 21 |
| Albuminurie chronique | 2 |
| Coqueluche et pneumonie | 7 |
| Cachexie scrofuleuse et tubercules des os, des poumons et de l'intestin | 1 |
| Gangrène de la bouche | 1 |
| Diphthérite | 2 |
| | 35 |

*Convulsions par stase sanguine des sinus sans convulsions, 3 cas.*

| | |
|---|---|
| Pneumonie chronique | 1 |
| Coqueluche | 2 |
| | 38 |

## CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

### Des tumeurs fibreuses de l'utérus, et de leur traitement par les courants continus

Par le docteur Jules Chéron, docteur ès sciences, médecin de Saint-Lazare.

I

Depuis plus d'une année, j'ai étudié plusieurs fois avec vous les fibroïdes utérins et leur traitement à l'aide des courants continus, tant à l'École pratique que dans cette clinique où vous avez pu suivre les résultats sur quelques malades.

Aujourd'hui, où je vous présente deux cas en traitement depuis quelque temps, je crois utile de revenir sur la question , et de vous exposer à nouveau quelques points de clinique relatifs aux myômes utérins , les raisons toutes physiologiques qui m'ont déterminé à employer le mode d'électrisation que je préconise, et les résultats que j'ai obtenus, dont je n'ai pas hésité à faire part depuis longtemps à ceux qui m'entourent, enfin les conclusions que j'ai cru pouvoir déduire d'une étude de douze années consacrées au traitement suivi sans relâche de 42 cas de fibro-myômes de l'utérus, grâce au concours de quelques honorables confrères qui ont bien voulu me confier des malades.

Un mot d'abord sur l'anatomie de ces tumeurs et sur leurs transformations, avant d'aborder l'étude du traitement galvanique.

Les tumeurs fibreuses ou fibro-myômes de l'utérus sont considérées par les uns comme une hyperplasie des faisceaux musculaires de l'utérus avec participation des vaisseaux et du tissu conjonctif ; pour d'autres, au contraire, ce ne sont pas des hypertrophies, mais bien des néoplasmes qui revêtent, en s'organisant, une structure analogue à celle du tissu adjacent. Virchow défend la première de ces opinions ; c'est à M. Broca qu'est due la seconde, à laquelle nous nous rallions plus volontiers.

Ces tumeurs peuvent se développer, non-seulement dans le corps et dans le col de l'utérus, mais encore dans toutes les autres parties de l'appareil génital qui renferment des fibres musculaires.

J'aurai l'occasion de vous citer un cas de fibro-myôme développé dans la paroi antérieure du vagin, qui causa, par son évolution, des troubles graves du côté de la vessie, troubles qui ne cédèrent que lorsque la galvanisation eut réduit le volume de la tumeur.

Tous les autres organes qui contiennent des faisceaux musculaires de la vie organique peuvent être le siège de fibroïdes; c'est ainsi qu'on en a observé dans l'œsophage, l'estomac, l'intestin, la prostate, la peau.

L'étude de la structure de ces tumeurs n'est pas sans objet pour la question qui nous occupe ; aussi vous rappelerai-je que les éléments principaux qui les composent sont des fibres musculaires de la vie organique et des éléments connectifs interstitiels, fibres de tissu conjonctif.

En dehors de ces éléments, il existe aussi des vaisseaux sanguins, des vaisseaux et des lacunes lymphatiques. Les auteurs qui ont signalé la présence de vaisseaux volumineux dans les fibroïdes sont peu nombreux. Cependant Levret, Dupuytren, Klob, ont reconnu l'existence d'artères d'un certain volume, et Breschet et Lisfranc ont constaté la présence de grosses veines faisant communiquer la circulation de la tumeur avec celle de la paroi utérine.

Mais ces cas-là, les premiers du moins, semblent être des exceptions, et, ce qu'on observe le plus fréquemment, c'est le développement d'un réseau vasculaire veineux considérable, enveloppant le corps fibreux, comme l'a décrit Cruveilhier, et communiquant avec le système veineux de l'utérus, d'autant plus développé que le volume de la tumeur est plus considérable et que la paroi utérine s'est elle-même plus largement développée.

La question des vaisseaux lymphatiques dans les fibroïdes a été peu étudiée. Dupuytren les croyait très-nombreux dans ces tumeurs; depuis lors la science est restée muette jusqu'à Billroth, auquel on doit l'appréciation suivante : « On rencontre quelquefois dans les fibroïdes d'une certaine dimension des espaces creux remplis d'un sérum très-fluide ; peut-être sont-ce des sinus lymphatiques ectasiques de nouvelle formation; cependant il n'existe pas d'observations positives sur ce sujet. »

La connaissance exacte de ce fait était trop importante au point de vue de la question qui fait l'objet de cette clinique, pour se contenter de ce simple aperçu; aussi ai-je pu m'assurer par l'étude de nombreux fibroïdes que les dilatations dont parle Billroth sont bien des sinus lymphatiques. Je fais passer sous vos yeux un dessin qui représente une des coupes que j'ai faites, où les sinus lymphatiques, munis de leurs endothéliums, sont faciles à reconnaître. En outre, je vous montrerai, à l'aide du microscope, une coupe sur laquelle, avec un faible grossissement, vous verrez un vaisseau lymphatique venant s'aboucher dans un de ces sinus.

Si j'insiste sur ce détail, c'est qu'en dehors de la curiosité scientifique bien légitime qui s'attache à la chose, il importe pour nous de trouver l'explication de ces abondantes pertes d'un liquide aqueux que nous verrons notre traitement provoquer dans un grand nombre de cas, pertes qui représentent, à mon avis, une des causes les plus intéressantes de la diminution de volume des tumeurs fibreuses, au début de l'application du traitement galvanique, pertes dont l'existence s'explique par la richesse du système lymphatique dans la tumeur et dans le parenchyme de l'utérus, au pourtour de celle-ci.

Ce qu'il importe de ne pas oublier, relativement à la circulation des fibro-myômes utérins, c'est que l'anatomie a reconnu dans bien des cas une circulation veineuse d'une richesse si remarquable que le parenchyme de la tumeur, réduit à sa plus simple expression, disparaissait au milieu d'un inextricable lacis de vaisseaux volumineux, ce qui, soit dit incidemment, explique l'étonnante variabilité de volume de quelques-unes de ces tumeurs, au moment de la période menstruelle.

S'il arrive souvent que les tumeurs fibreuses soumises à l'observation ne contiennent qu'un très-petit nombre de vaisseaux, cela peut tenir à ce que la période d'évolution à laquelle elles sont observées représente le moment où, s'étant de plus en plus isolées du parenchyme utérin, les connexions vasculaires se sont de plus en plus raréfiées, ou encore à ce fait que le fibro-myôme, ayant subi une transformation fibreuse, comme l'utérus sclérosé qui a parcouru les diverses périodes de la métrite chronique, les vaisseaux et les éléments musculaires ont disparu étouffés par la prolifération du tissu connectif interstitiel.

Cette transformation fibreuse n'est pas la seule que les fibro-myômes soient susceptibles de subir, et, en dehors du ramollissement, de la suppuration, de la gangrène et même des dégénérescences qui peuvent les atteindre, la calcification est assurément la plus intéressante de ces transformations.

Cette calcification, que Bostack a démontrée représentée par du phosphate de chaux associé à une faible quantité de carbonate et de sulfate de la même base, donne naissance à de véritables pierres éliminées parfois par les voies naturelles et souvent signalées par les observations depuis l'antiquité.

Les fibro-myômes de l'utérus, développés au sein du parenchyme de cet organe, ne restent pas toujours enveloppés par celui-ci à mesure qu'ils se développent. Ils tendent à abandonner l'utérus, en se portant soit vers la cavité abdominale, soit vers la cavité utérine. De là, la division très-utile qui en a été faite, en fibrômes interstitiels ou intra-pariétaux, en fibrômes sous-péritonéaux, en fibrômes sous-muqueux.

Si le développement est la cause habituelle du déplacement des tumeurs intra-pariétales, nous verrons bientôt que notre traitement galvanique peut jouer le même rôle et favoriser rapidement l'élimination, ou permettre l'ablation du fibroïde, en même temps qu'il en diminue le volume.

Le nombre des fibro-myômes utérins est illimité; car on a pu, sur le même sujet, les compter par centaines. Leur volume est tel que l'abdomen peut prendre des proportions monstrueuses. Quelques-uns d'entre vous ont vu, ici même, une malade chez laquelle une tumeur fibreuse de l'utérus avait pris un si grand développement qu'elle semblait être sur le point d'accoucher. Il est bon de vous rappeler en même temps que, sous l'influence du traitement galvanique, l'abdomen de cette malade a déjà diminué d'au moins un tiers, que la marche, si difficile à cette époque, s'effectue aisément aujourd'hui, et que la santé générale, si mauvaise, s'est relevée d'une façon très-satisfaisante.

Les accidents auxquels donnent lieu les fibroïdes sont nombreux. De même que l'on voit se produire des troubles fonctionnels des grands appareils de l'organisme sous l'influence d'une affection utérine, de même on voit les fibroïdes exercer cette même influence sur l'appareil digestif, sur l'appareil circulatoire, sur l'appareil cérébro-spinal, sur l'appareil respiratoire, et produire des troubles, non-seulement en vertu des actions réflexes qu'ils éveillent, en vertu des sympathies qu'ils provoquent, mais encore par une action toute mécanique, lorsque, ayant pris un certain développement, ils viennent à comprimer les intestins, le foie, la rate, l'estomac et le diaphragme lui-même, les gros vais-

seaux de l'abdomen et les nerfs des membres inférieurs.

Les troubles cardiaques, la dyspnée, la difficulté du décubitus, l'infiltration et l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs sont des accidents tardifs de cette affection; on ne les observe guère que lorsque ces tumeurs ont pris un grand développement ou se sont étranglées dans le petit bassin.

Mais il est un accident fréquent, quelquefois précoce, qui peut se montrer alors même que le diagnostic de l'existence de la tumeur est encore impossible : c'est l'hémorrhagie utérine. Tantôt sous la forme ménorrhagique, tantôt sous la forme métrorrhagique, apparaît cet accident morbide qu'on ne voit dans bien des cas survenir que lorsque la tumeur a pris déjà un volume considérable et, dans d'autres circonstances, qu'à l'époque où se prépare la ménopause. Je retrouve notée, dans les observations de quelques-unes de nos malades, l'époque où les hémorrhagies firent leur apparition: trente-huit ans, quarante-deux ans, quarante-quatre ans, quarante-cinq ans, quarante-neuf ans, cinquante et un ans.

Vous voyez par cela qu'il ne faut pas juger de l'existence ou de l'absence de fibroïdes utérins par la présence ou l'absence de l'hémorrhagie. C'est un symptôme d'une haute importance, c'est vrai, mais d'une importance purement relative. Cependant, dans une circonstance particulière, la ménorrhagie peut fournir un symptôme de présomption d'une certaine valeur.

En général, toute femme atteinte de fibroïde utérin, si elle n'a pas eu d'enfants, a presque toujours et depuis longtemps, sinon depuis la puberté, des règles ménorrhagiques. Vous en avez vu ici trois exemples. Chez d'eux d'entre elles, la stérilité et la ménorrhagie ont servi à établir notre diagnostic justifié ultérieurement par l'accroissement des fibromes.

L'apparition tardive des hémorrhagies utérines peut se faire sous l'influence d'une excitation normale, et l'hémorrhagie, en vertu de l'habitude morbide, se reproduit et s'entretient alors que, l'époque de la ménopause étant dépassée depuis longtemps, l'ovulation a depuis lors cessé de se faire. Je vous en ai déjà donné la preuve nette et précise à l'aide du traitement par le galvanisme, d'après notre méthode, dont l'action anti-hémorrhagique ne saurait être mise en doute.

Cette apparition tardive des hémorrhagies si fréquemment observée, leur persistance au-delà du terme moyen de la ménopause, nous permettent de diminuer l'importance de cet espoir qu'on fait miroiter aux yeux de toutes les malades qui portent des fibroïdes, dont le traitement médical, si rarement efficace, ne peut enrayer le développement et que le traitement chirurgical ne peut ou n'ose tenter de combattre; je veux parler de la disparition des hémorrhagies et de l'atrophie des tumeurs fibreuses à l'âge critique.

Il ne servirait à rien de passer en revue les moyens que la thérapeutique oppose au développement des corps fibreux, sans grand espoir de succès. Nous avons déjà fait cette analyse ensemble, dans notre cours à l'École pratique. Qu'il me suffise de vous rappeler un moyen qui a paru donner quelques résultats et qui a eu son heure de succès: les injections sous-cutanées d'ergotine.

Ce moyen thérapeutique aurait l'avantage d'arrêter les hémorrhagies et de diminuer le volume des fibroïdes, en éveillant les propriétés contractiles des éléments musculaires qu'ils renferment. Si les injections d'ergotine arrêtent quelquefois les métrorrhagies, il est plus douteux qu'elles amènent l'atrophie ou même la diminution de volume des tumeurs; je les ai employées avec suite, et, je dois le dire avec regret, si j'ai pu arrêter quelquefois momentanément l'hémorrhagie, je n'ai jamais vu diminuer le volume du fibroïde.

Vous n'ignorez pas que depuis bien des années j'étudie l'électricité sous ses différentes formes, dans ses applications aux maladies chroniques. Le courant continu, dont l'avènement en thérapeutique est relativement récent, avait, plus que tout autre mode de l'emploi de la force électrique, appelé mon attention, et l'étude des affections utérines que le service de Saint-Lazare me mettait à même de faire, devait naturellement me porter à appliquer à celles-ci ce nouveau moyen thérapeutique.

Mes premières applications de l'électricité au traitement des fibroïdes de l'utérus datent de 1868. Si j'ai passé par bien des essais, si j'ai fait de vaines tentatives, si j'ai éprouvé des déceptions, je n'en suis pas moins arrivé à soumettre à des règles précises le traitement des fibroïdes utérins par le galvanisme, à préciser les conditions que doit remplir l'appareil électrique employé, à faire construire, d'après des données toutes différentes de celles qui guident aujourd'hui les électriciens, cet appareil à courants continus, et enfin à préciser les limites des résultats que l'on peut obtenir et des services que ce moyen thérapeutique peut rendre au traitement des fibroïdes de l'utérus.

## THÉRAPEUTIQUE

### De l'action du salicylate de soude sur le rhumatisme articulaire aigu des enfants.

Jusqu'à ce jour les travaux scientifiques publiés sur l'action du salicylate de soude dans le rhumatisme ne contenaient que des observations prises sur les adultes, et on semblait avoir hésité devant son administration dans les affections rhumatismales infantiles.

M. le docteur Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, a expérimenté ce nouveau médicament, et il a communiqué à la *Société de thérapeutique*, séance du 12 février dernier, les bons résultats que le salicylate de soude lui a donnés dans les affections rhumatismales des enfants.

Une revue de M. le docteur Ernest Labbée, ancien interne des hôpitaux, publiée le 25 février dans le *Journal de thérapeutique* de M. le professeur Gubler, résume avec beaucoup de soin cette intéressante communication, et nous lui faisons de larges emprunts.

Trois propositions d'une importance capitale se dégagent de cette communication.

1° *Le salicylate de soude est parfaitement toléré par les enfants, même à dose quotidienne de 6 grammes.*

M. Archambault constate, en effet, que tous les petits malades auxquels il a fait administrer ce médicament l'ont bien supporté sans vomissements ou effets physiologiques désagréables. Un seul enfant a eu des vomissements, mais il était affecté d'une néphrite brightique.

M. Archambault explique cette tolérance si remarquable des enfants pour le salicylate de soude par la rapidité avec laquelle ils éliminent. Au bout de quinze à vingt minutes, on le trouve déjà en proportion notable dans leur urine.

2° *Le salicylate de soude fait disparaître rapidement et presque sûrement les manifestations rhumatismales.*

Supposons par exemple qu'il s'agisse d'un rhumatisme polyarticulaire aigu au début. On prescrit au malade 6 grammes de salicylate de soude en trois doses, à six heures d'intervalle. Voici quels sont les effets thérapeutiques observés :

Le plus souvent, à la troisième dose, les articulations ne sont presque plus douloureuses et l'enfant peut faire quelques mouvements ; à la quatrième, les douleurs ont disparu complètement; le

pouls et la température ont manifestement baissé (M. Archambault a vu des chutes de deux degrés); enfin la fluxion articulaire a beaucoup diminué.

Ces effets sont à peu près invariables. M. Archambault ne voudrait pas affirmer que le salicylate de soude soit le médicament spécifique du rhumatisme, comme le sulfate de quinine l'est pour les fièvres intermittentes, mais il s'en rapproche; il est de plus inoffensif. En tout cas, le salicylate de soude est de beaucoup préférable à tous les médicaments précédemment employés.

Dans le rhumatisme subaigu ou dans le rhumatisme monoarticulaire, son action thérapeutique, quoique moins prompte, n'est pas moins décisive.

Généralement le médicament est administré trois jours de suite par M. Archambault, puis il en suspend l'usage. L'économie reste encore, malgré cela, sous l'influence du remède pendant soixante heures environ, c'est-à-dire que, pendant ce laps de temps, on constate sa présence dans l'urine. Survient-il une récidive, le salicylate est de nouveau prescrit de la même façon qu'au début du traitement. Il est fort rare, du reste, qu'on observe plus de deux récidives. D'ailleurs, le médicament serait tout aussi actif contre ces récidives que contre le rhumatisme à son début.

Les doses qui conviennent varient suivant les âges. A partir de deux ans et demi, on peut donner 4 grammes; à partir de cinq ans, 6 grammes, par doses de 2 grammes en solution à six heures d'intervalle.

3° *Le salicylate de soude prévient les complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu de l'enfance.*

Cette dernière proposition a une importance que je n'ai pas besoin de faire remarquer.

On a dit avec raison que le rhumatisme de l'enfant était plus grave que celui de l'adulte, précisément en raison de la fréquence plus grande des manifestations cardiaques. Bon nombre d'affections du cœur qu'on observe à l'âge adulte, et dont l'origine échappe, reconnaissent vraisemblablement pour cause une attaque de rhumatisme pendant l'enfance, dont le souvenir n'a pas été gardé.

On peut affirmer sans exagération et d'une manière générale que les deux tiers des enfants atteints de rhumatisme articulaire aigu ont des manifestations de ce rhumatisme du côté du cœur, quel que soit le traitement institué. Eh bien, parmi les enfants, en nombre assez grand, traités par le salicylate de soude dans le service de M. Archambault, pas un seul n'eut de complication du côté du cœur. Ceci tient, d'après M. Archambault, à ce que ce médicament héroïque jugule le rhumatisme en moins de vingt-quatre heures, l'empêche d'évoluer et, par conséquent, d'atteindre le cœur.

La conclusion de M. Archambault est que le salicylate de soude est presque le spécifique du rhumatisme chez l'enfant, non-seulement du rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, mais encore d'autres manifestations rhumatismales moins profondes, telles que le torticolis ou les arthralgies simples.

Du jour au lendemain le torticolis le plus douloureux disparaît sous l'influence de ce médicament.

Pour administrer avec succès le salicylate de soude, le point important est d'avoir un médicament bien pur: à cet égard, on aura toute garantie en employant la Solution du docteur Clin.

Cette solution, toujours identique dans sa composition et très-exactement dosée, contient deux grammes de salicylate de soude pur par cuillerée à bouche et cinquante centigrammes par cuillerée à café. Elle permet d'administrer facilement le salicylate de soude et de varier les doses selon les indications qui se présentent.

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er mars 1879. — Présidence de M. Paul Bert.

### COMMUNICATIONS

**Appareils d'attache des plantes parasites.** — M. Chatin fait connaître les points les plus saillants d'un grand travail qu'il a fait sur ce sujet. La cuscute, par exemple, ce parasite qui dévaste les champs de luzerne, se fixe sur un point et envoie dans l'intérieur de la plante nourricière des suçoirs, véritables chevilles vivantes qui traversent les tissus ligneux les plus durs. Le gui (viscum album) contient également une grande quantité de suçoirs qui se forment par l'envoi de coulées de tissu cellulaire. Enfin, lorsque, chez certaines plantes parasites, les adhérences ne sont pas assez fortes, il se forme d'autres attaches complémentaires que M. Chatin appelle appendices préhenseurs.

**Ablation expérimentale d'un hémisphère cérébral.** — M. Paul Bert présente quatre axolotls bien vivants; chez deux de ces batraciens il a enlevé, il y a six mois, un hémisphère cérébral. Ces animaux, qui vivent dans l'eau, n'ont présenté aucun trouble consécutif. M. Paul Bert a fait la même expérience sur des chauves-souris et a obtenu le même résultat négatif. Des deux axolotls auxquels M. Bert a fait subir cette opération, l'un qui était blanc s'est aussitôt couvert de points noirs, l'autre qui était noir a pris également un aspect tigré.

**Des contractures dans les injections de liquide et les hémorrhagies intra-ventriculaires.** — M. Cossy a fait sur ce sujet une série d'expériences qui diffèrent de celles de M. Duret à divers points de vue. En effet M. Duret se proposait de faire des injections, non dans les ventricules, mais bien dans l'espace sous-arachnoïdien. Or deux fois la canule introduite trop profondément pénétra dans le cerveau à une profondeur de quelques millimètres, et le liquide, violemment injecté dans la substance cérébrale, pénétra à travers la masse hémisphérique, dans les ventricules. M. Cossy, au contraire, a injecté des liquides coagulables directement dans les ventricules à l'aide d'une canule introduite le long de la face du cerveau, à travers la partie découverte du corps calleux jusque dans la cavité ventriculaire. En outre, tandis que M. Duret a injecté une grande quantité de liquide et a ainsi déterminé des ecchymoses sur les surfaces ventriculaires, M. Cossy n'a injecté que 10 à 20 grammes de liquide et n'a produit aucune lésion des parois ventriculaires; cependant l'animal n'en a pas moins présenté une contracture intense et généralisée.

M. Duret admet que la contracture est due à l'excitation par le liquide injecté du plancher du quatrième ventricule et en particulier des corps restiformes. M. Cossy n'admet pas cette manière de voir et attribue la contracture qu'il a produite dans ses expériences à l'irritation des parties excito-motrices sous-jacentes (capsule interne et pédoncules cérébraux) déterminée par la compression brusque des parois des ventricules latéraux et moyen. M. Cossy attribue à la même cause la contracture qui survient dans les hémorrhagies limitées aux ventricules latéraux et n'admet pas, dans ces cas, la théorie de M. Duret qui attribue la contracture au choc du liquide céphalo-rachidien sur le plancher du quatrième ventricule.

La séance est levée.

---

Séance du 8 mars 1879. — Présidence de M. Paul Bert.

### PRÉSENTATION

M. Malassez, au nom de M. Renaut, professeur à la Faculté de Lyon, fait connaître un nouveau réactif colorant à l'aide duquel M. Renaut a pu étudier la structure des glandes de Brunner.

### COMMUNICATIONS

**Du rôle des circonvolutions fronto-pariétales.** — M. Couty communique les premiers résultats d'expériences faites pour étudier le rôle des circonvolutions fronto-pariétales.

Il a été frappé de ce fait que les recherches desquelles on a conclu à l'excitabilité expérimentale de l'écorce grise ont été faites sur des animaux profondément anesthésiés et dont la substance grise cérébrale était donc paralysée fonctionnellement et devait l'être *à fortiori* expérimentalement, et il a cherché à dissocier ce qui, dans ces phénomènes d'excitation corticale, appartenait à la substance grise et ce qui appartenait à la substance blanche.

Il a lié sur des chiens soit les quatre, soit seulement trois des artères cérébrales, et a constaté après cette ligature une augmenta-

tion considérable de l'excitabilité des circonvolutions motrices; cette hyperexcitabilité est établie d'abord par l'exploration électrique et ensuite par ce fait que des lésions sans influence sur un chien normal, par exemple une simple trépanation avec excision de la dure-mère, détermine constamment, sur un chien à artères liées, des paralysies ou des contractures des membres opposés. Cette hyperexcitabilité, considérable même dans les cas où la circulation corticale a été complètement arrêtée, dure trente, quarante minutes, une, deux, trois heures, ou mieux elle persiste, augmente tant que les fonctions de la moelle restent intactes. Il faut donc admettre que la substance grise corticale ne joue aucun rôle dans ces phénomènes puisqu'elle a cessé à ce moment de se nourrir et de fonctionner.

La preuve qu'il en est ainsi, c'est que, sur ces chiens atteints d'une contracture monoplégique ou hémiplégique, on peut enlever l'écorce grise, on peut enlever la moitié antérieure du cerveau, et l'accès de contracture continue dix ou quinze minutes avec sa durée ordinaire, et, après cette ablation du cerveau antérieur, il peut se produire encore de nouveaux accès.

On est ainsi amené à expliquer les monoplégies dues à des lésions corticales par une modification durable et permanente produite à distance dans des éléments du bulbe ou de la moelle. Cette existence de centres bulbo-médullaires seuls en rapport direct avec les groupes musculaires, mais pouvant être modifiés par des irritations corticales comme par d'autres irritations, est encore établie par les faits suivants. Si sur les animaux ainsi préparés on provoque, par des excitations diverses, des attaques épileptiformes, la contracture généralisée occupe constamment le tronc et les membres restés intacts; mais elle peut manquer et elle est en tout cas bien moins durable dans les membres qui étaient auparavant le siège de contracture ou de paralysie, et l'on voit ainsi se réaliser ce fait curieux d'un animal qui présente pendant six ou dix minutes une contracture des membres du côté de la lésion cérébrale et épargnant les membres opposés.

On peut, du reste, enlever les deux moitiés antérieures du cerveau et reproduire encore ces attaques épileptiques limitées au tronc et aux membres sains, correspondant au côté du cerveau primitivement lésé. C'est donc bien à une modification du bulbe et de la moelle, et non pas à celle du côté du cerveau resté intact qu'il faut attribuer cette localisation si spéciale de l'attaque épileptique grave.

Il semble que l'on doit conclure de tous ces faits que la substance grise corticale n'est pas excitable et que le phénomène d'irritation corticale réagit sur les membres par l'intermédiaire de centres situés au-dessous du cerveau et échelonnés dans le bulbe et la moelle.

M. Couty a, du reste, constaté plusieurs autres faits qui viendront confirmer ces conclusions, et parmi ces faits celui-ci qui démontre l'excitabilité mécanique de la substance blanche du cerveau : Sur trois des animaux auxquels il avait, depuis quelques heures, lié les artères encéphaliques et découvert un côté du cerveau, M. Couty, avec deux pointes en fil de fer peu flexible, a irrité les circonvolutions motrices, et il a vu chaque secousse imprimée aux pointes métalliques déterminer dans les membres opposés une contraction en tout semblable à celle que produisait auparavant une excitation électrique appliquée aux mêmes points.

L'auteur aura, du reste, l'occasion de revenir sur tous ces faits dans de prochaines communications.

**Disposition particulière du tube digestif chez un chien nouveau-né.** — M. COUDEREAU présente le tube digestif d'un chien nouveau-né, mort cinq jours après sa naissance, sans cause connue, au laboratoire de physiologie.

Il entretient d'abord la Société de l'observation suivante :

Le quatrième jour de leur naissance, deux petits chiens sont trouvés morts, à huit heures du matin, par le garçon de laboratoire. L'un avait reçu des injections d'aconitine, l'autre n'avait été l'objet d'aucune expérience.

A quatre heures du soir, au moment de faire l'autopsie, M. Coudereau aperçoit un mouvement imperceptible de la lèvre d'un des petits chiens. Il eut alors l'idée de le réchauffer, et, dans ce but, le maintint pendant une dizaine de minutes au-dessus de la flamme du gaz. Le petit chien se ranima peu à peu, et put se promener dans le laboratoire.

Le deuxième chien ne donnait aucun signe de vie; néanmoins il fut réchauffé comme son frère, et se ranima comme lui. Tous deux furent reportés près de la mère.

De cette double observation on peut conclure : 1° que, chez les nouveau-nés, la vie peut persister de longues heures, malgré l'état de mort apparente; 2° qu'il y a lieu de recourir, en dehors des manœuvres respiratoires, à l'intervention de la chaleur, avec plus d'insistance, peut-être, qu'on ne le fait généralement.

Le lendemain matin, l'un des deux fut trouvé mort, l'autre avait disparu. Le sujet restant n'avait servi à aucune expérience. La cause de sa mort fut trouvée à l'autopsie : l'intestin présente, à l'union du duodénum et du jéjunum, une solution de continuité.

A l'ouverture de l'abdomen, on aperçut une poche volumineuse qui fut prise pour l'estomac; c'était le duodénum dilaté en une ampoule plus volumineuse que l'estomac lui-même, et parfaitement close à sa partie inférieure, distante de quelques millimètres de la partie suivante de l'intestin, qui est cylindrique et fermée à son extrémité supérieure.

Ces deux bouts sont reliés par une bride péritonéale doublée d'un peu de tissu fibreux.

L'estomac et la poche qui y fait suite contiennent du gaz, du liquide amniotique mélangé à des mucosités et à une très-petite quantité de lait.

La solution de continuité devait dater d'une époque très-rapprochée de la conception, et la dilatation du duodénum doit être attribuée à la pression interne due au liquide amniotique dégluti par le fœtus.

ÉLECTION

M. Quinquaud, après deux tours de scrutin, est élu membre titulaire de la Société de Biologie.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le conseil municipal de Bordeaux vient de rejeter la création d'un service médical de nuit. Il faut espérer que la ville de Bordeaux possédera un jour un conseil municipal assez éclairé pour revenir sur cette regrettable mesure.

— *Muséum.* — M. Gilland (Lucien), attaché en qualité d'employé temporaire au laboratoire de la chaire de géologie, est nommé préparateur de ladite chaire, en remplacement de M. Lartet, appelé à d'autres fonctions.

— Le concours pour la nomination du chef des travaux chimiques dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie est soumis aux mêmes règles générales que le concours pour la nomination des suppléants. Après l'expiration du temps légal d'exercice, lequel est fixé à six années, le Ministre peut, par un arrêté spécial, maintenir le chef des travaux chimiques dans ses fonctions, si les besoins du service l'exigent.

Les épreuves du concours sont les suivantes : 1° Composition écrite sur une question de chimie minérale. Quatre heures sont accordées pour la composition. Le candidat ne devra s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé; 2° Leçon orale de vingt minutes de durée sur une question de chimie organique, après une heure de préparation. Le candidat ne devra s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé; 3° Déterminer la nature des éléments chimiques d'un mélange donné. Quatre heures sont accordées pour cette analyse qualitative, dans un laboratoire de l'école, et sous la surveillance d'un membre du jury. Un quart d'heure est

accordé pour l'exposition publique des résultats obtenus; 4° Reconnaître vingt produits chimiques ou pharmaceutiques. Vingt minutes sont accordées pour l'examen de ces produits et pour une dissertation sur les caractères et les modes de préparation de deux d'entre eux; 5° Appréciation des titres et travaux scientifiques, d'après un rapport écrit, par un membre du jury.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le docteur Nasse est nommé chef de clinique médicale.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Vitot (Abel), né à Colombier (Haute-Saône), le 13 novembre 1854, est nommé aide bibliothécaire, en remplacement de M. Berruzier, démissionnaire.

M. Dorez (Jules), né à Bar-le-Duc, est nommé aide préparateur de chimie, en remplacement de M. Verdenal, démissionnaire.

— S. A. le Bey de Tunis vient de nommer officier de l'ordre de Nicham Iftikar le docteur Henry Faraut, de Nice.

— La *Société contre l'abus du tabac* met au concours les questions suivantes pour 1879 :

1° *Prix de 100 francs.* — De l'influence du milieu où l'on fume sur les personnes qui y sont exposées.

2° *Prix de 100 francs.* — Du rôle de la femme pour combattre l'abus du tabac.

3° *Prix des instituteurs* (100 francs). — Des moyens dont peut disposer l'instituteur pour combattre la tendance des enfants à fumer.

4° *Prix de médecine* (collection entière, vingt-quatre années de la *Gazette de l'Algérie*, offerte par M. le docteur A. Bertherand). — L'usage immodéré du tabac exerce-t-il une influence néfaste sur l'aptitude à la procréation et sur la santé des enfants?

5° *Prix de statistique* (200 francs). — Réunir des faits et établir des statistiques destinées à démontrer, par tous les résultats des études, s'il est constamment vrai que les élèves non-fumeurs ont, en moyenne, la priorité sur les fumeurs.

6° *Prix militaire* (300 francs, offert par M. Decroix). — Établir par des faits si, dans l'armée, les fumeurs subissent plus de punitions, sont plus souvent malades, endurent plus de privations quand le tabac vient à manquer ou quand le règlement défend de fumer, que les militaires non-fumeurs.

Chaque lauréat recevra, en outre, une médaille, dont une de vermeil pour le prix de médecine. D'autres récompenses seront, en outre, décernées pour mérites divers. Le programme complet du concours sera adressé à ceux qui en feront la demande au président, rue Saint-Benoît, 5, à Paris.

---

**Des moyens de généraliser l'allaitement maternel,** mémoire couronné par la Société protectrice de l'enfance de Paris (prix 1874. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Germer Baillière.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7929.

## Dragées arsenico-ferriques aux sels naturels de la Dominique.

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescences, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique**; il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squammeuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — Biett. — Bouchardat, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édition, p. 396.)

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix : **3** francs la boîte. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

---

## Iode diastasé assimilable

du Dr V. BAUD.

Plus résolutif et plus dépurateur que l'*huile de foie de morue*, l'*Iode diastasé* en granules est indiqué contre la *scrofule, ulcères, tumeurs, maladies osseuses, etc.*

Dr V. Baud

Paris, nos 22 et 19, rue Drouot.

---

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris

## Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

---

## Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

**Pepsine Boudault en poudre,** par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

**Pepsine Boudault en poudre,** par flacon de 10 prises de 1 gramme.

**Elixir** et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

**Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault.** — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

---

GRANULES TROIS CACHETS.

## Phosphure de Zinc

A 4 milligrammes

(1/2 milligramme de phosphore actif)

*Anémie, Chlorose, Hypochondrie, Hystérie, Névralgies et autres Névroses, Métrorrhagies, Dysménorrhées, Spermatorrhée, Tremblement alcoolique ou mercuriel, Incontinence d'urine, etc.*

3 fr. le flacon, dans toutes les pharmacies.

---

## Tamar indien Grillon.

**(Électuaire lénitif no 532 du Codex.)**

**FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT**

**contre *Constipation, Hémorrhoïdes,* la *Migraine,* sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.**

**Ph. GRILLON, 52, r. Grammont, Paris. Bte, 2 fr. 50.**

---

## Pastilles de Palangié

*Au Chlorate de Potasse et Goudron.*

Ces pastilles, à la dose de une à deux, toutes les deux ou trois heures, produisent une amélioration rapide dans les affections aiguës ou chroniques de la bouche, de la gorge, du larynx et même de la poitrine. Le chlorate excite la salivation et agit comme topique permanent des surfaces malades; le goudron l'excite également, mais il empêche en plus les débris alimentaires et les dépôts qui se trouvent sur les muqueuses de se corrompre et de donner à l'haleine une odeur fétide repoussante. La salive chloratée et goudronnée, par continuation d'action, va même porter ses bienfaits jusque dans les bronches et l'estomac.

Dépôt dans les pharmacies : Palangié, place Cadet, cité Cadet; Pommiès, 113, faubourg Saint-Honoré; 7, rue de la Feuillade.

---

## L'Euphorbium

**ÉPITHÈME, — RUBÉFIANT, — DÉRIVATIF.**

**Cette préparation possède une action intermédiaire entre celle des papiers chimiques et autres similaires qui est à peu près nulle, et celle du thapsia qui est trop forte.**

**Son application est suivie d'une éruption miliaire manifeste, sans être accompagnée des DÉMANGEAISONS insupportables causées par le thapsia. 18 à 24 heures d'application.**

**Vente en gros : Chez Desnoix et Ce, 17, rue Vieille-du-Temple, Paris.**

**AU DÉTAIL, CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.**

---

***Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr. à Laroche.***

## Quina Laroche (*ÉLIXIR vineux*).

***Extrait complet des 3 quinquinas.***

***Épuiser* par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est le secret de l'*Elixir vineux de quinquina Laroche*.**

**La supériorité de ce produit tient donc à la quantité de principes qu'il contient.**

**Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.**

**— Paris, 22 et 19, rue Drouot.** J. Laroche

---

## Extrait de viande Liebig.

L'Extrait de viande Liebig est du bouillon concentré. Les Établissements de la compagnie Liebig, situés dans l'Uruguay, sont aujourd'hui universellement connus. La Compagnie a obtenu, à l'Exposition de 1867, deux médailles d'or; à celle du Havre, en 1868, une médaille d'or; en 1869, à Amsterdam, un grand diplôme d'honneur; en 1872, une grande médaille d'or à l'Exposition scientifique de Moscou; un grand diplôme d'honneur à Vienne, en 1873; elle a été mise hors concours à Lyon en 1872; et enfin on lui a octroyé, à l'Exposition de Paris, en 1878, une médaille d'or.

Le bouillon à l'extrait de viande se prépare instantanément et il est privé de graisse et de gélatine. Ce sont là des qualités qui lui assureront l'approbation du médecin pour qui un bouillon de préparation facile est d'une si grande importance. Plusieurs pharmacopées ont du reste dû l'admettre parmi les médicaments de pharmacie.

Se vend en gros par les principaux droguistes de Paris et de la province.

---

MALADIES DE LA GORGE

DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

## Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Adh. DETHAN, pharmacien, faubourg Saint-Denis, 90, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger. Adh. Dethan

---

## Sirop MINERAL SULFUREUX Crosnier

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (7 AOUT 1877).

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante. — r. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

---

## Épilepsie. Hystérie. Névroses

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

---

## Quina Pontois, de Montbard

(Côte-d'Or).

TITRÉ. Liqueur très-agréable au goût. Contre fièvres intermittentes, dyspepsies, chloro-anémies, convient *aux Enfants* aussi bien qu'aux adultes.

Le même CRÉOSOTÉ (20 centigrammes de créosote pure de hêtre par cuillerée). Contre laryngites, bronchites chroniques, phthisie, asthme humide, etc.

Chez HUGOT, rue Vieille-du-Temple, 19.

---

## Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliqes hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de Ch. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

---

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES

MALADIES DE LA PEAU

## Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges*.

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . 1 »
Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

---

## Koumys — Edward

**Adopté par les hôpitaux de Paris.**

***Médaille d'or* 1875.**

## Extrait de Koumys-Edward

***Médaille d'or* 1875.**

**Chaque flacon contient trois ou six doses avec lesquelles on transforme trois ou six bouteilles de lait en Koumys.**

## Bière de lait, B. S. G. D. G.

**Obtenue par la fermentation alcoolique du lait et du malt avec du houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou après les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.**

## Bière de goudron, B. S. G. D. G.

**Dépôt central : à l'établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, Paris.**

---

## Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

VIN FORESTIER A LA VIANDE.
VIN FORESTIER A LA GLYCÉRINE PURE.
Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

---

## Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en . . . sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Hervieux est intervenu dans la question de la septicémie, en se plaçant au point de vue circonscrit de l'affection qu'il a été à même de mieux étudier et sur laquelle il a acquis une vaste expérience, la fièvre puerpérale. On connaît l'opinion si vaillamment soutenue par M. Hervieux dans les sociétés savantes et si bien développée dans son *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*, sur la nature miasmatique infectieuse de la fièvre puerpérale, sur ce qu'il a appelé l'empoisonnement puerpéral. Assurément, au premier aperçu, le fait que la fièvre puerpérale est une maladie infectieuse et contagieuse n'impliquerait pas contradiction avec la théorie des germes. L'analogie, d'une part avec les maladies charbonneuses, d'autre part avec la septicémie chirurgicale, n'y répugnerait pas absolument; mais, outre que l'analogie n'est pas complète, que le rapprochement avec le traumatisme, notamment, manque là où le miasme puerpéral se manifeste sans traumatisme nécessaire, l'histoire des épidémies puerpérales montre des conditions de temps et de lieux qui seraient difficilement explicables par l'intervention des proto-organismes. Tel est, en quelques mots, le sens de l'argumentation de M. Hervieux, qui, à raison des objections nombreuses qu'elle soulève contre l'application de la théorie de M. Pasteur, mériterait un examen plus approfondi, que la simple audition ne nous permet pas de faire en ce moment.

On lira dans le compte-rendu les observations que M. Pasteur a présentées immédiatement après la lecture de M. Hervieux. On y verra que M. Pasteur, appliquant à la fièvre puerpérale sa théorie des germes, qu'il considère comme applicable à tous les états épidémiques, l'attribue à la présence d'un germe spécial dont la nature et les conditions de développement sont encore inconnues, mais qui pourrait bien être celui qu'il a déjà rencontré dans diverses circonstances. Voilà un nouveau sujet d'étude offert à son inépuisable activité.

Dr BROCHIN.

## HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

### Opérations du phimosis pour combattre l'onanisme chez les jeunes enfants.

Un honorable commerçant de la ville nous amène un petit garçon, âgé de cinq ans, qu'il a adopté, et qui se livre à l'onanisme le plus invétéré. Il s'amaigrit notablement, il est pris de sueurs froides qui l'affaiblissent considérablement. Il ne se développe pas, et reste chétif et émacié.

Son père adoptif a essayé tous les moyens recommandés, les diverses ceintures contre l'onanisme, etc.; il n'a obtenu aucun résultat. C'est alors qu'il m'a prié d'examiner les organes génitaux de cet enfant.

J'ai constaté qu'il n'avait pas de phimosis et que le prépuce se rabattait assez bien; quand la matière des glandes de Tison sous-préputiales est assez abondante, elle produit des démangeaisons et même des écoulements. C'est l'inconvénient du phimosis, cause ordinaire de l'onanisme. Ici, nous n'avons affaire qu'à l'onanisme seul, sans influences perverses. Quel traitement lui opposer?

Lorsqu'il y a un phimosis, il faut l'opérer immédiatement, puis recommander les soins de propreté les plus minutieux. Mais, quand il n'y a pas de phimosis, je fais quand même l'opération du phimosis. C'est ce que nous allons faire chez ce petit garçon. Nous ferons, en sa présence, tous les préparatifs de l'opération; nous préparerons le thermo-cautère pour faire cette opération du phimosis, et nous ne chloroformiserons pas le jeune opéré. Saisissant le prépuce avec des pinces, j'en ferai la section d'une petite portion avec le thermo-cautère. Tout cet appareil chirurgical effraiera le jeune débauché; la douleur sera assez vive; la cicatrisation, après l'emploi du thermo-cautère, est plus lente que par les autres procédés. Enfin, nous le préviendrons que, toutes les fois qu'il reprendra ses mauvaises habitudes, nous lui couperons chaque fois un petit bout de la verge jusqu'à ce qu'il ne lui en reste plus.

Tous ces détails exercent généralement assez d'influence sur l'imagination de ces enfants précoces pour qu'il soit rarement nécessaire de répéter l'opération plus d'une ou deux fois.

Pendant l'opération, l'enfant crie évidemment et promet de ne plus recommencer; on continue sans s'en émouvoir.

Chez ce petit entêté, la première exécution n'a pas suffi; un mois après, son père le ramène à la clinique et déclare qu'il a repris ses anciennes habitudes.

Une deuxième résection est immédiatement pratiquée, avec menace, en cas de récidive, de sectionner le tout sans en rien laisser.

**Fracture double du maxillaire inférieur.**

Depuis deux mois, vous avez pu voir, au n° 4 de la salle Notre-Dame, une femme atteinte de fracture du maxillaire inférieur.

C'est une marchande des quatre saisons, âgée d'une quarantaine d'années, qui, se trouvant un soir en état d'ivresse complète, fut bousculée dans une rixe et reçut des coups de pied sur la tête. Elle fut amenée à l'hôpital dans la nuit, et, le matin encore, elle était sous l'influence de l'alcool. Elle crachait le sang, et, comme elle le disait, elle avait la mâchoire « démantibulée ». Elle éprouvait une grande difficulté de la parole. Nous reconnûmes immédiatement une fracture du corps du maxillaire, dans une direction perpendiculaire à son axe, avec une fissure gingivale, et écartement entre la première et la deuxième molaire ; ces deux dents étaient ébranlées. La mobilité extérieure de la fracture nous fit penser qu'il devait y en avoir une autre, et nous trouvâmes le col du condyle droit fracturé, un peu au-dessous du condyle du maxillaire.

Les fractures de ce genre sont graves, car elles peuvent amener des accidents sérieux.

Le corps du maxillaire n'est revêtu de périoste que dans ses trois quarts inférieurs ; au niveau des gencives, le périoste est, pour ainsi dire, extérieur, et se trouve en rapport avec l'air atmosphérique. La gencive s'étant déchirée, il y a une fissure par laquelle le foyer de la fracture peut communiquer avec l'air extérieur, condition grave pour les fractures osseuses, comme vous le savez tous. On a bien vu des fractures du maxillaire sans déchirure du périoste, comme on le remarque assez souvent chez les enfants atteints de fracture de la clavicule. Mais, ordinairement, les fractures du maxillaire inférieur sont plus compliquées, surtout lorsque la fracture est double. Il y a donc, le plus souvent, un écartement plus ou moins large entre les fragments, et la fracture est exposée à tous les accidents des fractures compliquées. Par la fissure du périoste, le sang vient dans la bouche, quelquefois en grande abondance, à la suite de blessure de l'artère dentaire : dans ces cas d'hémorrhagies, on peut arrêter le sang en appliquant de la charpie, de l'agaric ou de la cire sur la fissure.

La suppuration du foyer de la fracture ne tarde pas à se faire à la suite du contact des liquides salivaires et de l'air ; les fragments d'os qui baignent dans le pus se nécrosent et sont éliminés par les gencives. Lorsque les malades sont éveillés et debout, ils crachent le pus sécrété ; mais, pendant le sommeil, ils avalent le pus, d'où surviennent les accidents de petits frissons, de malaise, de diarrhée, de fièvre hectique, auxquels ils peuvent même succomber.

Le traitement doit donc réaliser une condition indispensable, l'immobilisation absolue des fragments, autant qu'il est possible d'y arriver. Les sutures métalliques ont été préconisées dans ce but, en reliant les dents par un fil d'argent, lorsqu'elles ne sont ni ébranlées, ni cariées. Nous n'avions pas cette ressource dans le cas présent.

Je préfère ce procédé, qui remonte à Hippocrate, à celui qui consiste à pratiquer une suture, en passant les fils dans des trous creusés dans chacun des fragments. J'ai aussi écarté l'appareil de Houzelot (de Meaux), et j'ai eu recours au procédé de Morel-Lavallée, qui fait mordre dans une lame de gutta-percha ramollie ; les dents prennent une empreinte exacte dans les deux plaques, l'une pour la mâchoire supérieure, l'autre pour la mâchoire inférieure ; on presse ensuite avec le bandage de la fronde, pour faire bien entrer les dents dans les deux plaques. On refroidit le moule ainsi obtenu, et l'on arrive à une immobilisation satisfaisante des deux fragments de la fracture. Ce procédé présente l'inconvénient de l'odeur désagréable de la gutta-percha ; il faut laver souvent ce moule dans l'eau tiède. Mais il a l'avantage de laisser un intervalle suffisant entre les deux mâchoires pour que le malade puisse s'alimenter.

Malgré l'indocilité de cette femme, vous pouvez constater que nous avons obtenu un résultat heureux. La fracture du condyle s'est consolidée rapidement, en vingt ou vingt-cinq jours, parce qu'elle n'était pas en contact avec l'air extérieur ; alors la fracture inférieure a pu être mieux immobilisée, et, quoique la malade ait enlevé son moule à trois reprises différentes, la mobilité entre les deux premières dents molaires est peu appréciable aujourd'hui. La malade peut manger de la viande, du pain. Nous pouvons nous féliciter de ce résultat : nous avons été dispensés de recourir au procédé de la suture avec perforation des fragments osseux, qui est la ressource suprême lorsqu'on n'a pu réussir par des moyens plus simples.

---

## CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

### Des tumeurs fibreuses de l'utérus, et de leur traitement par les courants continus (1).

Par le docteur Jules Chéron, docteur ès sciences, médecin de Saint-Lazare.

II

Mes premières tentatives furent faites à l'aide du courant continu, appliqué, l'un des pôles sur le col utérin ou dans le canal cervical, le second sur l'abdomen au niveau de la tumeur.

Quatre malades, soumises à l'action galvanique, n'obtinrent aucune diminution du volume de leurs fibroïdes, et l'une d'elles, qui n'avait jamais eu d'hémorrhagies, en vit survenir sous l'influence de ce mode de traitement. Voici résumés les principaux éléments de ces quatre observations :

*Vingt-deux éléments Remak; applications quotidiennes de quinze minutes.* — Première malade : vingt-huit ans ; pas d'enfants ; fibroïde arrivant à l'ombilic ; règles abondantes ; pas d'hémorrhagies ; 112 applications en six mois ; pas de résultat.

Deuxième malade : trente-six ans ; pas d'enfants ; fibroïde occupant l'hypochondre et le flanc droit (intra-pariétal) ; règles ménorrhagiques ; 120 applications en sept mois ; plutôt augmentation de volume du fibroïde.

Troisième malade : trente-huit ans ; trois enfants ; fibroïde développé dans la paroi antérieure de l'utérus et s'élevant à quatre travers de doigt au-dessus du pubis ; règles ménorrhagiques ; dix mois de traitement ; augmentation des ménorrhagies ; pas de résultat à l'endroit du fibroïde.

Quatrième malade : trente ans ; un enfant ; deux fibroïdes latéraux au-delà de l'ombilic ; règles normales ; métrorrhagies au deuxième mois du traitement ; à la reprise du traitement, au troisième et au quatrième mois, même résultat ; le volume du fibroïde n'est pas modifié.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 mars 1879.

Ces quatre cas, suivis avec grand soin pendant plusieurs mois, me laissèrent la persuasion que j'étais à côté de la question, et je dus recommencer mes tentatives avec le mode d'électrisation employé au dernier siècle par de Häen, Mauduyt, Cavallo, Hallé, Grapengeisser, Labeaume, etc., qui, tous, relatent des observations de tumeurs, réduites à l'aide des décharges électriques produites par la machine de Ramsden, la bouteille de Leyde ou la pile de Volta.

Mais la machine à électricité statique n'est pas d'un emploi facile, la bouteille de Leyde donne une décharge extrêmement douloureuse et difficile à graduer. Il semblait rationnel d'employer les courants induits vulgarisés par Duchenne (de Boulogne) et appliqués au traitement des tumeurs ganglionnaires par quelques électriciens.

Mes premières tentatives dans cette dernière voie prirent bien vite fin, car l'application utile, c'est-à-dire énergique, des courants induits, est, en pareil cas, très-difficile à supporter, tant elle est douloureuse, et l'agacement nerveux qu'elle produit est redouté des malades plus encore peut-être que la douleur.

L'espacement des chocs aurait pu remédier, dans une certaine mesure, à ces deux graves inconvénients, mais la condition de puissance des courants induits réside en partie dans la succession rapide des intermittences. Le problème, à mon avis, se résumait donc dans cette proposition : espacer les intermittences du courant induit tout en leur donnant de la puissance, c'est-à-dire en donnant une durée plus grande au passage du courant.

Je parvins à réaliser ce que je cherchais, en faisant fournir le courant à la bobine d'induction par un grand nombre d'éléments à action chimique. Le désidératum était en partie obtenu; durée plus grande du passage du courant au moment de l'intermittence; pénétration plus profonde de l'ébranlement électrique; facilité plus grande à mettre en jeu les éléments anatomiques de l'utérus et des fibro-myômes, l'excitation étant plus longue que celle des courants induits ordinaires; enfin application du courant sans aucune douleur, l'ébranlement causé par le choc étant seul perçu et facilement supporté par les malades.

Mes recherches dans cette voie m'avaient porté à augmenter progressivement le nombre des éléments qui fournissaient le courant à la bobine; mais malheureusement je dus reconnaître que, passé une certaine limite comme nombre d'éléments, les contacts du régulateur d'interruption se détruisaient par l'étincelle de rupture, et la sensation douloureuse tendait à s'accentuer.

C'est alors que, supprimant la bobine, je tentai d'employer les intermittences du courant continu établies par un régulateur automatique, le courant étant fourni par un grand nombre d'éléments afin d'obtenir un choc puissant.

Vous avez pu voir ici que les chocs produits par les intermittences d'un courant continu fourni par 60, 70, 80, 100 éléments et même plus, sont facilement supportés par nos malades. Je ne tardai pas à m'apercevoir que le nombre de mes éléments, qui était de 100 (éléments Remak), était insuffisant; aussi, passant à un ordre d'idées tout nouveau en électrothérapie, j'associai en tension des éléments à action chimique énergique, ceux-là même que vous voyez fonctionner dans cette clinique, éléments à grande surface garnis de sels mercuriels et montés d'une façon toute spéciale qui les fait fonctionner trois ans en moyenne, sans qu'il soit nécessaire d'y toucher.

En choisissant de semblables éléments, je poursuivais le but d'avoir à ma disposition une force électrique considérable dont j'atténuais la puissance chimique à l'aide de ce rhéostat gradué dont je vous ai plusieurs fois exposé le principe. Mes essais ayant pris fin avec la réalisation de ces derniers instruments, je commençai l'application de l'intermittence du courant continu (ne confondez pas avec l'interruption qui est inapplicable au traitement des fibroïdes).

Les tentatives qui ont été ébauchées par ceux qui ont touché à la question n'étaient pas faites pour me guider. En effet, en dehors de deux essais faits par le docteur Routh, de Londres, avec le concours du docteur Althaus, essais qu'il a rapportés en 1863, dans ses lectures sur les fibroïdes utérins, je ne connais rien qui puisse être considéré comme une application dynamique de l'électricité. Routh et Althaus employèrent le courant continu. Dans le premier cas, ils placèrent les deux électrodes sur les parois de l'abdomen; dans l'autre cas, une sonde fut placée dans le col, l'autre excitateur fut placé sur la région lombaire.

Routh rapporte la diminution de la tumeur dans les deux cas, et il conclut en se proposant d'introduire des aiguilles dans le fibroïde, afin, dit-il, de produire plus rapidement la décomposition de la tumeur, ayant remarqué depuis longtemps qu'une batterie électrique ordinaire, mise en contact par son pôle positif avec de la viande fraîche, la décompose rapidement. C'était aussi l'objectif qu'il poursuivait en appliquant les deux excitateurs sur les parois de l'abdomen!

Dans ces dernières années, quelques auteurs, américains pour la plupart, s'inspirant des applications de l'électrolyse de Ciniselli, ont tenté la résolution des fibro-myômes de l'utérus, en introduisant des aiguilles, comme se le proposait Routh, à l'aide desquelles un courant continu était dirigé dans la tumeur.

Ces tentatives, au dire de Cuttler, qui le premier employa cette méthode en 1871, furent couronnées d'un succès complet dans trois cas, amenèrent la diminution dans vingt-trois cas et la mort quatre fois *seulement*.

En Allemagne, Semeleder faisait aussi l'application de la méthode de Cuttler au traitement des fibroïdes après l'avoir appliquée avec succès au traitement des kystes de l'ovaire.

Enfin, l'année dernière, le docteur Everret, employant tantôt le mode d'application du courant continu mis en usage par Routh, tantôt le mode d'application préconisé par Cuttler, tire de cette pratique des conclusions qui démontrent que l'auteur s'avance sur un terrain qu'il ne semble pas avoir exploré d'une façon très-approfondie.

Cet aperçu sur l'historique de la question a pour but de vous faire connaître que celle du traitement des fibroïdes utérins, telle que je vous l'ai souvent exposée est absolument mienne. Il ne me reste plus qu'à vous dire comment je comprends l'action du mode d'application d'électricité que je démontre le meilleur en pareil cas, et à vous résumer les résultats obtenus sur nos deux malades. Nous terminerons le tout par les conclusions que quarante-deux cas traités jusqu'à ce jour, par la même méthode, nous autorisent à prendre.

La résolution complète et spontanée des fibro-myômes de l'utérus a été avancée un certain nombre de fois, sans preuves bien authentiques à l'appui. Qu'un fibroïde dont le volume considérable est facile à constater diminue de volume au point que la palpation abdominale ait une certaine difficulté à le retrouver, je le veux bien ; mais il reste comme moyen d'exploration, la sonde utérine, dont il faut

savoir tirer parti en pareil cas, avant d'affirmer qu'une tumeur fibreuse a été frappée de délitescence.

Connaissez-vous, dans l'économie, des tumeurs formées d'éléments anatomiques arrivés à leur dernière forme évolutive, comprenant surtout des éléments de tissu conjonctif en grand nombre, qui soient susceptibles d'une délitescence complète ?

Pouvez-vous enrayer la sclérose qui envahit les organes ; mieux que cela, pouvez-vous la faire rétrograder ?

Évidemment non. Si certaines tumeurs peuvent disparaître par résolution complète, ce sont des tumeurs ganglionnaires de la nature de celles sur lesquelles s'exerça la thérapeutique électrique, au dernier siècle ; ce sont des tumeurs spécifiques, en voie d'évolution, enrayées par l'administration des altérants.

Dans les tumeurs fibreuses de l'utérus, nous avons du tissu musculaire, du tissu connectif, des vaisseaux sanguins, des vaisseaux lymphatiques : de tous ces éléments, les muscles, les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques seuls peuvent être atteints de dégénérescence, de régression graisseuse, comme l'utérus après l'accouchement ; mais le tissu conjonctif, loin de tendre à disparaître, favorise, au contraire, par sa prolifération, l'atrophie des autres éléments et transforme le fibro-myôme en corps fibreux. Il y a alors diminution de volume de la tumeur, condensation du fibroïde, comme le dit Virchow ; mais il ne saurait y avoir disparition complète. Le fait de cette dégénérescence graisseuse des éléments musculaires, et la transformation de la tumeur en corps fibreux soit spontanément, soit sous l'influence des moyens thérapeutiques, n'en est pas moins une chose très-heureuse, puisque l'atrophie porte sur les éléments seuls susceptibles de permettre à la tumeur de prendre un grand développement.

Comment comprendre maintenant l'action de l'électricité sur les fibro-myômes de l'utérus ? Les phénomènes de nutrition sont entièrement liés aux phénomènes de la circulation, et plus cette dernière fonction s'exagère dans une partie de l'économie, plus la première tend à prendre du développement, surtout lorsqu'elle est le siège d'une irritation morbide.

Nous comprendrons donc que toutes les causes susceptibles d'augmenter la circulation dans une tumeur fibreuse favorisent l'accroissement de son volume, et que toutes les causes susceptibles de diminuer cette même circulation et d'empêcher l'apport du sang et de la lymphe en tout et en partie, soient de nature à en favoriser l'atrophie et à en diminuer le volume.

Or, le courant continu augmente la circulation de la région sur laquelle on en fait l'application ; cela résulte d'une série d'expériences dues à Legros et Onimus. J'ai pu, moi-même, constater la vérité de cette assertion en répétant ces expériences sur les membranes transparentes des animaux et constater ce même résultat dans mes recherches sur l'action des courants continus sur la circulation cérébrale.

Le courant continu est donc un moyen qui favorise la nutrition des organes auxquels on en fait l'application ; il favorisera l'hypertrophie plutôt que l'atrophie des fibro-myômes de l'utérus ; il favorisera le développement des hémorrhagies utérines ; mes premières observations en font foi, et depuis lors j'ai pu le constater encore bien souvent.

Les courants induits, les intermittences du courant continu ont, au contraire, sur les organes, une action plutôt dénutritive, l'excitation produite par ces moyens-là tendant à diminuer l'abord des liquides dans la partie soumise à leur action. Cela résulte d'ailleurs, comme le fait précédent, des expériences des deux observateurs que je viens de citer.

Cela posé, analysons l'action directe de l'intermittence du courant continu sur les fibro-myômes de l'utérus.

Je vous ai exposé, tout à l'heure, les raisons qui m'ont conduit à donner la préférence dans le traitement des fibroïdes aux intermittences du courant continu plutôt qu'aux applications du courant induit ; il est inutile d'y revenir.

Lorsque les excitateurs, étant placés, l'un dans le canal cervical, l'autre sur la paroi abdominale, les intermittences du courant sont établies à intervalle d'une seconde, quels sont les phénomènes que nous comprenons se passer, entre ces deux excitateurs, dans la région galvanisée, et notamment dans le fibroïde de l'utérus ?

Lorsque le choc résultant de l'intermittence a lieu, on voit se produire une contraction musculaire qui porte sur les parois de l'abdomen et sur les parties profondes de cet organe.

L'excitation galvanique traverse nécessairement l'utérus, puisqu'un des électrodes aboutit au canal cervical ; il est donc rationnel d'admettre que l'utérus et le fibroïde subissent une sorte d'expression, résultant de la mise en jeu des fibres musculaires qui entrent dans leur texture.

Le fait ne saurait être mis en doute, car il m'est arrivé quelquefois de faire contracter, d'une façon notable, aussitôt après leur ablation, des fibroïdes de l'utérus, en les soumettant à l'intermittence du courant continu, alors que les courants induits n'éveillaient que des contractions très-restreintes et semblaient éteindre très-promptement, dans ces tumeurs, la propriété contractile.

Des expériences sur les animaux m'ont démontré, de même, l'action de l'intermittence du courant continu sur l'utérus et le peu d'influence des courants induits dont l'application, dans ce cas aussi, diminue rapidement la propriété contractile des fibres lisses de cet organe.

Les vaisseaux diminuent de volume en vertu de l'excitation vive que subissent les muscles lisses de leurs parois, et de la compression qu'exerce sur eux l'organe contractile.

Les deux systèmes, sanguin et lymphatique, se vident en partie ; la congestion disparaît, et le rapprochement nécessaire des séances d'application tient celle-ci éloignée de l'organe.

En outre, la contraction des muscles des parois abdominales et des muscles du bassin fait exercer, sur le fibroïde et sur l'utérus, un massage énergique qui ajoute son action au massage interstitiel que nous venons de décrire.

Que la tumeur ait subi la dégénérescence graisseuse, qu'elle ne renferme, par conséquent, que peu ou point d'éléments contractiles, elle n'en subira pas moins ce massage par l'intermédiaire des muscles périphériques, massage qui aura la double action d'en exprimer les liquides sanguin et lymphatique, et d'empêcher ou de détacher les adhérences de la tumeur avec les organes voisins, comme le démontre la mobilité extrême des tumeurs, après un certain nombre d'applications galvaniques à l'aide de l'intermittence.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 mars 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Gustave Lagneau dans la section d'hygiène.

M. le président invite M. Lagneau à prendre place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport de M. le médecin-inspecteur des eaux minérales de Silvanès et de Prugnes, pour l'année 1878 (comm. des eaux minérales).

La correspondance non officielle comprend: 1° un pli cacheté déposé par M. Eugène Crouzat, externe à la clinique d'accouchements (accepté); 2° un rapport de M. le docteur Cavaillon (de Carpentras) sur les maladies épidémiques qui ont régné, pendant l'année 1878, dans l'arrondissement de Carpentras (comm. des épidémies); 3° une note de M. Achille Brachet relative à l'emploi de la lumière électrique; 4° un travail manuscrit de M. A. Favre sur le daltonisme pour le prix Barbier.

M. Hillairet présente, au nom de M. le docteur Paul Fabre : 1° une brochure intitulée : *De l'influence du travail souterrain sur la santé des mineurs*; 2° une note sur l'extraction d'un calcul développé dans la cavité buccale.

M. Hérard présente un volume, en espagnol, sur la diphthérie, par M. Vidal Solarès.

### RAPPORT

M. Poggiale, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bussy et Chatin, lit un rapport officiel sur une série de demandes adressées à l'Académie par M. le procureur de la République de Reims au sujet du sirop de chloral dit de Follet.

*Première question :* Le sirop de chloral de Follet est-il considéré comme une préparation vénéneuse soumise aux prescriptions de l'ordonnance du 29 octobre 1846, en ce qui concerne la vente de ce médicament?

*Deuxième question :* Un flacon de ce sirop administré en quelques heures peut-il causer la mort?

*Réponse :* Il résulte des faits observés : 1° qu'un flacon de sirop de chloral contenant environ 9 grammes d'hydrate de chloral pris en quelques heures peut donner lieu à des accidents graves et même mortels; 2° que le sirop de chloral ne doit pas être soumis aux prescriptions de l'ordonnance du 29 octobre 1846 sur les substances vénéneuses.

*Troisième question :* Le sirop de Follet doit-il être considéré comme un remède secret dont la vente est légalement interdite par l'article 36 de la loi du 21 germinal an II?

*Réponse :* Suivant la haute jurisprudence de la cour de cassation, on doit entendre par un remède secret toute préparation qui n'est pas inscrite au codex ou qui n'a pas été composée par un pharmacien sur l'ordonnance d'un médecin pour un cas particulier ou enfin qui n'a pas été spécialement autorisé par le gouvernement. La formule du sirop de chloral de Follet n'étant ni inscrite au codex, ni autorisée par le gouvernement, cette préparation doit être considérée comme un remède secret au point de vue légal. La vente libre doit donc en être interdite conformément à la loi de germinal et à l'arrêt de la cour de cassation.

*Quatrième question :* Si ce sirop est un remède dangereux, un pharmacien peut-il le délivrer sans ordonnance de médecin?

*Réponse :* Le sirop de chloral de Follet ne doit pas être délivré sans ordonnance de médecin.

*Cinquième question :* Si ce remède a été soumis à l'Académie de médecine, approuvé par elle, et inséré au bulletin de cette compagnie savante, peut-il être vendu librement?

*Réponse :* La formule du sirop de chloral Follet n'a pas été approuvée par l'Académie de médecine; mais, en supposant qu'elle eût reçu cette approbation et qu'elle fût insérée dans le bulletin, ce médicament ne pourrait être vendu librement par les pharmaciens sans une prescription médicale.

Ces conclusions, successivement mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité.

### COMMUNICATIONS

M. Cusco soumet à l'Académie le spécimen d'un instrument dioptrique, où sont réalisées les principales conditions de l'accommodation de l'œil, au moyen de lentilles dont le pouvoir réfringent peut être modifié à volonté.

Cet instrument, qu'il désigne sous le nom de dynamoptomètre, est spécialement destiné à l'étude de la faculté d'accommodation; et, comme il permet de faire intervenir dans cette étude un facteur important, qui est le temps ou la durée de l'acte d'adaptation, il conduit aussi à découvrir et à mesurer ce qu'on peut appeler les variations continues de la force qui préside à cet acte.

M. Cusco pense que ce nouvel instrument se prêtera à une étude plus complète et plus approfondie du pouvoir d'accommodation de l'œil. On pourra, avec lui, vérifier la loi de Donders, sur la presbyopie, mesurer l'inégalité de réfraction statique ou dynamique des yeux d'un même individu.

Dans l'ordre pathologique, l'instrument permettra aussi d'étudier les perturbations de l'appareil ciliaire, d'apprécier plus exactement les troubles que produisent divers agents toxiques.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la septicémie. La parole est à M. Hervieux.

### SEPTICÉMIE PUERPÉRALE.

M. Hervieux, reconnaissant que c'est à la médecine qu'il appartiendra de dire un jour le dernier mot sur la doctrine de la septicémie humaine de M. Pasteur, que c'est elle qui, à l'aide de l'observation clinique aidée à l'occasion par l'expérimentation, nous fera connaître en dernier ressort la part qu'il faut attribuer aux germes dans la production des exanthèmes fébriles, des maladies zymotiques, de tous les états morbides qui relèvent de l'infection et de la contagion, qui donnera ou qui déniera à l'hypothèse de M. Pasteur une sanction définitive, se propose, pour le moment, d'aborder un côté très-restreint de la partie médicale de la question, la puerpéralité.

M. Hervieux résume son argumentation dans les termes suivants:

1° Contrairement aux proto-organismes qui sont répandus partout dans la nature, et qui paraissent en somme bien inoffensifs, puisque nous vivons au milieu d'eux sans en être incommodés, le miasme puerpéral ne se plait, ne prospère et n'exerce guère son action que dans certaines localités très-circonscrites.

2° Tandis que les proto-organismes auraient besoin, suivant les partisans de la théorie des germes, d'une solution de continuité pour s'introduire dans l'économie, le miasme puerpéral ne connaît aucune barrière épithéliale. Il atteint la femme enceinte, le nouveau-né et même le fœtus, aussi bien que la femme en couches. Il a même le pouvoir de sévir sur des sujets placés en dehors de l'état puerpéral.

Il y aurait donc de grandes chances pour que le miasme générateur de la septicémie puerpérale ne fût point un vibrion. Ce serait, en tous cas, un vibrion d'une nouvelle espèce, dont les caractères, la nature et la constitution physique auraient besoin d'être déterminés; mais, faut-il l'avouer ? j'ai une peur terrible, une peur dont je ne puis me défendre et que l'Académie comprendra: c'est celle de mourir avant qu'on ait découvert ce vibrion-là.

M. Pasteur s'excuse de prendre la parole sur un sujet qui lui est aussi étranger, après l'exposé de faits intéressants que l'Académie vient d'entendre; cependant il est divers points de la communication de M. Hervieux qu'il ne veut pas laisser passer sans entrer dans quelques explications. Il n'y a pas, suivant M. Pasteur, d'état sanitaire ni d'état épidémique; il ne croit pas aux états épidémiques en dehors de la présence des germes; cette opinion, cette conviction même, est le résultat de l'étude qu'il a faite de la maladie des vers à soie. Le préjugé des milieux infectieux, épidémiques n'a jamais été soutenu avec plus de vigueur qu'à l'époque

où cette maladie régnait dans le Midi, dans le département du Gard. Elle y régnait depuis dix-sept ans, lorsqu'en 1855 M Pasteur se rendit dans ce département pour l'y étudier. Les innombrables ouvrages qui furent publiés sur cette question parlaient tous de ces milieux infectés. L'année suivante et en 1867, M. Pasteur démontra que rien n'était plus facile que de préparer, que de confectionner de la graine de ver à soie parfaitement saine et que cette graine, élevée l'année suivante, ne périssait jamais de la maladie. Voilà, par exemple, une graine qui est exempte du corpuscule qui fait la maladie; vous élevez cette graine dans le milieu soi-disant infecté, presque toujours un grand nombre de papillons sont atteints, mais jamais aucun des vers ne sera atteint. Aujourd'hui la maladie des vers à soie a complètement disparu dans le département du Gard.

M. Pasteur ne croit donc pas qu'il y ait d'état sanitaire proprement dit; tout est sain ou tout est infecté; dans cette maladie des vers à soie, il n'y avait pas d'infection, il n'y avait qu'abondance de germes. Or, à la Maternité, lorsqu'existait cet état mauvais dont vient de parler M. Hervieux, il n'y avait pas autre chose qu'abondance de germes qui, selon M. Pasteur, déterminent l'infection puerpérale. Quant aux conditions de développement de ces germes particuliers, elles sont encore inconnues, comme bien d'autres points de cette théorie des germes qui sont encore inexpliqués. Par exemple, M. Pasteur cultive en ce moment l'organisme qui constitue la maladie qu'on appelle le choléra des poules et dont il a parlé dans la dernière séance; si on inocule un cochon d'Inde, il ne mourra pas, mais il sera couvert d'abcès; si l'on prend une gouttelette microscopique du pus de ces abcès, qu'on la place dans le bouillon de poulet, qui est le milieu où se cultivent le mieux ces organismes et qu'on inocule une poule, celle-ci meurt; mais, si on inocule, dans les mêmes conditions, un cochon d'Inde, il ne meurt pas.

M. Pasteur ne veut pas dire qu'il connaisse encore l'organisme qui produit la fièvre puerpérale, mais il en connaît un qu'il a rencontré dans diverses circonstances et qu'il présume fortement être celui qui, selon lui, produit la fièvre puerpérale. Il a vu, dans le service de M. A. Guérin, une jeune fille qui, à la suite d'une piqûre au pied, avait eu une série d'abcès angioleucitiques sur la jambe et la cuisse; à cette époque, M. Pasteur recherchait si réellement on pouvait trouver des organismes dans des abcès à l'abri du contact de l'air. Il en trouva précisément dans l'un des abcès de cette jeune fille qui présentaient une forme particulière. Il a depuis retrouvé ce même organisme dans un abcès ouvert par M. Bouley à la joue d'un cheval. Enfin, dans le service de M. Vulpian, une femme de quarante ans avait eu une hémorrhagie utérine à la suite de ses couches; elle fut prise de fièvre et eut des abcès un peu partout; M. Pasteur trouva dans le sang et dans les abcès de cette femme le même organisme que chez la jeune fille de M. Guérin et le cheval de M. Bouley. Depuis lors M. Pasteur s'est demandé si cet organisme ne serait pas le même que l'organisme de la fièvre puerpérale.

Revenant sur les milieux les plus favorables au développement de ces organismes, M. Pasteur fait observer que ces milieux varient avec chaque organisme. Ainsi, tandis que l'eau de levûre de bière est un excellent milieu pour le développement de la bactéridie charbonneuse, il est absolument impossible d'y cultiver l'organisme du choléra des poules.

Il résulte de ces faits que l'étude du développement de ces organismes est encore entourée d'obscurités profondes; mais il n'en faut pas moins avoir un grand respect pour la théorie des germes qui a fait ses preuves. Bien qu'ignorant des choses de la médecine et de la chirurgie, M. Pasteur, voyant il y a quelques années quelques médecins et quelques chirurgiens appliquer cette théorie à leurs études habituelles, et voyant là d'ailleurs un vaste champ d'étude à cultiver dans ce sens, n'a pas hésité, malgré son ignorance en médecine, à se consacrer à ces recherches, et il s'est posé cette question, la seule qu'il ait à cœur d'élucider : Peut-on arriver à démontrer que telle ou telle maladie infectieuse peut être expliquée par la présence des germes infectieux ? N'a-t-il pas démontré, en effet, après les recherches de Davaine, que le charbon relève de la présence de la bactéridie. Il prend une gouttelette de sang chargé de bactéridies, la cultive dans l'eau de levûre de bière, reprend une gouttelette de cette eau, la cultive à son tour, et ainsi de suite depuis deux ans, si bien que la bactéridie qu'il cultive aujourd'hui vient toujours de cette gouttelette originelle d'il y a deux ans. Voilà déjà trois maladies terribles dont M. Pasteur a trouvé l'organisme producteur, en donnant la démonstration péremptoire qu'elles étaient dues à la présence seule de ces organismes. Il ne désespère point d'arriver à trouver le germe de la fièvre puerpérale du vivant de M. Hervieux.

La séance est levée à cinq heures et demie.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur A. Jounia, médecin du bureau de bienfaisance, vient d'adresser la lettre suivante au maire de son arrondissement :

« Monsieur le maire, la nouvelle loi concernant les médecins du bureau de bienfaisance me paraissant contraire à la dignité de notre profession et devant favoriser la brigue et l'intrigue, j'ai le regret de vous prier d'accepter ma démission. J'ose espérer, monsieur le maire, que le conseil municipal reviendra sur sa décision et nous accordera le seul mode de nomination équitable, vraiment républicain et permettant de reconnaître le vrai mérite, c'est-à-dire le concours.

« Veuillez agréer, etc.

« Dr A. Jounia,
« Médecin du bureau de bienfaisance du dix-neuvième arrondissement depuis seize ans, ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris. »

— *Faculté des sciences de Paris.* — Sont nommés préparateurs de physiologie : MM. Regnard, Laffont, Raphaël Blanchard.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Clément, agrégé, est chargé du cours de médecine légale à ladite faculté, pendant l'année scolaire 1878-1879.

M. Pollosson (Auguste-Ennemond), né à Bourgoin (Isère), le 28 décembre 1859, est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Gangolphe, dont le temps d'exercice est expiré.

Sont chargés des fonctions de préparateur, pendant l'année scolaire 1878-79 : MM. Jacquemaire (physique); Sabatier (zoologie et anatomie comparée); Barol (anatomie générale et histologie); Linossier (chimie médicale et pharmaceutique); Kopp (matière médicale et botanique).

M. Bonnet (Louis-Eugène), préparateur de clinique médicale, est nommé préparateur du cours d'anatomie pathologique à ladite faculté, en remplacement de M. Audibert, démissionnaire.

M. Combaud (Étienne), né le 26 mai 1854 à Vienne (Isère), est chargé, pendant un an, des fonctions de préparateur de pharmacie, en remplacement de M. Jacquin, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Toussaint (Jean-Joseph-Henri), né le 30 avril 1847, à Rouvres (Vosges), docteur ès sciences, est délégué dans les fonctions de chargé de cours de physiologie, en remplacement de M. Joly, admis à la retraite sur sa demande.

M. André (Grégoire), docteur en médecine, né à Toulouse (Haute-Garonne), le 8 février 1844, est institué chef de clinique médicale, en remplacement de M. Caubet, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Lambert (Alexandre-Jean-Joseph) est chargé provisoirement des fonctions de préparateur de physique (emploi nouveau).

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Louise (Émile), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Flavart, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Poitiers.* — M. Lemelle (Victor) est nommé préparateur d'histoire naturelle (emploi nouveau).

— *École de médecine de Besançon.* — M. Boisson, suppléant, est nommé professeur de chimie à ladite école, en remplacement de M. Reboul, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Clermont.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle, s'ouvrira, le 5 juin 1879, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *École de plein exercice de médecine de Marseille.* — M. Rousset, professeur de matière médicale, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de chimie médicale de ladite école, en remplacement de M. Favre, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Caillol de Poncy, suppléant, est nommé professeur de chimie à ladite école, en remplacement de M. Reboul, appelé à d'autres fonctions.

— *École de plein exercice de médecine de Nantes.* — M. Herbelin, suppléant, est nommé professeur de pharmacie à ladite école, en remplacement de M. Pihan-Dufeuillay, décédé.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Cours de physiologie.* — M. le professeur Béclard commencera son cours le vendredi 21 mars à midi (grand amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants.

*Cours de pathologie chirurgicale.* — M. le professeur Guyon commencera son cours le vendredi 21 mars, à trois heures (grand amphithéâtre) et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Troost ouvrira le cours de chimie le lundi 17 mars, à une heure, et le continuera à la même heure les jeudis et lundis suivants. Il traitera des métaux et de la chimie inorganique.

M. le professeur Jamin ouvrira le cours de physique le mardi 18 mars, à deux heures, et le continuera à la même heure les samedis et mardis suivants. Il traitera de l'acoustique et de l'optique.

M. le professeur Milne-Edwards ouvrira le cours de zoologie le mardi 18 mars à trois heures et demie et le continuera à la même heure les samedis et mardis suivants. Il traitera de l'anatomie et de la physiologie des organes de nutrition dans l'ensemble du règne animal.

M. le professeur Wurtz ouvrira le cours de chimie organique le mercredi 19 mars, à une heure trois quarts, et le continuera à la même heure les vendredis et mercredis suivants. Il exposera d'abord quelques généralités sur les fonctions en chimie, et traitera ensuite des alcools, des acides et des bases organiques.

M. le professeur Duchartre ouvrira le cours de botanique le mercredi 19 mars, à midi un quart, et le continuera à la même heure les vendredis et mercredis suivants. Il traitera de la structure, de l'organisation et de la vie des plantes.

M. le professeur Hébert ouvrira le cours de géologie le mercredi 19 mars, à trois heures et demie, et le continuera à la même heure les vendredis et mercredis suivants. Il continuera d'exposer les caractères des périodes géologiques.

— M. Fort commencera un cours de médecine opératoire à partir du 21 avril prochain. Ce cours durera un mois. On s'inscrit, chez M. Fort, 21, rue Jacob, de neuf heures à dix heures du matin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7929.

NÉVRALGIES — MIGRAINES

**Gelsemium sempervirens**
une à cinq pilules au maximum en 24 heures.
**ELIXIR ANTI-NÉVRALGIQUE**
une à cinq cuillerées à café en 24 heures.
**TEINTURE DE GELSEMIUM**
en petits flacons pour MM. les Médecins.
Exiger la signature du Dr FOURNIER, pharmacien de première classe. Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde. Paris.

**Sirop de digitale de Labélonye**

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Le SIROP DE LABÉLONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

**Papier Rigollot**

Les succès immenses de cette excellente invention ont eu pour effet immédiat d'exciter les *appétits de lucre* d'une foule de *contrefacteurs* ou *imitateurs*, dont l'indignation publique en différents pays a fait invariablement justice.

Mais, malheureusement, il se trouve dans le commerce des détaillants *assez nécessiteux* et *assez peu scrupuleux* pour vouloir réaliser *quand même de plus grands bénéfices*, et qui, à une demande clairement formulée de PAPIER RIGOLLOT, répondent en donnant à l'acheteur un des produits dont nous venons de parler plus haut.

Nous engageons vivement Messieurs les médecins à se tenir en garde et à n'accepter que les produits véritables, après examen scrupuleux et attentif.

Sur chaque feuille de PAPIER RIGOLLOT, exiger la signature ci-contre. *[signature] Rigollot*

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

**Capsules molles de Bourgeaud**
**A LA CRÉOSOTE VRAIE**
**et à l'Huile de Foie de Morue,**
Formule des docteurs BOUCHARD et GIMBERT.
(*Gazette hebd. de médecine et de chirurgie* 877.)

BOURGEAUD, pharmacien, fournisseur des hôpitaux, 20, rue de Rambuteau, à Paris.

Ces capsules, à *enveloppe très-soluble*, d'*odeur agréable*, *à saveur sucrée*, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indication contraire, 2 centigr. de *créosote vraie* du goudron de hêtre et 50 centigr. d'huile de foie de morue. Les grosses, 5 centigrammes de *créosote vraie* et 2 grammes d'huile de foie de morue.

Dose : 5 à 10 *petites capsules* et 2 à 4 *grosses capsules* matin et soir, ou avant le repas, suivant l'avis du médecin. — LA BOÎTE, 4 FRANCS.

VIN et HUILES CRÉOSOTÉS. La Blle 5 fr.

**Névroses. — Sirop Collas**
au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 ou 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

**Diathèse urique. Pilules Collas**
au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

**Anti-goutteux à l'iodure de LITHIUM FERRUGINEUX du Dr Ate LACOTE**
Dragées contenant chacune 0,10 centigrammes de principe actif. — Brochure explicative.
*Vente en gros :* HUGOT, 19, rue Vieille-du-Temple, Paris.
Vente en détail : dans toutes les bonnes pharm.

**Elixir ALIMENTAIRE Ducro**
VIANDE CRUE ET ALCOOL
Phthisie, anémie, convalescence, épuisement.
Gros : 20, place des Vosges, Paris.

**Saint-Raphaël, Vin tannique,**
prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

**Farine LACTÉE Nestlé**

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or*. — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature HENRI NESTLÉ. — Gros : CHRISTEN frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie CHRISTEN, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

**Fumouze — Albespeyres**
FOURNISSEUR DES HÔPITAUX MILITAIRES.
Les produits sont préparés sous la surveillance de MM. FUMOUZE,
docteurs en médecine, pharmaciens de 1re classe.

**Vésicatoire d'Albespeyres.**
LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.
Action prompte et régulière.—Exiger sur le côté du vésicatoire la signature d'*Albespeyres*.

**Papier ÉPISPATIQUE d'Albespeyres**
LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.
Action sure et régulière. La Préparation la plus commode pour entretenir les vésicatoires avec une extrême propreté.
La boîte porte la signature *Fumouze-Albespeyre*.

**Capsules de Raquin**
AU COPAHU, AU GOUDRON, A LA TÉRÉBENTHINE,
*Approuvées par l'Académie de médecine.*
Les Capsules Raquin à enveloppe de gluten constituent le meilleur moyen d'administrer le *Copahu*, le *Goudron*, la *Térébenthine*.—Elles sont parfaitement tolérées par l'estomac.
Exiger sur l'enveloppe la signature *Raquin*.

**Papier et Cigares** ANTI-ASTHMATIQUES
de Bin BARRAL.
Ils contiennent les mêmes substances que le carton anti-asthmatique du Codex, associées au *Cannabis indica*.

**Pulvérisateur Marinier**
*admis dans tous les hôpitaux.*
Il est facile à nettoyer et s'applique sur tous les flacons;—la pulvérisation peut être graduée, l'obstruction est évitée, les trous n'étant pas capillaires.

**Sirop de dentition du Dr Delabarre**
ex-chirurgien dentiste des hôpitaux de Paris. Employé en friction sur les gencives des enfants, il facilite la sortie des dents et prévient les accidents de la première dentition.
DÉPÔT à Paris, pharmacie d'ALBESPEYRES, 80, faub. Saint-Denis; vente des pulvérisations chez FUMOUZE frères, 78, faubourg Saint-Denis.

**Sirop du docteur Demesse,**
diurétique (Codex no 380) et sédatif, *à la cissampeline.*

Heureuse modification des formules diurétiques du codex (cissampelos caapeba, associé à la digitale, à la scille, etc.).

Vingt années d'expériences comparatives prouvent la supériorité incontestable de cette préparation dans les *hydropysies*, *œdèmes rebelles*, *pleurésies et bronchites chroniques*, *albuminuries*, et dans tous les cas où les *diurétiques* et les *sédatifs* sont indiqués.

Dépôt général chez M. Legras, pharmacien-préparateur, 222, faub. St-Denis, à Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies. Prix :5 fr. le flacon.

**Elixir et Vin de Coca,**
de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe.
Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alibiles, là où le quinquina est impuissant.
E. FOURNIER et Ce, 56, r. d'Anjou Saint-Honoré.

**Épilepsie. Hystérie. Névroses**

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

UTILE DULCI.

**Élixir Lucas. — Fer, Viande**
et VIEUX COGNAC.
Ces trois agents essentiels de toute médication tonique sont unis par un procédé particulier qui permet aux médecins de les faire accepter avec plaisir aux malades les plus débilités.
SUCCÈS CERTAIN ET RAPIDE
dans les maladies consomptives, langueurs, fièvres intermittentes, anémie, chlorose, épuisements, affections traumatiques, convalescences.
Dépôt : HUGOT, 19, rue Vieille-du-Temple, Paris.

**Sirop reconstituant**
**D'Arséniate de fer soluble**
**de A. CLERMONT**
Licencié ès sciences, ex interne des hôpitaux de Paris, pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'emploi de ce produit, d'une absorption sûre et régulière, est indiqué dans les diverses formes de l'anémie, la cachexie paludéenne, la phthisie, les maladies de la peau, les névralgies, le diabète, etc. Prendre de une à quatre cuillerées à café avant les deux principaux repas. Chaque cuillerée à café représente 1 milligr. d'arséniate de fer soluble.

2 fr. 50 le flacon portant la signature ci-contre : *[signature] A. Clermont*

Détail : 25, rue de Grammont, Paris et toutes Phies.
Gros : Grillon, 27, rue de Rambuteau, Paris.

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

**Eaux-Bonnes** (*Basses-Pyrénées*).
SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.
Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches ; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilége qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.
Dépôt dans toutes les pharmacies.

**Granules antimoniaux du docteur PAPILLAUD.**
Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.
Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.
Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, r. Montmartre.

**Constipation guérie**
*sans purger* par les Pilules du PODOPHYLLE COIRRE. — Ce médicament peut être continué sans danger, même chez les femmes enceintes. — Il guérit radicalement en peu de jours les constipations habituelles les plus opiniâtres.
Prix : 3 fr. — GROS : 79, rue du Cherche-Midi.
DÉTAIL : 97, rue de Rennes et dans les pharmacies.

**Capsules et saccharure**
A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.
LES CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses*, *Blennorrhagie*, *Blennorrhée*, *Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*
La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### De la congestion pulmonaire.

On a vu, dans l'un des faits que nous avons rapportés dans notre avant-dernière Revue (1), la part qui revenait à la congestion pulmonaire dans l'issue funeste de la maladie et dans la production des lésions constatées à l'autopsie. Nous avons pensé qu'il ne serait pas sans utilité, à cette occasion, de rappeler les recherches cliniques si intéressantes qu'a faites M. Woillez sur ce sujet, recherches qui ont non-seulement mieux fait connaître les signes de ce phénomène morbide, mais qui ont eu pour résultat, en outre, de lui assigner le rôle important qu'il joue dans une multitude de maladies des organes thoraciques. A ce que nous en avons dit déjà dans le temps, à l'occasion de la publication de son *Traité clinique des maladies aiguës des organes respiratoires*, où ce sujet a été profondément étudié, nous ajouterons aujourd'hui les extraits suivants d'un chapitre sur la séméiologie, empruntés à un nouvel ouvrage dû à la plume féconde de notre savant confrère, le *Traité théorique et clinique de percussion et d'auscultation* (2). Nous suivrons M. Woillez dans la description de la marche des signes physiques et de la valeur diagnostique de la congestion pulmonaire simple et de la congestion pulmonaire dans les maladies.

*Congestion pulmonaire simple.* — La congestion pulmonaire idiopathique débute brusquement, le plus souvent par une fièvre éphémère, et, dans tous les cas sans exception, par une douleur thoracique, point de côté ou névralgie dorso-intercostale.

La percussion fournit comme signes une sonorité exagérée ou tympanique, ou de la submatité, l'une ou l'autre isolée ou bien occupant en même temps des régions différentes de la poitrine.

L'obscurité du son a des limites vagues, occupant en arrière la moitié ou les deux tiers inférieurs du côté affecté, rarement toute sa hauteur, et ne donnant pas sous le doigt la sensation de résistance qu'opposent à la percussion une hépatisation pulmonaire ou un épanchement pleurétique. Cette matité présente en outre cette particularité remarquable qu'on la rencontre plus souvent du côté droit de la poitrine en arrière que du côté gauche.

La sonorité exagérée ou tympanique est plus fréquemment observée que la submatité. Assez souvent plus étendue que l'obscurité du son, elle se montre principalement à la base de la poitrine en arrière, ou en avant à la partie supérieure, entre la clavicule et le mamelon. M. Woillez l'a constatée générale, des deux côtés, dans un cas de congestion pulmonaire double, caractérisée aussi par des douleurs bilatérales.

Les signes fournis par l'auscultation sont plus importants. Voici ceux que l'on a constatés avec les proportions de leur fréquence, dans un relevé portant sur 75 cas :

Respiration faible, 43 fois; respiration sibilante ou ronflante, 30; expiration prolongée, 25; respiration soufflante, 17; respiration rude, 14; exagérée ou puérile, 13; râles humides, 18.

A part les râles humides, on voit que les signes d'auscultation de l'hyperémie pulmonaire comprennent les *respirations anomales* que M. Woillez a précédemment décrites. Elles se rencontrent toutes ici par le fait de la modification physique du poumon, son augmentation de volume.

Les respirations anomales se rencontrent isolées ou simultanément multiples. Elles sont remarquables par leur succession irrégulière d'un jour à l'autre. Les respirations sibilante ou ronflante sont, avec la respiration soufflante et les râles humides, l'expression la plus accentuée de l'intensité de la congestion. Ces derniers, les râles humides, que beaucoup de médecins considèrent encore aujourd'hui comme les seuls signes de la congestion pulmonaire, ne figurent dans le relevé ci-dessus, comme on vient de le voir, que dans le quart des cas environ ; encore sont-ils presque toujours localisés ; ils n'ont donc pas l'importance diagnostique qu'on leur a attribuée.

Avant la publication des recherches de M. Woillez sur ce sujet, on méconnaissait la plupart des signes de l'hyperémie, que l'on attribuait à d'autres affections. La respiration faible était rattachée à l'emphysème ou bien à un épanche-

(1) Voir la Revue du 1er mars.

(2) *Traité théorique et clinique de percussion et d'auscultation*, avec un appendice sur l'inspection, la palpation et la mensuration de la poitrine, par E.-L. Woillez. 1 vol. in-12. Paris, 1879, chez Ve Adrien Delahaye et Cie.

ment; la respiration sibilante était considérée comme un râle de la bronchite; l'expiration prolongée comme un indice de tuberculisation à son début, ainsi que la respiration rude. Le souffle, surtout uni à des râles humides, était rattaché à la pneumonie. La fausse interprétation de ces signes de congestion pulmonaire se reconnaît à cette particularité importante, que ces signes peuvent se présenter isolément ou se combiner en assez grand nombre, tout en pouvant se succéder irrégulièrement du jour au lendemain. On observe ces signes le plus souvent d'un seul côté de la poitrine, mais on peut aussi les trouver des deux côtés à la fois. Une autre particularité tout aussi nécessaire à connaître est celle-ci : un traitement approprié, tel que vomitifs, ventouses scarifiées, émission sanguine, fait disparaître en quelques heures tous les signes observés, même lorsqu'ils ont une gravité apparente.

*Congestion pulmonaire dans les maladies.* — M. Woillez considère l'hyperémie comme état pathologique initial des maladies, comme phénomène concomitant habituel et comme complication accidentelle. Ces signes de percussion et d'auscultation ont, à ces points de vue, une importance d'autant plus grande qu'ils révèlent l'existence d'un élément pathologique qui resterait souvent inaperçu, ce qui donnerait lieu à des méprises regrettables.

On trouve les signes de l'hyperémie au début de la bronchite et de la pneumonie principalement ; on les trouve aussi au début de beaucoup d'autres maladies aiguës; enfin et surtout au début de la tuberculose pulmonaire.

L'hyperémie concomitante de la pneumonie, par exemple, se manifeste par les signes caractéristiques que nous venons d'exposer plus haut, dans le poumon opposé à celui qui est atteint et même dans les parties non affectées de ce même poumon.

L'existence de ces signes dans les fièvres offre une très-grande importance. Il n'est pas indifférent, en effet, fait remarquer M. Woillez, de pouvoir ou non bien étudier la congestion pulmonaire comme élément réel et plus ou moins grave de la maladie principale ; et il n'est pas moins nécessaire d'éviter la confusion diagnostique qui peut résulter de l'interprétation erronée des signes qui se rapportent à l'hyperémie.

Dans les fièvres, les troubles fonctionnels de cette hyperémie sont loin d'être aussi complets que ceux de la congestion pulmonaire idiopathique, et ils n'ont pas la même physionomie. Ainsi la douleur de côté fait le plus souvent défaut. Le plus souvent aussi il n'y a ni toux, ni expectoration. Mais la dyspnée est quelquefois considérable et peut constituer un signe prédominant qui attire tout d'abord l'attention. De plus, la congestion, liée à toute fièvre dès son début, se continue avec elle et a une durée plus longue que l'hyperémie simple.

Enfin la congestion pulmonaire se montre assez fréquemment comme complication accidentelle. C'est en se développant dans certaines bronchites simples que l'hyperémie les transforme en bronchite capillaire. Dans la pneumonie chronique, elle peut jouer le rôle de complication. Dans l'emphysème pulmonaire, M. Woillez a signalé l'hyperémie comme complication d'une importance particulière, fréquente et constituant avec la bronchite, mais souvent aussi sans elle, un accident temporaire bien caractérisé par les signes de l'hyperémie qui disparaissent rapidement sous l'influence du traitement.

On peut dire, en résumé, qu'il n'est pas une maladie aiguë ou chronique, principalement celles des organes de la respiration, qui ne puisse se compliquer accidentellement de congestion pulmonaire.

### Ophthalmie blennorrhagique.

Un malade est entré dans le service de M. Gosselin atteint d'ophthalmie blennorrhagique. C'est le troisième cas de ce genre de cette année. Les paupières étaient le siège d'un gonflement considérable avec purulence abondante, chémosis, cornée troublée par une infiltration plastique. Il y avait déjà chez ce malade, avant le développement de son ophthalmie blennorrhagique, une opacité traumatique qui compliquait encore d'une manière fâcheuse la situation. M. Gosselin a traité d'emblée ce malade par le moyen qu'il emploie d'habitude dans ces cas-là, le moyen le moins mauvais sinon le meilleur, les instillations d'eau alcoolisée dans la proportion de un quart d'alcool pour trois quarts d'eau, faites à l'aide d'un compte-gouttes. Ce moyen n'est efficace qu'à la condition d'être employé dès le début et avant que la cornée soit infiltrée. Ici malheureusement la maladie datait de plusieurs jours, et, comme on vient de le voir, non-seulement la cornée était infiltrée, mais elle avait déjà été antérieurement légèrement opacifiée. Comme on devait s'y attendre, les instillations d'eau alcoolisée n'ont pas eu ici le bon résultat que M. Gosselin en avait obtenu dans les cas précédents. Au bout d'une quinzaine de jours de traitement, après avoir employé l'eau alcoolisée d'abord au cinquième, puis au sixième à cause de la douleur qu'elle provoquait à cette première dose, non-seulement il ne s'était produit aucune amélioration, la conjonctivite oculo-palpébrale persistait avec la même intensité et avec la même abondance de suppuration, mais l'état de la cornée s'était encore aggravé, elle offrait un soulèvement considérable, une saillie inégale, mamelonnée avec ramollissement, résultant de la pression exercée par l'iris. En examinant de près à la loupe, il semblait même qu'une petite portion d'iris faisait hernie à travers une fente de la cornée. Il y avait une sorte de staphylome mixte, cornéal et iritique. La conjonctive oculo-palpébrale était passée à l'état granuleux, conséquence ordinaire des ophthalmies purulentes, surtout chez les adultes.

Il était évident qu'à dater de ce moment la vision était à tout jamais perdue et que le malade était menacé de conserver très-longtemps son inflammation granuleuse de la conjonctive. Le staphylome en voie de formation était lui-même une cause de persistance de l'inflammation et de l'état granuleux. Dans ces conditions il ne restait plus qu'une ressource : c'était l'énucléation, non pas l'énucléation complète, mais la section du segment antérieur seulement, afin de conserver un support suffisant pour l'application d'un œil artificiel.

C'est l'opération que M. Gosselin a pratiquée chez ce malade, sans se dissimuler toutefois les inconvénients qu'entraîne quelquefois après lui ce procédé, auquel on a reproché, avec raison, de laisser au fond de l'orbite des éléments inflammables susceptibles de provoquer plus tard une ophthalmie sympathique ; auquel cas il se réserverait de recourir en dernière ressource à l'énucléation complète.

### Pigmentation de la face dans la tuberculose abdominale.

M. Noël Guéneau de Mussy a signalé, il y a longtemps, la coexistence de taches pigmentaires sur la face avec la tuberculose abdominale. Elle lui a paru, depuis, si cons-

tante qu'il l'a regardée comme un signe de l'envahissement des organes abdominaux par le processus tuberculeux. Il a pu même dans quelques cas, sur la vue seule de ce signe, annoncer chez des malades qui ne présentaient aucun trouble fonctionnel du côté des organes abdominaux, l'existence de lésions tuberculeuses qui ont été reconnues ensuite à l'autopsie.

Voici en quels termes M. N. Guéneau de Mussy décrit cette pigmentation dans un opuscule sur ce sujet, qu'il vient de publier.

Cette pigmentation forme des taches bronzées, déchiquetées, polygonales, qui commencent ordinairement par la partie antérieure de la fosse temporale; elles peuvent y rester limitées, mais le plus souvent elles s'allongent sur le front, peuvent en couvrir la plus grande partie, ou se perdre à leurs contours dans une pigmentation diffuse, qui donne à la peau une coloration analogue à celle des mulâtres; d'autres fois elles envahissent la racine du nez, les régions malaires; elles peuvent même apparaître sur d'autres régions du corps, en particulier sur la face dorsale des mains. Elles sont quelquefois assez étendues pour qu'on y puisse voir une forme ou un degré de la maladie d'Addisson.

Ce n'est pas seulement dans les affections tuberculeuses de l'abdomen que l'on rencontre cette pigmentation; on la trouve parfois aussi dans d'autres maladies de l'abdomen. Notre savant confrère l'a rencontrée dernièrement dans quatre cas de cirrhose compliquée d'ascite, dans un cas de cancer de l'estomac.

On peut donc considérer cette coloration comme indiquant généralement une lésion de l'abdomen et plus particulièrement chez les tuberculeux l'envahissement des organes abdominaux par la tuberculose.

Rapprochant cette lésion pigmentaire de la maladie d'Addisson avec laquelle elle a des analogies manifestes, M. Noël Guéneau de Mussy considère ces deux états, la maladie d'Addisson et la mélanodermie partielle de la face comme des effets, à des degrés différents, d'un même processus pathogénique, l'irritation des nombreux filets nerveux qui entrent dans la constitution anatomique des capsules surrénales et du plexus solaire avec lequel ils sont en étroite connexion.

Dr Brochin.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Cas de rage, traité et guéri par l'oxygène.** — Deux médecins russes, les docteurs Schmidt et Lebedew, ont eu à traiter dernièrement une jeune fille de douze ans mordue à la main par un chien enragé. La blessure avait intéressé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; elle fut cautérisée immédiatement par le nitrate d'argent; au bout de huit jours la cicatrisation était complète.

Trois jours auparavant, l'enfant avait été atteinte de diphthérie suivie d'aphonie paralytique.

Dix-sept jours après la morsure, se manifestèrent les premiers symptômes d'hydrophobie; les médecins prescrivirent l'inhalation de trois pieds cubiques d'oxygène; les résultats furent si immédiats que, deux heures et demie après, la malade se trouvait dans un état complet de calme.

Le surlendemain, nouveaux symptômes de rage (dysphagie, dyspnée, convulsions toniques du torse et des extrémités, spasme des muscles respiratoires, absence complète du sentiment d'existence).

Une nouvelle inhalation d'oxygène, continuée pendant quarante-cinq minutes, dissipa tout ce cortège symptomatologique.

Une légère dyspnée persista seule, mais elle fut combattue par le monobromure de camphre, dont l'usage fut continué pendant trois semaines.

Un mois après, les médecins constatèrent une certaine atonie de l'innervation des jambes; mais ces symptômes se dissipèrent bientôt et la jeune fille recouvra une parfaite santé, à l'exception de l'aphonie, conséquence morbide de la diphthérie.

A cette occasion nous croyons devoir rappeler qu'en 1875, MM. les docteurs Constantin Paul et Josias ont employé les inhalations de gaz oxygène avec les appareils Limousin dans un cas de rage très-caractérisé dont fut atteint un gardien du bois de Vincennes au commencement du mois d'octobre.

Malgré ces inhalations, le malade a succombé; mais, grâce à l'oxygène, l'asphyxie a été conjurée à plusieurs reprises et a permis l'essai des divers traitements. (*Journal d'hygiène.*)

**Dysentérie. — Abcès du foie pris pour une pleurésie purulente. — Empyème. — Mort,** par A. Mossé (service de M. Frémy). — Un garçon marchand de vin entre à l'Hôtel-Dieu : il a habité la Cochinchine et en est revenu avec une diarrhée qui s'est améliorée après son retour en France. Quelque temps après, il a été traité, dit-il, pour une pleurésie guérie par des vésicatoires, mais la guérison ne s'est pas maintenue, et il est rentré à l'hôpital avec les signes d'un épanchement pleural. On constate, en outre, une voussure notable de l'hypochondre droit, surtout en avant et sur le côté.

On se décida à pratiquer une ponction dans l'aisselle pour diminuer la compression pulmonaire : elle donna issue à un litre et demi de pus. Après trois ponctions capillaires, on pratiqua l'opération de l'empyème, un peu en avant de la ligne axillaire, en se guidant sur le bord supérieur de la septième côte. Cette incision ne donne pas issue à du pus, mais laisse arriver sur la plèvre, faisant saillie dans l'espace intercostal : on la ponctionne et il en sort un jet de pus sanieux, en grande quantité (deux litres environ). On fit des lavages quotidiens. Malgré quelque amélioration apparente, le malade succomba sept jours après.

L'autopsie démontra que l'origine de la lésion était un abcès du foie. Le lobe droit adhérent intimement au diaphragme, est, pour ainsi dire, enkysté en haut et en arrière par ce diaphragme : en dehors, il est étroitement fixé contre la paroi costale. En bas il n'existe presque pas de fausses membranes, et la face inférieure du foie est presque aussi lisse et aussi brillante qu'à l'état normal. Elle s'affaisse et se plisse quand on fait reposer le foie sur la face convexe, comme si, le parenchyme étant détruit intérieurement, il n'en restait plus qu'une mince épaisseur pour constituer cette face inférieure. En effet, en incisant ce lobe droit, on voit qu'il est creusé d'un vaste abcès solitaire dont les dimensions dépassent celle d'une tête de fœtus à terme; ses parois sont tomenteuses. Dans la région fixée contre la paroi costale, l'abcès communique en deux points avec l'extérieur : 1° dans le sixième espace intercostal, où se trouve l'incision faite par le chirurgien; 2° en dehors et un peu plus haut, dans le cinquième espace, point où l'abcès paraît s'être ouvert spontanément. Quelques ostéophytes sur les côtes correspondantes.

Des erreurs analogues ont déjà été signalées à la Société anatomique (1875 et 1877).

L'abcès du foie a été d'abord soupçonné, puis il a été pris et traité comme un empyème. Pendant près de huit jours, la poche purulente a été lavée plusieurs fois dans la journée, et il est survenu une légère amélioration dans l'état, d'ailleurs fort grave, du malade. Aussi, à ce sujet, pourrait-on poser la question suivante, à laquelle, d'après M. Berger, on pourrait souvent donner une solution affirmative : « Serait-il permis, dans un cas où l'on reconnaitrait que l'on a affaire à un abcès du foie facilement accessible, de l'inciser et de le traiter ensuite absolument comme on fait de l'empyème? » (*Progrès méd.*)

**De l'influence du travail intellectuel sur le développement du crâne et du cerveau.** — A la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, MM. Lacassagne et Cliquet ont communiqué un curieux mémoire sur ce sujet, contenant le résultat de leurs expériences sur le personnel du Val-de-Grâce, malades et médecins.

190 docteurs en médecine, 133 soldats ayant reçu un rudiment d'instruction, 90 soldats complètement illettrés, 91 soldats détenus ont livré leur tête au conformateur.

Le conformateur est l'instrument qu'emploient aujourd'hui les chapeliers pour prendre avec une très-grande exactitude la forme de la tête de leurs clients. Il ne donne, à la vérité, qu'une réduction de cette forme; mais, comme les proportions en sont parfaitement gardées, les observations sont tout à fait comparables. On peut donc mesurer les diamètres du dessin obtenu à l'aide du conformateur, comme si on mesurait les diamètres réels du crâne, et arriver à des résultats aussi sérieux. En cette circonstance, les moyennes obtenues ont été les suivantes :

| Diamètres. | Docteurs. | Soldats lettrés. | Soldats illettrés. | Détenus. |
|---|---|---|---|---|
| Longitudinal . . . | 85,29 | 81,97 | 79,13 | 81,10 |
| Frontal . . . . . . | 48,91 | 43,65 | 42,35 | 41,12 |
| Pariétal. . . . . . | 52,58 | 49,66 | 50,27 | 49,90 |

Il existe, comme on voit, une différence considérable en faveur des docteurs sur tous les autres, et cette différence est surtout accusée pour le diamètre frontal. En outre, les deux moitiés de la tête ne sont pas parfaitement symétriques. Chez les gens instruits, la région frontale est plus développée à gauche; chez les illettrés, la région occipitale est plus développée à droite.

Les auteurs concluent ainsi :

1° La tête est plus développée chez les gens instruits qui ont fait travailler leur cerveau, que chez les illettrés ou les individus dont l'intelligence est restée inactive ;

2° Chez les gens instruits, la région frontale est relativement plus développée que la région occipitale, et, si la différence entre ces deux régions existe au profit de la dernière, cette différence est minime, alors que chez les illettrés elle est considérable. (*Tribune méd.*)

**Affections nasales traitées par les bougies médicamenteuses.** — A la Société médicale de Vienne, M. le docteur Catti a présenté une série de bougies en gélatine chargées de médicaments astringents, tels que sulfate de cuivre, zinc, acide phénique, teinture de ratanhia. Chacune d'elles a de huit à onze centimètres de longueur sur six centimètres d'épaisseur. On l'introduit dans la fosse nasale par un mouvement de rotation et on peut, en lui imprimant une direction horizontale, oblique ou perpendiculaire, modifier, suivant le besoin, les divers points de cette cavité. Une fois la bougie introduite, la narine est bouchée avec de la charpie ou du coton, et en quelques heures le corps étranger se trouve fondu. Par un usage répété de ces bougies, le docteur Catti a obtenu de très-bons résultats dans le traitement des *catarrhes chroniques* du nez et de l'arrière-cavité des fosses nasales et dans celui de l'ozène. (*The Chicago med.* et *Un méd.*)

**Cas extraordinaire d'éléphantiasis du scrotum et du pénis,** par M. Velasco (*El Anfiteatro anatom. español*). — Un confrère de Madrid, dont le pénis paraissait fort grossi par le fait d'une dégénération éléphantiasique notable de la peau, et dont le scrotum avait atteint, pour la même cause, le volume d'une tête d'adulte, en était extraordinairement incommodé. Le cas fut jugé non opérable. Cependant l'auteur se décida à l'opérer en deux séances. Dans la première, il extirpa le scrotum et le prépuce du pénis, ce qui débarrassa le malade de sa pénible rétention d'urine. La plaie s'étant cicatrisée en onze jours, il pratiqua la deuxième opération en recouvrant les deux testicules atrophiés des restes de la peau du scrotum. La guérison eut lieu en vingt jours. Cette guérison est demeurée radicale (*Revue de thérap. méd. chir.*)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 mars 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### LECTURE

**Plaie pénétrante de poitrine avec issue de l'épiploon.** — M. Dieu, médecin militaire, lit l'observation suivante : Un Arabe et sa femme, âgée de vingt-cinq ans, étaient allés chez le cadi pour demander le divorce; ils revenaient ensemble, montés sur la même mule, la femme placée en avant, quand soudain le mari la frappa de trois coups de couteau dans la région abdominale et dans la poitrine. La malade fut apportée à l'hôpital de Bougie où l'on constata sous la mamelle droite l'existence d'une blessure par laquelle sortait une masse volumineuse; le diagnostic de hernie épiploïque ayant été rejeté, on admit qu'il s'agissait d'une hernie du poumon. La malade succomba quelques heures après à une péritonite suraiguë, causée par les blessures de l'intestin. A l'autopsie on reconnut que la masse qui faisait hernie était bien constituée par l'épiploon qui avait traversé le diaphragme. Celui-ci avait encore conservé sa voussure, mais on pouvait, à travers le trajet de la plaie, passer le doigt par le diaphragme et par la plaie située entre la cinquième et la sixième côte. Le poumon n'était pas blessé; l'épiploon seul s'était engagé dans la plaie à travers le diaphragme. Il faut supposer que, lorsque le coup a été porté, la femme faisait un fort mouvement d'expiration, pendant lequel le poumon était remonté au-dessus du niveau du cinquième espace intercostal; on sait que quelques auteurs admettent même que, pendant une expiration forcée, la convexité du diaphragme remonte à droite jusqu'au cinquième et même quatrième espace intercostal. La lame du couteau ayant été retirée vite, l'épiploon s'est engagé dans la plaie et l'a obturée complètement de façon que l'air n'a pu s'introduire dans la cavité pleurale.

Dans un cas analogue, faut-il réduire l'épiploon? Il est plus prudent de s'abstenir, car, en réduisant l'épiploon, on le laisserait dans la cavité pleurale, où il peut produire des accidents, et, d'autre part, on n'éviterait aucun des dangers des épiplocèles. Il serait même indiqué plutôt de faire ce qui serait possible pour maintenir l'épiploon au dehors et empêcher son retrait spontané.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE

M. Le Dentu. La septicémie comprend des accidents très-variables : tantôt elle est constituée par des accidents locaux siégeant uniquement sur la plaie où la gangrène, la lymphangite expliquent naturellement le développement d'un foyer d'infection; tantôt elle produit des accidents généraux pouvant naître à la suite de la première forme, mais pouvant aussi avoir leur explication dans une simple absorption pulmonaire. C'est cette forme d'infection générale qui est beaucoup plus difficile à interpréter et sur laquelle on ne s'est pas mis d'accord. La septicémie, naissant sur un foyer limité, présente plusieurs formes : l'infection putride aiguë, l'infection putride chronique avec suppuration prolongée, et l'infection purulente que j'appellerais une septicémie avec incidents anatomiques, pour écarter la théorie des abcès métastatiques.

Si l'infection se faisait toujours par l'absorption d'un germe sur la plaie, un pansement antiseptique quelconque suffirait pour empêcher les malades de succomber. Mais il faut reconnaître un rôle considérable à l'absorption pulmonaire, en dehors de toute infection par la plaie elle-même; nous en avons eu une triste démonstration en 1870-71. Toutefois, dans les conditions ordinaires de la pratique chirurgicale, nous pouvons protéger les plaies et mettre nos malades à l'abri de l'absorption pulmonaire, et ces résultats sont réalisés par l'application rigoureuse de la méthode antiseptique.

Tout en reconnaissant que les statistiques ont des imperfections et qu'elles mettent en présence des éléments disparates que l'on ne peut comparer entre eux, je pense qu'il faut leur accorder une certaine valeur relative, et c'est pourquoi j'apporte ici quelques

chiffres de ma pratique personnelle. Depuis deux ans j'emploie le pansement de Lister, pas tout à fait dans ses conditions rigoureuses, mais dans ses principes essentiels. Ainsi, je ne fais pas la pulvérisation avec une exactitude absolue, à cause des difficultés de fonctionnement des appareils à pulvérisation; je ne fais pas les sutures profondes ni les ligatures avec le catgut: mais je respecte les autres précautions recommandées par Lister. Ma statistique comprend cinquante-sept cas d'opérations ou de fractures compliquées; je ne compte pas les opérations de hernies étranglées qui ne m'ont pas donné de bons résultats pour le pansement; la pulvérisation ayant provoqué de l'érythème inflammatoire, j'ai dû renoncer au pansement de Lister; la terminaison définitive n'a, d'ailleurs, pas été défavorable. Sur sept amputations du membre supérieur, dont une désarticulation de l'épaule et deux amputations du bras, je compte sept guérisons. Une désarticulation de la hanche a été suivie de mort trente-six heures après l'opération; le pansement n'y est pour rien. Sur six amputations de cuisse, trois guérisons, trois morts. Sur trois amputations de jambe, deux guérisons, une mort. Sur trois grandes résections, deux guérisons, une mort. Sur onze petites amputations, dix guérisons. Une petite résection, un succès. Six opérations sur les os suivies de succès, une mort. Sur deux amputations du sein pour tumeurs graves, deux succès. J'ajouterai diverses ablations de tumeurs, adénites, kystes et diverses opérations d'hématocèle vaginale, brides cicatricielles de la main, etc., toutes suivies de guérison. J'ai donc un total de trente-neuf guérisons et six morts. Joignons à ces chiffres sept cas de fractures compliquées de jambe, dont deux morts et cinq guérisons; tous les écrasements de doigts ou d'orteils suivis de guérison.

Si j'aborde maintenant la discussion des détails de tous les actes du pansement de Lister, je reconnais que l'acide phénique jouit de propriétés astringentes, antiphlogistiques et anesthésiques; son action irritante est réelle si on le laisse en contact prolongé avec les plaies, mais elle n'est pas dangereuse; enfin les propriétés antiseptiques locales sont aussi incontestables. Quant aux détails du pansement, il est possible que le lavage des mains et des instruments dans la solution phéniquée soit une précaution minutieuse, inutile même, mais elle est si facile à réaliser que ce n'est pas la peine de s'y soustraire. La pulvérisation présente certains inconvénients, et elle n'est pas toujours bien supportée par certaines régions, telles que l'aisselle, le pli de l'aine et le scrotum. Je l'ai vue accompagnée d'un érythème épouvantable après une hématocèle compliquée. Au sujet de la durée du traitement, j'ai obtenu des réunions rapides, pas toujours complètes, probablement parce que je n'ai pas employé les sutures profondes. Mais aussi j'ai vu des érysipèles et quelques lymphangites dans des portions de salles où je ne pratiquais pas le pansement de Lister, tandis que les malades soumis à ce pansement en étaient exempts.

Je ne veux pas terminer sans dire un mot des autres pansements, car, si je suis assez porté à reconnaître que le pansement de Lister est meilleur que ceux qui étaient employés auparavant, je n'oublie pas que j'ai vu de beaux résultats obtenus avec le pansement ouaté; j'ai vu guérir des ouvertures d'articulations et des amputations de cuisse, et il me serait difficile de dire lequel des deux pansements est préférable à l'autre : tous deux sont excellents. Quant à l'alcool, si, pendant la guerre de 1870-71, nous avons obtenu des résultats déplorables, c'est malgré son emploi plutôt qu'à cause de son emploi; nous étions évidemment dans des conditions spéciales.

J'ai, d'ailleurs, souvent recours à l'eau alcoolisée : pour les plaies simples c'est un bon pansement. En résumé, je n'oserais point pratiquer une grande opération, ni même une opération de gravité moyenne, sans employer le pansement de Lister ou le pansement ouaté; pour les cas très-légers, et vers la fin de la cicatrisation des grandes plaies, je ne crains nullement de donner libre carrière à mon éclectisme, et j'emploie les procédés qui me paraissent devoir favoriser la guérison la plus rapide, sans m'inquiéter s'ils appartiennent à la vieille méthode ou à la nouvelle.

M. GUYON. Au point où en est arrivée la discussion, la question doit être ramenée à son point de départ. M. Perrin nous a exposé les avantages de l'alcool, et a fait un procès de tendance au pansement de Lister. Or, je ne veux en aucune façon attaquer le pansement à l'alcool, que j'ai employé avec une grande persévérance; pendant plusieurs années, j'en ai complètement étudié les effets et l'action sur la marche des plaies, et je me crois autorisé à dire que c'est un excellent moyen de pansement qui doit rester à la disposition des chirurgiens. Mais je l'ai abandonné pour le remplacer par le pansement de Lister, que j'emploie seul aujourd'hui : je voudrais exposer quelques-uns des motifs de cette préférence, en établissant la comparaison entre les deux modes de pansement.

A l'époque actuelle, il n'est pas besoin d'insister sur ce fait que nous concentrons tous nos moyens d'action sur la plaie, où nous craignons le danger, sans toutefois négliger complètement l'hygiène et l'alimentation des opérés; mais nous attendons surtout la guérison de l'application correcte de la méthode antiseptique. Nous avons eu une démonstration éclatante de ses beaux effets, lorsque, en 1870-71, M. Guérin nous a fait constater, avec son pansement ouaté, les magnifiques guérisons obtenues dans les grandes amputations à l'hôpital Saint-Louis, où c'était une nouveauté : pendant ce temps, j'étais resté fidèle à l'alcool, et je n'avais pourtant que des résultats désastreux.

J'établirai la comparaison entre les deux pansements en cherchant comment l'un et l'autre ils répondent aux trois grandes indications que nous cherchons à réaliser en chirurgie : *a* préservation du blessé, *b* réparation de la plaie, *c* diminution des phénomènes douloureux.

1° L'alcool assure-t-il la préservation du malade? Étudions ses effets pas à pas, et voyons ce qui se passe chaque jour sur une plaie pansée à l'alcool; ce sera, je crois, une méthode plus régulière que la simple comparaison des statistiques qui ne nous rendent pas compte du chemin parcouru. Or, les résultats immédiats de l'alcool sur la plaie sont rassurants d'abord: le gonflement des tissus est faible, l'inflammation périphérique est presque nulle, la réaction générale modérée. Cependant, on voit bientôt éclater un incident fort inquiétant, survenant toujours dans les mêmes conditions : si l'on n'a pu maintenir toutes les parties de la plaie également au contact de l'alcool, on voit, dans les points qui ont échappé à l'action directe de l'alcool, apparaître une phlegmasie intense avec tous ses accidents; or, il est bien difficile d'être assuré que l'alcool aura produit son action modificatrice, modératrice, sur toute la surface de la plaie : pour y arriver, j'étais obligé d'interposer dans le pansement un tube de drainage par lequel on injectait, deux fois par jour, de l'alcool sur le fond de la plaie.

Si, au contraire, on emploie le pansement de Lister, on observe d'abord des phénomènes analogues; la plaie est presque dans un état d'indifférence, et les téguments voisins ont une teinte normale : mais, pour conserver la plaie dans cet état favorable, tandis qu'il faut, avec l'alcool, les soins les plus minutieux, la plaie, sous le pansement de Lister, est facilement maintenue dans ses conditions normales par l'atmosphère phéniquée, qui remplace le contact direct et l'irrigation nécessaires dans le pansement alcoolique. Ce qui m'a paru dans le pansement de Lister devoir inspirer le plus de confiance aux chirurgiens, c'est l'enveloppement de la plaie dans cette atmosphère antiseptique, réalisée d'une façon si simple; et, on ne doit pas l'oublier, l'emploi de ce manchon antiseptique permet encore, après les premiers jours, de faire des pansements rares, tous les trois ou quatre jours, ce qui est une nouvelle condition favorable à la guérison des plaies. Je puis donc dire, en comparant l'action immédiate des deux pansements, que le pansement de Lister assure la préservation de la plaie d'une façon plus complète, et qu'il laisse le chirurgien plus maître de la situation. Je n'hésite point d'ailleurs à reconnaître les bons services que rend le tube à drainage, dont l'emploi assure l'écoulement des liquides et, par conséquent, empêche leur putréfaction.

Quant aux phénomènes de la suppuration, l'acide phénique ne les provoque pas plus que le gonflement : je ne suis pas encore arrivé à ne plus voir de suppuration, comme Lister lui-même,

mais j'ai observé, sur des plaies suppurantes, que l'emploi de l'acide phénique restreint l'abondance de la suppuration et modifie l'écoulement putride. Il n'en est point de même pour l'alcool; une fois la suppuration établie, l'alcool ne provoque jamais cette rétrocession, que nous obtenons manifestement avec le pansement de Lister. C'est là ce qui différencie profondément cette méthode antiseptique ; les autres pansements ne produiront jamais des modifications aussi capitales.

2° Quelle est l'action des deux pansements sur la réparation des plaies ?

L'alcool possède une action plus que douteuse à ce point de vue : je n'ai jamais osé combiner la réunion des plaies avec le pansement alcoolique. L'alcool modère l'essor traumatique des plaies, mais modère en même temps leur essor réparateur. En voyant une plaie pansée depuis quelque temps à l'alcool, on se demande si elle guérira jamais; à un certain moment, rien ne marche plus. Au contraire, avec le pansement de Lister, on est très-frappé de l'extrême facilité de la réunion des tissus divisés, qui reprennent à coup sûr. La réunion immédiate est facilement obtenue par ce pansement, non-seulement pour la peau, mais encore pour les parties profondes. Grâce à lui, nous pouvons faire la réunion immédiate sans danger, et nous n'avons plus besoin de l'air de Montpellier pour être assurés de l'obtenir. Si la réunion n'est pas totale, le drainage, du moins, assure une porte de sortie aux liquides, et l'on reste à l'abri de la septicémie.

Ce que je dis du pansement de Lister, je pourrais certainement aussi bien le dire du pansement ouaté : l'avenir de nos malades, à l'heure actuelle, consistera, sans aucun doute, en ce que l'on ne fera plus d'opérations graves sans le pansement ouaté ou l'acide phénique. Ce qui n'exclut pas les bons services que peut rendre l'alcool, dont, toutefois, l'usage assure un degré de garantie moindre.

3° Quelle est l'action des deux pansements sur la douleur? Il est incontestable que, sous le pansement de Lister, la douleur est à son minimum, je dirais même qu'elle n'existe pas, si je ne craignais de paraître trop absolu dans mes affirmations. Le membre du malade est engourdi, mais il n'est pas douloureux. Il n'en est vraiment pas de même pour l'alcool : je puis d'autant mieux le dire que j'ai longtemps employé ce pansement ; j'ai vainement cherché à persuader à mes opérés que l'alcool ne causait pas de douleur, je n'y ai jamais réussi.

Comme il est toujours utile de contrôler les résultats obtenus au moyen des chiffres, je termine en citant ma statistique chirurgicale, dans un service de chirurgie de soixante et onze lits, à l'hôpital Necker (je ne compte pas la salle affectée aux maladies des voies urinaires). Depuis deux ans, j'emploie l'acide phénique ; je n'ai pas eu un seul cas de pyohémie. Pour rester dans un cadre général, j'élimine plusieurs guérisons de plaies articulaires, et je cite les opérations les plus communes : sur 3 amputations de cuisse, j'ai 3 guérisons; sur 4 amputations de jambe, 4 guérisons ; sur 10 amputations du sein, 10 guérisons ; sur 4 castrations, 4 guérisons ; sur 7 opérations de hernies étranglées, 5 guérisons et 2 morts ; diverses ablations de tumeurs volumineuses, toutes suivies de guérison. Si je n'ai pas vu de pyohémie, j'ai été moins heureux à propos de l'érysipèle dont j'ai observé trois ou quatre exemples, et toujours dans des cas d'ablation de tumeurs du sein. J'ai aussi rencontré deux fois de l'érythème, ce que j'attribue à la susceptibilité de certaines régions, et à l'influence de certaines résines âcres quelquefois contenues dans la gaze antiseptique, beaucoup plutôt qu'à la pulvérisation de l'acide phénique.

J'achève cette sorte de confession en proclamant que j'ai montré, plus que personne, de la défiance à l'égard du pansement de Lister ; j'y ai longtemps résisté, un peu à cause du caractère mystique de son ensemble, un peu même à cause de l'odeur de l'acide phénique qui suit le chirurgien pendant toute la journée, et le désigne, pour ainsi dire, à sa clientèle, comme ayant commis, le matin, une opération chirurgicale ; mais j'ai fait l'expérience du pansement, je dois dire que rien n'est plus facile à exécuter, sauf quelques petites difficultés provenant des appareils à pulvérisation : quant à l'odeur désagréable, depuis que l'acide phénique guérit mes opérés, je ne lui trouve plus d'odeur.

**PRÉSENTATION D'APPAREIL**

M. DE SAINT-GERMAIN présente un appareil qu'il a fait construire pour le traitement des déviations et le redressement de la colonne vertébrale.

La séance est levée à cinq heures et demie.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fontès, président de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris.

M. le docteur Passant, secrétaire général de la Société, a prononcé sur sa tombe les paroles suivantes :

« Messieurs, avant de quitter l'homme de bien que nous avons conduit au lieu de son dernier repos, avant de voir, sur lui, se fermer sa tombe, je viens, au nom de la Société médicale des bureaux de bienfaisance qu'il aimait, à la tête de laquelle est venue le surprendre la mort, je viens, en votre nom, lui adresser un suprême adieu !

« Comme beaucoup d'entre vous, il a parcouru une difficile carrière ; il a connu la lutte et l'épreuve ; il n'a cessé, malgré les mécomptes de la vie, de prodiguer son dévouement aux misères humaines.

« Toutes les charges de notre profession ont pesé sur lui. Fontès les a toutes noblement acceptées et dignement remplies. Il était, dans son arrondissement, médecin du bureau de bienfaisance depuis vingt-cinq ans, médecin de la Société municipale de secours mutuels, des écoles et des asiles, du service de la vaccination, membre de la commission d'hygiène. En 1870, il avait, comme nous tous, payé sa part de dévouement au service du pays, en dirigeant plusieurs ambulances. Les travaux scientifiques (ce n'est pas ici le lieu de vous énumérer ses publications) plaisaient à son remarquable esprit. Non plus que les fonctions qu'il a remplies, ces études laborieuses ne l'ont pas enrichi, les honneurs ne sont pas venus l'encourager et le consoler. C'est que la justice et la reconnaissance ne sont pas de ce monde.

« Resté seul, de bonne heure, avec deux jeunes enfants, il a su remplir, à la fois, les devoirs de sa profession et ceux du chef de famille. Il ne montrait pas seulement la voie à suivre, mais il donnait l'exemple, cette force puissante qui parle plus haut que tous les conseils. Sa fille a été le charme de son foyer, le soutien de ses derniers instants ; son fils, dont il s'était fait le précepteur, répondant à ses intelligents efforts, est arrivé, déjà, à la situation la plus belle et la plus enviée; il a été, dans ses brillants succès, le légitime orgueil de sa vie : que cette pensée soit, en ce moment, pour lui une consolation.

« Je ne vous dirai pas l'attachement de Fontès à notre Société ; la plupart d'entre vous savent avec quel intérêt il a assisté à ses débuts comme membre fondateur en 1852, suivi ses développements, contribué à sa prospérité. Il y a quelques jours, à peine, dans une réunion où, malgré une fin si prochaine, nous avions trouvé, chez lui, tout le charme du commerce d'un esprit distingué, il portait un toast à l'avenir de notre société dont vos suffrages l'avaient fait président. Qui de nous pouvait croire alors, que sa direction allait nous être enlevée ?

« Il a été surpris par la mort, dans toute l'activité de sa vie, avant d'avoir atteint ce repos si doux après la journée remplie. Le repos, ce rêve de tous, n'est-ce pas un mot dont se berce vainement notre espoir ? un mirage qui s'évanouit quand on croit pouvoir en jouir ? Le trouve-t-on surtout dans nos rêves agités, et ne se rencontre-t-il pas seulement dans le grand sommeil où Fontès dort aujourd'hui ? Qu'il lui soit doux, ce repos de la tombe !

« Adieu, cher président! au seuil de l'éternité, radieux déjà des clartés divines, écoutez encore, comme un écho de la terre, l'expression de notre douleur, le tribut de nos regrets, le vœu de notre espérance. Au revoir! »

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Gariel, chargé d'un cours auxiliaire de physique médicale, ouvrira ce cours le mardi 18 mars 1879 à cinq heures du soir, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera de l'osmose, des phénomènes lumineux et calorifiques, et des notions de météorologie et de climatologie.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Mouton, maître de conférences, fera des conférences de physique les lundis, mercredis, jeudis et vendredis à neuf heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

M. Lippmann, maître de conférences, donnera des développements sur diverses questions de physique traitées au cours ou indiquées par M. le professeur Jamin; ces conférences auront lieu les mardis et samedis, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de physique.

M. Jannettaz, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis, à huit heures et demie, dans le laboratoire de minéralogie,

M. Joly, maître de conférences, fera des leçons de chimie analytique les mercredis et samedis, à huit heures et demie, au laboratoire de la rue Gerson, et des conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Sainte-Claire-Deville et Troost.

M. Salet, maître de conférences, fera les mercredis et vendredis, à trois heures et demie, des conférences sur l'application à la chimie de l'étude des phénomènes lumineux et calorifiques et sur divers sujets indiqués par M. le professeur Hurtz, comme complément de son cours. Ces conférences auront lieu dans le laboratoire de minéralogie.

M. J. Chatin, maître de conférences, fera, les mercredis et vendredis, à dix heures, au laboratoire de zoologie de la Sorbonne, des conférences sur diverses parties de l'étude anatomique et physiologique des animaux, indiquées par M. le professeur Milne-Edwards.

M. Joliet, maître de conférences, fera, au laboratoire de zoologie expérimentale, les mardis à huit heures du soir, et les mercredis et vendredis à deux heures, des conférences sur les sujets indiqués par M. le professeur de Lacaze-Duthiers.

M. Velain, maître de conférences, fera, les lundis et jeudis à une heure, au laboratoire de géologie, des conférences sur les diverses parties de la géologie. Les élèves seront exercés à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains.

Les étudiants ne sont admis à suivre ces diverses conférences qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7960.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

### Deux cas d'exstrophie de la vessie.

J'ai à vous présenter aujourd'hui deux malades très-intéressants : une jeune fille et un homme ayant tous deux une exstrophie de la vessie. Cette affection est loin d'être commune, et, si j'en juge d'après mon observation personnelle, elle est rare surtout dans le sexe féminin. Ces deux cas méritent donc d'être signalés.

La jeune fille, que je vous présente d'abord, a vingt-deux ans; elle a toujours joui d'une santé excellente quoiqu'elle soit née d'un père phthisique et qu'elle ait eu un frère et une sœur qui sont morts de cette affection. Cependant elle déclare s'être considérablement affaiblie et avoir beaucoup maigri pendant ces derniers mois.

Voici en quoi consiste, chez elle, le vice de conformation sur lequel j'appelle votre attention.

La portion de la vessie qui fait saillie à l'extérieur est la paroi postérieure de cet organe; elle est complètement cutisée et néanmoins extrêmement sensible. C'est à peine s'il reste un peu de muqueuse autour des orifices excréteurs de l'urine, des uretères. Comme vous le voyez, l'ombilic fait complètement défaut.

Au-dessous, une bride transversale représente uniquement ce qui reste du mont de Vénus. L'orifice du vagin qui vient ensuite a une forme elliptique; il offre à ses deux extrémités les vestiges des petites lèvres; au-dessous on voit une dépression rappelant l'hymen. Le périnée est aminci, quoique normal; les grandes lèvres sont écartées et présentent deux saillies qui simulent des hernies et ne sont autres que les symphyses pubiennes distantes l'une de l'autre de 11 centimètres.

L'introduction du doigt dans le vagin montre que ce conduit a une longueur à peu près normale; l'utérus est bifide; les deux extrémités de la matrice s'étalent largement de chaque côté et se réunissent en avant de façon à venir s'implanter sur le col, qui est normal.

Les ovaires ne peuvent être sentis.

Quant à l'homme, dont voici l'observation résumée, il est loin d'avoir une santé aussi florissante que la malade que je viens de vous présenter. Il offre, en effet, un vice de conformation de la colonne vertébrale qui tient à une ancienne affection rachitique.

Les organes génito-urinaires sont disposés chez lui de la façon suivante : comme dans le cas précédent la face postérieure de la vessie qui fait saillie à l'extérieur est en partie cutisée; il semble qu'il n'y ait pas d'urèthre, mais, par contre, on constate l'existence d'un ombilic qui fait défaut, au contraire, chez bon nombre de ces individus.

La verge, qui est le siége d'un épispadias, est excessivement peu développée; en dessous on remarque un vestige du prépuce.

Quant au scrotum il n'est pas complètement ouvert comme chez certains malades qui simulent l'hermaphrodisme, et présente deux saillies qui ne sont pas dues uniquement à l'écartement des symphyses pubiennes, mais qui ne sont autre que de véritables hernies, à droite comme à gauche. Chez lui, comme chez beaucoup de ces malades, ces hernies sont congénitales. Elles gênent considérablement le chirurgien pour la reconstitution des parties. Ici, comme il y a un ombilic, on peut dire que l'ouraque n'est pas ouvert.

Ce qui incommode le plus les individus affectés d'exstrophie de la vessie, c'est moins la difformité qui résulte de leur vice de conformation que la sensibilité toute particulière de la muqueuse vésicale qui est loin d'être, dans tous les cas, aussi bien cutisée que chez les deux malades que nous venons d'observer. C'est également la sensibilité du périnée, due à l'irritation constante des liquides qui s'écoulent à la surface de la peau.

Aussi les chirurgiens qui se sont trouvés en présence de semblable infirmité se sont-ils demandé s'il n'était pas possible, soit d'empêcher les urines de couler ainsi incessamment à la surface des téguments, soit de recouvrir la muqueuse et de s'opposer à ce qu'elle soit froissée à chaque mouvement que fait le malade. C'est là une grande difficulté. Le moyen le plus simple, c'est de faire construire un urinal qui dispense ces malades de se couvrir de serviettes, de se garnir. On peut ainsi éviter et le contact de l'urine avec les téguments et l'irritation de la muqueuse. Mais, chez ces individus, la mauvaise conformation du périnée, l'inclinaison souvent vicieuse du bassin sont autant d'obstacles à la réalisation de ces conditions. Cette difficulté cependant

est moindre chez les hommes, surtout quand ils n'ont pas d'épispadias.

Quant aux moyens chirurgicaux que l'on peut employer en pareil cas, ils consistent à recouvrir la vessie par des lambeaux de peau empruntés aux parties voisines. Mais à quelle partie? Il y a là, en effet, une difficulté considérable qui, cependant, chez l'homme n'est pas aussi insurmontable que chez la femme.

Chez le premier, en effet, le scrotum existant habituellement avec ou sans testicules, on peut emprunter un lambeau à la peau des bourses, puis, après l'avoir pédiculisé, le tordre de façon à venir l'appliquer comme une toile au-devant de la vessie.

Mais ce procédé exige un scrotum sain et l'absence complète de hernies; il faut, de plus, que le lambeau soit assez grand, assez vivant; il exige enfin des précautions extrêmes.

C'est ainsi que le chirurgien doit prendre le plus grand soin, quand il avive les bords de la muqueuse vésicale, de disposer cet avivement de façon que les lambeaux puissent s'y greffer. Cette opération est extrêmement délicate, car à ce niveau la paroi abdominale est très-amincie, et, même alors qu'on respecte le péritoine, l'inflammation peut se transmettre, par propagation, de la muqueuse vésicale à la séreuse, et une péritonite entraîne la mort du malade. Il faut enfin que l'on ait affaire à un malade robuste, puissant, d'une bonne constitution.

C'est dans ces conditions seulement que l'intervention du chirurgien est légitime; dans les cas que nous avons sous les yeux, elle serait plus nuisible qu'utile.

---

## CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

### Des tumeurs fibreuses de l'utérus, et de leur traitement par les courants continus (1).

Par le docteur Jules Chéron, docteur ès sciences, médecin de Saint-Lazare.

III

Abordons maintenant l'histoire de nos deux malades qui nous ont ramené aujourd'hui sur cette intéressante question.

L'une et l'autre nous ont été adressées par notre confrère le docteur Rol, qui nous fait l'honneur de nous écouter en ce moment.

La première est une personne de trente-huit ans, d'une bonne constitution, ayant eu deux enfants, et, pendant toute la période d'activité sexuelle, des règles très-irrégulières et parfois très-abondantes.

Il y a sept ans, cette malade vit survenir assez rapidement un sentiment de lourdeur dans le petit bassin, un affaiblissement graduel des membres inférieurs.

Ce sentiment de lourdeur s'étant accentué de plus en plus, il lui fut bientôt impossible de faire quelques pas sans voir survenir dans la région utéro-ovarienne des douleurs persistantes.

Cette malade, frappée d'une sorte d'impotence fonctionnelle des membres inférieurs par la douleur qu'éveillait la marche, dut se condamner à un repos absolu.

Le cas fut soumis à la plupart des gynécologistes éminents que renferme notre capitale, et l'existence probable d'un fibroïde intra-pariétal fut avancée par l'un d'eux.

Quant au traitement, il fut représenté surtout par l'hydrothérapie qui fut suivie pendant plusieurs mois à Divonne et à Paris.

L'état douloureux et l'impossibilité de la marche ne s'améliorèrent point; en plus, il survint des ménorrhagies tellement abondantes, pendant huit et dix jours chaque mois, que la malade pâle et anémiée voyait tous les jours ses forces diminuer.

La maladie existait depuis cinq années et depuis longtemps déjà la malade avait renoncé aux soins de la médecine, lorsqu'elle vint se soumettre à mon examen, au mois de janvier.

Le fibroïde s'était développé; aussi ne fut-il point permis d'émettre un doute sur son existence: fond de l'utérus dépassant les pubis de trois travers de doigt; sonde utérine pénétrant à une profondeur de 10 centimètres; antéversion; col énorme et violacé reposant sur le plancher vaginal: tels furent les caractères que révéla l'examen.

La malade redoutant l'application du mode de traitement que je proposais et moi-même craignant d'exaspérer la douleur par les chocs dus à l'intermittence, je me laissai aller à n'appliquer que le courant continu, malgré mes premiers déboires, espérant agir sur la névralgie avec avantage et employer ultérieurement l'intermittence.

Le courant continu employé avec persévérance, tous les jours, pendant trois mois, amena une augmentation du volume de la tumeur et les ménorrhagies redoublèrent d'abondance. Mettant de côté mes craintes à l'endroit de la névralgie, je commençai l'application de l'intermittence du courant continu, vers le milieu du mois d'avril.

La malade supporta les premières applications sans que les douleurs névralgiques fussent réveillées, et dès le commencement de juin elle éprouvait une sensation d'allégement qui l'engagea à tenter de faire quelques pas, ce qu'elle réalisa sans ramener les crises d'autrefois.

Je continuai le même traitement, sans interruption, pendant les mois de juin et de juillet, et ma malade vit progressivement son état s'améliorer et revenir la faculté de marcher sans provoquer des douleurs.

En même temps, je constatais la diminution de volume de la tumeur qui s'élevait moins au-dessus des pubis, et la sonde utérine ne donnait plus que 8 centimètres et demi de longueur de sa cavité.

La décongestion se faisait bien nettement sous l'influence des intermittences du courant continu, ce que je jugeai par la décoloration du col après l'application, et le volume de cet organe diminuait d'une façon sensible, comme la preuve m'en était donnée par la mensuration au cervicimètre.

Les ménorrhagies, au lieu de diminuer sous l'influence du traitement, s'exagérèrent encore aux mois de mai et de juin, comme je l'ai observé souvent; mais, dès le mois de juillet, la diminution de celles-ci commençait à s'établir.

La malade alla passer deux mois à la campagne, et pendant tout ce temps-là elle put faire, chaque jour, une ou deux promenades sans aucun inconvénient.

Revenue au mois d'octobre, la tumeur étant toujours diminuée de volume, le traitement fut recommencé sans modification et continué trois fois par semaine pendant tout l'hiver.

Sous cette influence, la tumeur, continuant à diminuer, vint à dépasser les pubis de 2 centimètres à peine, alors que

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 mars 1879.

la sonde utérine accusait une diminution progressive de la longueur de la cavité.

La flexion était devenue moins exagérée, l'utérus moins lourd au doigt, la décongestion complète.

La malade reprenait peu à peu les habitudes antérieures à son état de maladie et marchait avec une facilité de plus en plus grande.

Ajoutons que, les ménorrhagies diminuant de plus en plus, elle en était arrivée à avoir des époques parfaitement régulières, durant à peine trois ou quatre jours.

Depuis longtemps les applications sont faites, en moyenne, six à sept fois par mois. Souvent des interruptions de traitement d'un ou deux mois ont été permises à la malade.

Ce cas a été d'autant plus favorable à la démonstration de la valeur du traitement par les intermittences du courant continu que l'existence de ce fibroïde frappait les membres inférieurs d'impotence fonctionnelle par l'éveil de douleurs intolérables, lorsque la malade essayait de marcher, et qu'en outre il existait des ménorrhagies d'une abondance telle qu'elles obligeaient à garder le repos au lit dix à douze jours par mois et qu'elles amenaient un notable état d'anémie.

Sous l'influence du traitement, la diminution du fibroïde en s'effectuant a amené la disparition de deux graves complications que je viens de signaler et a permis le retour de la santé générale.

Il résulte pour nous de l'étude de ce cas :

1° Que l'application du courant continu simple, c'est-à-dire sans être modifié par l'intermittence, ne diminue pas le volume des fibroïdes et tendrait plutôt à en favoriser le développement, ce qui est en rapport avec les données physiologiques relatives à son action ;

2° Qu'il augmente les ménorrhagies, ce qui est encore en rapport avec les mêmes données physiologiques ;

3° Que l'application de l'intermittence du courant continu diminue rapidement le volume des fibroïdes utérins, mais ne les fait pas disparaître après deux ans et demi de traitement;

4° Que cette méthode d'application du courant continu (l'intermittence) atténue les ménorrhagies et les fait bientôt disparaître;

5° Que ce même mode d'application du courant continu (l'intermittence) fait cesser la congestion de l'organe utérin et amène la disparition des phénomènes douloureux qui s'opposaient au libre exercice du mouvement des membres inférieurs;

6° Que ce même mode d'application du courant continu (l'intermittence), quoique ne faisant pas disparaître complètement le fibroïde utérin après un traitement relativement long, enraye son développement, atténue son volume, fait disparaître les accidents qui résultent de sa présence, et, par cela même, rend à la malade un tel service que ce mode de traitement peut être considéré comme de nature à se substituer avec le plus grand avantage aux moyens généralement employés.

La deuxième malade, dont le traitement n'a été commencé dans cette clinique qu'en février 1878, a quarante-deux ans et n'a jamais eu d'enfants. Elle portait, lorsqu'elle se présenta pour la première fois à notre observation, un fibroïde bilobé de la grosseur d'une orange, faisant saillie dans le vagin et refoulant le cul-de-sac latéral droit.

Ce fibroïde rappelle comme situation et comme volume celui qui, dessiné par Huguier et reproduit dans la thèse de M. Guyon, s'étrangla dans le petit bassin et nécessita la gastrotomie.

Les règles, très-régulières depuis la puberté jusqu'à l'âge de quarante ans, ont toujours été très-abondantes. On peut les considérer comme ménorrhagies, car elles duraient de huit à dix jours chaque mois.

Il y a deux ans, après avoir bu du vin blanc, ce dont elle n'avait pas l'habitude, la malade éprouva un grand malaise et fut prise d'une métrorrhagie qui dura deux mois sans interruption. Depuis lors les hémorrhagies utérines se sont reproduites fréquemment, lui laissant de loin en loin quelques jours de repos, en produisant un état très-caractérisé d'épuisement et d'anémie.

L'ergotine à l'intérieur, les injections sous-cutanées de la même substance, le perchlorure de fer, les astringents végétaux furent mis successivement en usage. Puis vinrent les séries des iodures, des bromures, des mercuriaux, des sulfureux.

Le fibroïde continua à se développer, les métrorrhagies continuèrent presque sans relâche. L'examen de la malade démontra la situation fâcheuse du fibroïde, aggravée par la persistance des hémorrhagies.

Je crus pouvoir vous affirmer que des applications d'intermittences du courant continu, régulièrement faites tous les jours, arrêteraient en peu de temps les pertes sanguines, ramèneraient les époques à leur régularité primitive, et enfin, ce résultat obtenu, détermineraient la diminution de volume du fibroïde.

Pendant une de ces courtes rémissions dont la malade jouissait quelquefois, à la fin du mois de février 1878, les applications des intermittences du courant continu furent commencées, le pôle positif dans le cul-de-sac latéral droit, le pôle négatif sur le fond de l'utérus, incliné à droite et dépassant quelque peu les pubis. Dix jours plus tard, l'hémorrhagie reparaissait et les applications étaient continuées, malgré tout, pendant sept jours, après lesquels l'abondance de la perte sanguine nécessita le repos absolu de la malade.

Une seconde rémission se fit vers la fin de mars ; les applications furent reprises aussitôt et dix-huit jours se passèrent sans le retour du sang, qui revint après ce laps de temps pendant quatorze jours.

A la troisième rémission, vingt-six jours sans hémorrhagie furent obtenus et dix jours d'écoulement sanguin suivirent cette période de calme.

Nous étions alors aux premiers jours de juin. A partir de ce moment, les périodes de calme varièrent entre vingt-quatre et vingt-huit jours et les périodes d'hémorrhagie entre huit et dix jours, jusqu'à la fin de 1878.

En janvier 1879, l'écoulement menstruel dura sept jours seulement, et aujourd'hui, au commencement de février, nous pouvons considérer que les hémorrhagies sont remplacées par des périodes menstruelles presque régulières, un peu plus abondantes que dans l'état normal, c'est-à-dire ayant un caractère ménorrhagique qu'elles avaient autrefois.

D'une autre part, la palpation ne retrouve plus le fond de l'utérus au-dessus des pubis, mais le toucher vaginal permet de constater, dans le cul-de-sac latéral droit, la présence du fibroïde bilobé dont le volume est notablement diminué.

Il résulte pour nous de l'étude de ce cas :

1° Que l'application de l'intermittence du courant continu régulièrement pratiquée, tous les jours, sur une tumeur fibreuse de l'utérus, qui est la cause de métrorrhagies per-

sistantes, modifie peu à peu ces hémorrhagies et les ramène progressivement à l'écoulement menstruel périodique;

2° Que le volume de la tumeur fibreuse de l'utérus, traitée de cette façon pendant une année, diminue d'une façon très-notable, ce que l'on peut constater par la palpation et par le toucher vaginal.

Dans cette clinique, nous avons actuellement cinq cas de fibroïdes en traitement. Les hémorrhagies ont déjà disparu chez deux de nos malades. Les résultats ne sont pas encore assez avancés dans l'ensemble pour qu'il soit utile de les analyser devant vous. Je vous présenterai plus tard ces malades.

Depuis le temps que je m'occupe de la question et que j'applique ma méthode de l'intermittence du courant continu, j'ai pu suivre et traiter assez longtemps, pour obtenir de véritables résultats, quarante-deux cas de tumeurs fibreuses de l'utérus. (J'ai fait quelques tentatives peu fructueuses sur des tumeurs fibro-cystiques; ces cas-là ne figurent pas dans les quarante-deux dont je viens de parler. Je ne les mentionne que pour signaler l'impuissance presque complète de ce moyen de traitement dans ce genre d'affections.)

L'étude de la question, poursuivie sur un nombre d'observations aussi considérable, m'autorise à la résumer de la façon suivante :

Les fibroïdes utérins sont susceptibles de diminuer spontanément de volume, dans quelques cas très-rares.

Cette diminution de volume peut être obtenue quelquefois à l'aide de moyens médicaux, que la médecine considère, d'ailleurs, comme peu fidèles.

L'électricité a été employée, au dernier siècle, avec succès, à la réduction des tumeurs ganglionnaires. Depuis lors, ce moyen thérapeutique n'avait été employé que dans ces cas-là, lorsque, en 1863, Routh en fit l'application dans deux cas de fibroïdes utérins et Everret, quinze ans plus tard, dans un plus grand nombre, mais l'un et l'autre d'une façon qui ne précise ni une méthode déterminée ni des résultats bien nettement exposés.

Entre ces deux époques, Cuttler et Semeleder ont fait de l'électrolyse à l'aide d'aiguilles implantées dans ces tumeurs, et les résultats, rapportés par l'un d'eux, ne sont pas faits pour encourager à s'engager dans une voie plus redoutable que l'intervention chirurgicale elle-même.

Il résulte de mes recherches sur l'application de l'électricité au traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus :

Que les courants continus favorisent l'apparition des hémorrhagies ou les augmentent et ne réduisent jamais en aucune façon le volume de ces tumeurs ;

Que l'application des courants induits, qui n'a pas les mêmes inconvénients, est douloureuse et produit un agacement nerveux très-pénible;

Que, de tous les modes d'emploi de l'électricité, l'*intermittence* du courant continu est le seul qui soit bien supporté par les malades et ne présente, au point de vue général ou local, aucun inconvénient;

Que ce mode d'électrisation agit en faisant disparaître la congestion et l'empêchant de se reproduire en faisant un massage périphérique et interstitiel, en dégorgeant l'utérus, en empêchant les liquides de s'y accumuler, toutes conditions qui diminuent la nutrition du fibroïde ;

Que le résultat de cette action sur les fibro-myômes se traduit : 1° par la suppression des hémorrhagies ; 2° par une réduction notable du volume de la tumeur ; 3° par le retour graduel de la santé générale.

Quant à la réduction complète de la tumeur par l'électricité, c'est une illusion qui ne peut reposer que sur une observation imparfaite ; mais le service rendu aux malades par l'application de l'intermittence du courant continu, en s'opposant à l'envahissement de la maladie, en diminuant le volume de la tumeur, en rendant celle-ci compatible avec un bon état de santé, doit faire placer l'intermittence du courant continu et ce mode d'application de l'électricité seul au premier rang parmi les moyens à opposer avec succès à cette redoutable affection.

---

## DANGER DES COLLYRES PLOMBIQUES

SATURNISME OCULAIRE LOCAL ET DIRECT PAR ABSORPTION MÉDICAMENTEUSE

Par le docteur Anatole MANOUVRIEZ (de Valenciennes).

Les oculistes, qui font un assez fréquent usage des collyres plombiques, ne formulent de contre-indication que pour les cas compliqués d'ulcérations de la cornée, au niveau desquelles on doit redouter des taies par tatouage de carbonate de plomb. Tel est encore l'objet de la note publiée dans un des précédents numéros de la *Gazette des hôpitaux* par notre distingué confrère M. le docteur Brière (du Havre). Bien autrement graves pourtant peuvent être les conséquences de cette médication.

Nous avons, en effet, observé, en avril 1878, un cas de cachexie saturnine, avec vomissements, coliques, léger liséré gingival et mouvements choréiformes, chez une petite fille de sept ans, qu'un des plus célèbres oculistes de la capitale et un bon spécialiste de la province traitaient depuis trois ans et demi par un collyre de sous-acétate de plomb liquide pour moitié et des fomentations oculaires d'eau blanche, pour une conjonctivite granuleuse chronique.

Les premiers accidents toxiques, dont l'apparition remontait à environ dix mois, étaient ceux localisés aux yeux et au pourtour de l'orbite : troubles étranges de l'accommodation, analogues à ceux signalés par Stelwag dans le saturnisme général, nécessitant des verres convexes, mydriase, notable diminution de l'acuité visuelle, surtout du côté droit, par névrite optique à la période congestive, constatée avec l'ophthalmoscope, aspect terne de la cornée, parésie sensitive des paupières (à la paupière inférieure les deux pointes isolantes en ivoire de notre esthésiomètre, distantes de 7 millimètres, n'étaient perçues que comme une seule), ptosis des paupières supérieures, manque d'expression de la physionomie, spasmes convulsifs du nez et de la bouche, tarissement des larmes et de la sécrétion nasale, céphalalgie, etc. La peau de la région orbitaire, de ton grisâtre, put être tachée en noir par une solution sulfureuse et en jaune par une solution d'iodure de potassium ; le fond grisâtre et les taches ainsi déterminées se nettoyèrent sous l'influence de lotions avec une solution d'hypochlorite de soude : eau additionnée de 1/10e de liqueur de Labarraque. Ce diagnostic étiologique fut d'ailleurs confirmé par notre confrère de province.

Aujourd'hui, après la suppression de la médication saturnine, et l'institution d'un traitement prolongé par l'iodure de potassium et les bains sulfureux, aidés d'une hygiène convenable, l'enfant, complètement guérie, a repris un développement régulier et a récupéré son jeu de physionomie ; sa vue est considérablement améliorée et les lunettes sont devenues désormais inutiles.

En résumé, on peut conclure que, même à l'extérieur, le plomb, ce médicament à longue portée et dont l'élimination est si difficile, doit être employé exclusivement d'une manière temporaire, par conséquent contre les affections oculaires aiguës seulement, à la période initiale desquelles il rend d'incontestables services, avec une certaine réserve toutefois, en raison des puissantes propriétés d'absorption de la muqueuse de l'œil, et de la grande susceptibilité de l'important organe qu'elle recouvre.

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 mars 1879. — Présidence de M. MALASSEZ.

COMMUNICATIONS

**Origine des globules rouges.** — M. POUCHET continue l'étude des organes hématopoiétiques. Après avoir étudié, à ce point de vue, la rate, les ganglions lymphatiques, il a examiné la moelle des os et il est arrivé à cette conclusion qu'elle n'a pas de fonctions hématopoiétiques. Ses expériences ont porté sur des chiens, des rats et des cochons d'Inde; il a saigné à blanc, et successivement resaigné plusieurs de ces animaux, a trépané, entre deux saignées, les deux tibias de ces chiens et en a examiné la moelle. Ces recherches et ces expériences, répétées à plusieurs reprises avec un grand soin, ont conduit M. Pouchet à cette conclusion que la moelle des os ne possède pas de propriétés hématopoiétiques.

M. Pouchet rappelle qu'on a publié un grand nombre de travaux sur l'hématopoièse. Pendant longtemps on a admis que l'hémoglobine était une substance propre aux globules sanguins. En 1877, M. Pouchet a démontré que les leucocytes fixaient aussi l'hémoglobine. M. Sévin avait déjà démontré, chez le cheval, qu'il existait une sorte de dégénérescence hémoglobique s'opérant tout à fait en dehors du système circulatoire.

MM. Hayem et Pouchet, chacun de leur côté, ont recherché quelle pouvait être l'origine des globules rouges du sang et sont arrivés à cette conclusion que ces globules provenaient soit d'une production spontanée, soit d'une sorte d'émission par les leucocytes.

**Hallucinations constantes de l'ouïe sans lésion de l'appareil auditif.** — M. GELLÉ présente à l'examen de la Société les deux oreilles d'une aliénée morte dans le service de M. Luys.

Il s'agit d'une vieille femme qui a présenté comme phénomène constant des hallucinations de l'ouïe. Frappé de cette persistance de manifestations sur un seul sens, M. Luys a été désireux de savoir s'il n'y aurait pas un état anatomo-pathologique de l'organe auditif capable d'en rendre raison. L'examen a été fait vingt-quatre heures après la mort; la pièce a été conservée dans un linge imbibé d'une solution de chloral.

Avant d'opérer une coupe quelconque, le canal semi-circulaire supérieur ou vertical est ouvert; la goutte de liquide dont on le remplit sert de miroir et la tache limoneuse qui la frappe oscille aussitôt qu'on appuie sur le méat et qu'on pousse le tympan; les parties ont donc conservé leur élasticité, de plus l'étrier est donc mobile et le contenu du labyrinthe a sa consistance normale.

La paroi supérieure du conduit auditif externe enlevée, le nerf facial et l'acoustique apparaissent avec les caractères de l'état sain; il en est de même du vestibule où l'on peut voir la base de l'étrier osciller à volonté. La cavité tympanique, ouverte des cellules mastoïdiennes à la trompe d'Eustache, a ses parois et son contenu à l'état normal. Le tympan est mobile, élastique, transparent; le méat ample et sain.

Les deux oreilles sont absolument semblables.

Le paquet vasculo-nerveux est trouvé sain. Cependant le coude de la carotide a subi les altérations en rapport avec l'âge du sujet, amincissement par places et dilatation; puis induration avec légère atrésie.

En somme, en ce qui regarde l'oreille, état normal.

J'ajoute que M. Luys a trouvé sur la convexité des hémisphères cérébraux des lésions suffisantes pour rendre compte de la persistance des troubles psychiques observés.

M. DURET soigne en ce moment un malade qui était atteint de troubles analogues au vertige de Ménière et chez lequel ces troubles étaient produits par la présence d'une petite exostose ayant eu pour résultat un rétrécissement du conduit auditif externe. Une petite opération a, jusqu'ici du moins, complètement débarrassé ce malade des troubles qu'il présentait. S'il y a des cas où des hallucinations persistantes ne peuvent être expliquées par aucune lésion, comme dans le fait intéressant de M. Gellé, il en est d'autres où ces troubles sont produits par une simple lésion du conduit auditif externe.

**Urines bleues.** — M. ALBERT ROBIN présente deux échantillons d'urines bleues ou verdâtres.

**De la tendance des individus à se diriger à droite ou à gauche.** — M. DELAUNAY fait une communication sur la tendance habituelle des individus à se diriger à droite ou à gauche. Cette tendance se révèle toutes les fois qu'un individu se place dans une salle, visite un monument, se promène dans une cour, passe par une porte ou par un escalier double, croise quelqu'un sur un trottoir ou dans un passage, etc.

*Race.* — M. Delaunay est porté à croire que les races inférieures, qui écrivent généralement de droite à gauche, se dirigent plutôt à gauche qu'à droite. Au contraire les races supérieures se dirigent habituellement à droite. Les cicerones ont remarqué que les personnes qui visitent les monuments commencent toujours par la droite, même quand l'entrée est à gauche. On patine dans les skatings, on se promène dans les cours en ayant toujours le mur à sa droite. A la Bibliothèque nationale il y a toujours plus de monde à droite de l'allée centrale qu'à gauche. Sur les trottoirs, dans les passages de Paris, l'usage veut que chacun prenne sa droite. Cet usage est évidemment basé sur la tendance naturelle de la majorité. Il en est de même dans les escaliers doubles avec une rampe au milieu. Dans les rues des grandes villes on suit généralement le trottoir de droite.

M. Delaunay pense que cette tendance à aller à droite a dû jouer un rôle dans les grandes migrations des peuples et dans le développement des cités. Les anciens, qui s'orientaient en regardant le sud, avaient l'ouest à leur droite. Or toutes les migrations ont eu lieu de l'est à l'ouest. De même les grandes villes se sont développées de l'est à l'ouest. A Paris, sur les voies allant vers l'est, la circulation est beaucoup plus active sur le trottoir de droite que sur celui de gauche. Aussi le centre de Paris s'est-il déplacé non-seulement de l'est à l'ouest, mais encore du sud au nord. Sous Napoléon Ier il était au Palais-Royal; aujourd'hui il est au boulevard des Italiens.

L'expérimentation confirme les résultats de l'observation. Tony Moilin a reconnu qu'on dévie toujours à droite lorsqu'on se dirige vers un but les yeux fermés.

*Sexe.* — La femme a moins de tendance à aller à droite que l'homme. Elle est à gauche quand elle donne le bras à son mari. Dans les réunions où les deux sexes sont séparés, toujours les femmes sont à gauche et les hommes à droite. De même, s'il s'agit d'enfants, les garçons sont à droite et les filles à gauche. Sur les trottoirs les hommes prennent leur droite et les femmes souvent leur gauche. De là des chocs fréquents. Dans les escaliers doubles les femmes prennent aussi à gauche bien qu'elles sachent que c'est contraire à l'usage.

*Age.* — Les enfants qui commencent à marcher se dirigent d'abord à gauche, jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans, puis ils vont à droite. C'est ce qu'on peut constater dans les crèches pourvues d'un promenoir circulaire, dans lequel les enfants vont dans un sens ou dans l'autre. Les adultes vont généralement à leur droite. Au contraire, les vieillards ont une tendance à aller à gauche. M. le docteur Doutrebente a constaté, à l'asile de Ville-Évrard, que les individus atteints de démence sénile se promenaient dans les cours en ayant toujours le mur à leur gauche.

*Constitution.* — Les idiots et les imbéciles du même asile se dirigent également à gauche plutôt qu'à droite. Au contraire, les maniaques curables et les paralysés généraux se promènent ayant le mur à leur droite.

Dans les assemblées qui sont divisées au point de vue des opinions, il se forme une gauche composée des membres qui siègent à droite de l'allée conduisant au bureau, et une droite composée de ceux qui se dirigent et vont de préférence à leur gauche. Dans tous les parlements, dans toutes les réunions scientifiques, littéraires, etc., non homogènes, la gauche représente l'élément avancé, et la droite l'élément rétrograde.

M. Delaunay croit que la tendance à aller à droite que présentent les individus avancés en évolution (races supérieures, hommes, adultes) tient à ce que, chez ces individus, le lobe frontal gauche l'emporte sur le droit. Il cite des travaux de MM. Broca et Roque démontrant que le lobe gauche est plus lourd, plus riche en substance grise, plus plissé que le droit D'après MM. Lacassagne et Cliquet, chez les gens instruits, la région frontale est plus développée à gauche qu'à droite. Au contraire, chez les individus peu avancés en évolution (races inférieures, femmes, enfants, vieillards, etc.), le lobe frontal droit l'emporterait sur le gauche. D'après M. Broca, la prédominance du lobe gauche est moins grande chez la femme et l'enfant que chez l'homme et l'adulte. M. Delaunay a reconnu que chez les gens peu éduqués la région frontale droite est plus développée que la gauche.

D'autre part, il a constaté que chez un gaucher très-éduqué, qui se dirige toujours à sa gauche, le front est plus développé à droite qu'à gauche. Enfin, les deux lobes sont égaux chez les personnes qui vont indifféremment à droite ou à gauche.

La séance est levée.

---

## MALADES PAUVRES. — MÉDECINS DES PAUVRES.

L'arrêté de M. le préfet de la Seine dit que les médecins des bureaux de bienfaisance seront élus par leurs confrères. Il me semble que les véritables électeurs devraient être les indigents ; à mon avis un système vaut l'autre. En effet, pour le docteur, cette modification n'entraîne aucune amélioration ; il devait être le candidat agréé par le secrétaire-trésorier, par le maire, par l'administration, il lui faudra maintenant solliciter, en outre, les voix de confrères inconnus; or, comme le nombre de ceux qui se désintéressent de la question est grand, la plupart négligeront leur mandat d'électeur, d'où démarches et peines perdues. Ajoutons que ce mode d'élection supprime tous les titres antérieurs, internat des hôpitaux de Paris, etc. L'article 10 est surtout généralement blâmé; il autorise les délations faites par les malades, les visiteurs, etc., contre le médecin. Que de révocations sans appel pourront être faites en se basant sur cet article si plein de méfiance contre nous et, du reste, inutile! Il existe, en effet, un service de visiteurs dans les mairies chargés de prévenir directement le docteur par lettre lorsqu'un malade est oublié ou négligé; il suffirait que ce service fût fait régulièrement.

Quant aux indigents, qui sont les principaux intéressés dans la question, l'arrêté n'en dit mot. Comme par le passé, ils attendront le docteur dans des draps et couverts de linges qui n'auront pas été changés depuis plus de six mois, mangés par la vermine, souvent mourant de faim. Ne pourrait-on pas leur prêter du linge? — Ne pourrait-on pas confier au docteur des bons de pain et de viande? — Quelle énorme différence entre le malade traité dans un hôpital et celui qui reçoit des soins à domicile! Que demande-t-on au docteur du bureau de bienfaisance? Des visites et des visites. Que lui reproche-t-on? De donner trop de médicaments, alors qu'il ne prescrit en huit jours que la même quantité de médicaments donnés en vingt-quatre heures dans les hôpitaux! Il suit de là que le désidératum serait un docteur qui visiterait ses malades tous les jours et leur donnerait de la tisane de chiendent. Il y a économie évidente à ce que les malades soient soignés à domicile : le nombre des guérisons est plus grand ; mais, si chez lui le malade manque de tout, pouvons-nous lui refuser un billet pour entrer à l'hôpital où il trouve du moins la propreté et la nourriture?

Ajoutons que, souvent, pendant deux et trois semaines, les maisons manquent des médicaments les plus indispensables; le salicylate de soude et la pepsine leur sont encore inconnus!

La question est celle-ci : Le malade à domicile a-t-il le droit d'être soigné comme celui des hôpitaux? Cela me paraît incontestable. Dans ce cas, changez son hygiène, donnez-lui de la nourriture, des médicaments, ainsi qu'un médecin capable ; le concours seul vous le donnera. Mais, si l'arrêté a seulement pour but d'aider le médecin qui commence à payer son loyer et de le transformer en infime employé des mairies, il suffit de laisser les choses en l'état, sauf à renouveler les docteurs tous les six mois ou tous les ans. En résumé, et en cela je suis d'accord avec toute la presse médicale, je demande que l'élection des docteurs des bureaux de bienfaisance ait lieu au concours devant un jury de médecins des hôpitaux. A mon avis, on devrait adopter les dispositions suivantes : Le docteur élu, quel que fût son quartier, visiterait ses malades tous les matins; les convocations seraient déposées à la maison de secours avant dix heures; les visites urgentes seraient faites dans la journée par un médecin résidant dans le quartier. De cette façon, tous les intérêts seraient conciliés. Le temps d'exercice serait fixé par une limite d'âge donnant droit à une retraite (les employés des mairies jouissant tous de cette faveur).

Il existe entre les médecins de l'état civil et ceux des bureaux de bienfaisance une inégalité très-grande sous le rapport du traitement et qui doit à mon avis disparaître. La place de vérificateur des décès est donnée à l'ancienneté, ce qui est une garantie insuffisante pour un service aussi important; il y aurait sur ce sujet bien des choses à dire: je ferai seulement remarquer que ce titre donne au titulaire un droit de contrôle sur la clientèle de ses confrères, contrôle sans droit et dont il n'est que trop facile d'abuser. Le vérificateur des décès, nommé après concours, bien entendu, devrait seul être appelé comme expert, et son choix ne devrait pas être laissé à la discrétion du commissaire de police; je voudrais voir établir pour cette place un concours ayant pour sujet la médecine légale.

J'ai résumé dans ces lignes un long travail que je comptais publier; je crois avoir été l'interprète des vœux du plus grand nombre de mes confrères; je pense que beaucoup d'entre eux s'abstiendront de donner leurs noms, soit comme docteurs, soit comme candidats, ce qui indiquera que le nouvel arrêté n'a contenté personne.

Je ne suis plus jeune; après seize années d'exercice dans les bureaux de bienfaisance, le concours pourrait m'effrayer ; je compte pourtant le tenter, s'il finit par être adopté. Si de plus jeunes réussissent, ils occuperont du moins avec dignité un poste honorable : nommés au concours, leur considération augmentera dans leur clientèle et auprès de leurs confrères; ils se feront gloire de leur titre de médecin des bureaux de bienfaisance ; ils soigneront les pauvres avec le plus grand zèle, sans que jamais la menace soit suspendue sur leurs têtes. Pour en finir avec cet article 10 que j'ai encore en vue en terminant, je ferai observer que, tous les jours, des malades sont renvoyés des hôpitaux pour insubordination; ils retombent forcément dans notre clientèle, et deviennent la terreur de nos maisons; non-seulement nous n'aurons aucun moyen disciplinaire à leur appliquer, mais l'article 10 les établit nos propres juges. Tel est surtout le motif qui, dès le lendemain de la publication de l'arrêté, m'a forcé d'envoyer ma démission au maire de mon arrodissement.

Dr A. Jounia.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 28 février 1879, le titre de médecin honoraire des hôpitaux de Paris a été conféré à MM. les docteurs Gueneau de Mussy et Fauvel, ancien médecin des hôpitaux, et celui de chirurgien honoraire à M. le docteur Guérin, ancien chirurgien des hôpitaux.

— Par arrêté ministériel en date du 3 mars, M. Proust a été nommé membre du comité consultatif d'hygiène, en remplacement de M. Tardieu.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La question proposée pour le prix Corvisart (concours de 1879) est : *Des ictères.*

— *Legs Barkow.* — Mme de Barkow, née Guilbert, par un testament en date du 2 juillet 1828, a fait à l'Université un legs universel pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. Le revenu actuel est de 3,000 francs; il est affecté à l'entretien de bourses dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris.

— *Les cours libres de l'École pratique.* — La distribution des amphithéâtres a eu lieu samedi. De temps immémorial, il y a eu trois amphithéâtres attribués aux docteurs en médecine que le ministre autorise à faire des cours libres à l'École pratique. Avant de procéder à la distribution des amphithéâtres, le chef des travaux anatomiques a déclaré publiquement qu'il supprimait le moins exigu des trois amphithéâtres et qu'il ferait faire des opérations de une heure à six heures tous les jours dans l'amphithéâtre n° 3.

Voilà un acte arbitraire qui nuit certainement aux cours libres. Il n'est pas admissible qu'il s'agisse là d'une mesure prise par la Faculté; cette mesure serait regrettable, et elle démontrerait pour l'enseignement libre une antipathie qui serait contraire aux vues, aux tendances de la Faculté de médecine. La décision ne nous paraît pas irrévocable et nous ne serions pas étonné d'apprendre que le doyen est intervenu avec son autorité pour faire un acte de justice. Est-ce que les pavillons de l'École pratique ne sont pas assez vastes pour qu'on puisse y faire toutes sortes d'opérations une fois les dissections terminées?

— L'Académie des sciences, dans sa séance solennelle du 10 mars 1879, a décerné les prix suivants :

*Médecine et chirurgie.* — Prix Montyon : MM. Franck, Hayem, Rey et Retzius. — Mentions honorables : MM. Bérenger-Féraud, Favre et A. Robin. — Citations honorables : MM. A. Proust, H. Toussaint, L. Colin, Déjérine, Legrand du Saulle, E. Fournié, Gairal et Debost. — Prix Godard : M. Reliquet. — Prix Serres : M. Al. Agassiz.

*Physiologie.* — Prix Montyon : M. C. Richet.

*Chimie.* — Prix Jecker : M. Reboul.

*Botanique.* — Prix Barbier : M. Ch. Tauret. — Deux encouragements de 500 francs chacun, à MM. Cauvet et E. Heckel. — Prix Desmazières : M. Bornet. — Prix Thore : M. Ardissonne.

*Prix généraux.* — Prix Montyon (arts insalubres) : MM. d'Hubert et Lenoir. — Deux récompenses à MM. Turpin et Paquelin.

— M. Terrier, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe le mercredi 19 mars 1879 à cinq heures du soir, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. Il traitera de la pathologie chirurgicale générale.

— M. Armand Gautier, chargé d'un cours auxiliaire de chimie minérale et organique, ouvrira ce cours le 19 mars 1879, à midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. Il traitera des métaux proprement dits et de la chimie organique.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7967.

N° 33. — JEUDI 20 MARS 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 20 MARS 1879. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La question en partie double de l'ostéomyélite et de la septicémie revient tantôt sous un terme, tantôt sous l'autre, et quelquefois même sous les deux aspects à la fois, ce qui ne laisse pas que de produire une certaine confusion et de tendre l'attention de l'auditoire, qui d'une séance à l'autre perd la piste, obligé de se remettre en tête les arguments des partisans ou des adversaires de la théorie de l'ostéomyélite, alors qu'il croyait voir poursuivre le palpitant problème de la septicémie. Aujourd'hui le tour a été à l'ostéomyélite.

Dans l'une des séances du mois de février, M. Trélat, prenant sa meilleure lame à deux tranchants, avait entrepris, dans la même argumentation, de combattre, sur les deux terrains à la fois, M. Colin sur ses opinions relatives à la septicémie, et M. Gosselin sur les observations critiques qu'il avait présentées au sujet du mémoire de M. Lannelongue et du rapport de M. Panas. On se rappelle que les critiques de M. Gosselin portaient surtout sur la dénomination d'ostéomyélite et sur l'impropriété de son application et l'extension abusive qui lui avait été donnée. M. Trélat justifiait cette dénomination en s'appuyant surtout sur les recherches histologiques récentes d'après lesquelles on admet, indépendamment de la moelle endostale, une moelle sous-périostale et une moelle des canalicules connus sous le nom de conduits de Havers. C'est à cette argumentation que M. Gosselin a répondu aujourd'hui.

M. Gosselin, dans une argumentation ample, méthodique, bien coordonnée et solidement appuyée sur l'anatomie d'une part, et sur la clinique de l'autre, a réfuté du même coup la prétention de l'auteur du mémoire à voir dans toute ostéite de l'ostéomyélite, et l'appui qui lui a été donné par le rapporteur, M. Panas, et par M. Trélat, en montrant que cette prétention repose sur un malentendu résultant d'une application fautive à l'anatomie chirurgicale de notions fournies par l'histologie embryogénique et par l'histologie pathologique. Rien dans l'état actuel de la science, dit-il, n'autorise à assimiler à la moelle la substance qui, chez l'embryon, précède les os, pas plus que la matière organique qui se trouve sous le périoste après la naissance, et celle que renferment les canaux de Havers. En résumé, ni l'anatomie normale, ni l'anatomie pathologique, ni la clinique, ne justifient l'assimilation sur laquelle est basée l'extension donnée par MM. Lannelongue, Panas et Trélat à l'ostéomyélite. L'ostéite ne devient réellement ostéomyélite et ne doit prendre ce nom que lorsque l'inflammation suppurative a gagné les grands espaces médullaires des os. Il entend, en un mot, maintenir à cette appellation le sens et les limites qui lui ont été donnés par les auteurs, Jules Roux et M. Chassaignac entre autres, qui ont laissé, sur ce sujet, des travaux devenus classiques.

Telle est, en substance, l'argumentation de M. Gosselin, qui a été soutenu au point de vue histologique par M. Colin.

On verra dans le compte-rendu la réplique vive que lui a faite M. Trélat, qui, s'appuyant sur l'examen de pièces histologiques observées par lui avec le plus grand soin dans le laboratoire et sous la direction de M. Janvier, maintient l'opinion qu'il a émise dans sa première communication.

Au commencement de la séance, à l'occasion du procès-verbal, M. J. Guérin a présenté quelques observations en réponse à un point du discours de M. Hervieux sur la fièvre puerpérale, qui le mettait en cause. « A l'explication toute mécanique de la septicémie puerpérale qu'a reproduite M. Guérin », a dit M. Hervieux, « il ne manque qu'une condition : c'est la consécration des faits. » M. J. Guérin a rappelé que c'est sur des faits nombreux, sur des observations multipliées et répétées, bien connues de tous, et non sur une vue purement spéculative de l'esprit, que repose sa conception étiologique de la fièvre puerpérale, conception qui embrasse le point initial, le point de départ, la formation du poison puerpéral, mais qui est loin d'exclure, comme on a semblé le croire, l'idée d'infection secondaire par toute autre voie et par tout autre mécanisme. Il y aura probablement lieu de revenir sur ce point.

Enfin l'Académie a entendu dans cette séance une lecture de M. le docteur Henrot, de Reims, sur les moyens prophylactiques à mettre en usage pour se préserver de la contagion, moyens empruntés à la théorie des germes de M. Pasteur, et que M. Henrot a déjà mis en pratique avec succès.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

**Thrombose cachectique des sinus de la dure-mère et convulsions finales des maladies de l'enfance (1).**

II

Obs.—*Entérite chronique.—Pneumonie tuberculeuse.—Convulsions finales. — Nystagmus. — Paralysie du voile du palais. — Thrombose des sinus de la dure-mère.* — C..., âgée de deux ans, morte le 13 novembre 1875, dans le service de M. Bouchut.

Cette enfant, malade depuis plusieurs mois de bronchite chronique et de diarrhée, était dans mes salles depuis assez longtemps. Elle était pâle et fort amaigrie. Un jour on la vit peu distraite par les objets extérieurs, et la tête tournée à gauche, un peu raide, du nystagmus, et une paralysie du voile du palais. Quand on la faisait boire, tout le liquide revenait par les deux narines, rentrait dans le verre, était bu de nouveau, et ressortait par le même chemin. C'était une pompe sans fin. Elle aurait bu vingt-quatre heures la même quantité sans l'épuiser. Pas de convulsions ni de paralysie des membres. Elle mourut.

*A l'autopsie.* — Stase veineuse des veines méningées et des sinus. Un petit caillot jaune ambré dans le sinus longitudinal supérieur. Infiltration séreuse de la pie-mère. Hydrocéphalie ventriculaire aiguë abondante. Aucune tumeur ni aucun tubercule du cerveau.

Les poumons renferment des noyaux de pneumonie chronique tuberculeuse, et il y a des tubercules dans l'intestin, dans le foie et dans la rate.

Ici, convulsions partielles, cachexie intestinale, convulsions partielles de la tête et des yeux; paralysie du voile du palais. Thrombose du sinus longitudinal supérieur. Œdème de la pie-mère et hydrocéphalie ventriculaire.

Obs. — *Entérite chronique et cachexie intestinale. — Convulsions terminales. — Mort. — Thrombose des sinus. — Ophthalmoscopie. — Thrombose des veines rétiniennes.* — Aug. L....., âgée de deux ans, entrée à l'hôpital le 24 avril 1870, pour une diarrhée très-forte, sans vomissement, qui dure depuis quinze jours. Elle était très-abattue par la fièvre (110 pulsations), toussait et avait des râles sous-crépitants dans les deux poumons.

Le 25 au matin, elle est prise de convulsions générales qui durèrent deux jours et amenèrent la mort.

A l'ophthalmoscope, les papilles sont fortement voilées par l'hyperémie, rouges, diffuses, grisâtres avec œdème ; les veines de la rétine sont partiellement distendues, et une d'elles, en haut, présente une forte thrombose.

Mort le même jour, à onze heures.

*A l'autopsie.* — Forte congestion des méninges, œdème de la pie-mère; les veines méningées sont largement distendues par du sang coagulé noir. Les sinus sont gorgés de sang, et renferment quelques caillots mous et noirâtres. Celui du sinus longitudinal supérieur est décoloré. Le cerveau congestionné n'a pas de tubercules.

Pneumonie lobulaire confluente, et quelques petits tubercules disséminés ; tuberculose des ganglions bronchiques.

L'intestin ne présente que des plaques d'hyperémie muqueuse disséminée, quelques plaques de Peyer tuméfiées, et le gros intestin, un grand nombre de follicules isolés, assez volumineux, avec un point noirâtre adossé à l'orifice central.

Les ganglions mésentériques sont très-hypertrophiés, sans tuberculose.

Ici, cachexie intestinale. Convulsions générales ultimes. Thrombose des veines rétiniennes. Thrombose du sinus longitudinal. Œdème de la pie-mère.

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 mars 1879.

Obs. — *Entérite chronique. — Convulsions ultimes. — Mort. — Caillots dans les sinus de la dure-mère, et dans les veines méningées.* — Joséphine S....., âgée de deux ans, entrée le 12 août 1871, au n° 32, salle Sainte-Catherine, hôpital des Enfants-Malades, service de M. Bouchut.

Elle est atteinte, depuis longtemps, d'une diarrhée très-intense, pour laquelle on la met aussitôt à l'usage du sous-nitrate de bismuth.

Cette enfant allait mieux et semblait n'offrir rien de spécial, lorsque, le 22 août, à cinq heures du soir, elle est prise de convulsions limitées à un côté du corps, et alternant de l'un à l'autre, jusqu'à ce qu'enfin, après de nombreuses oscillations, elles deviennent générales, pour se terminer dans un coma de quelques heures, et la mort survient le 23, à onze heures du matin.

*Nécropsie.* — Les *sinus de la dure-mère* sont gorgés de sang épais, ayant assez l'apparence du goudron.

Le sinus latéral droit renferme un caillot noir très-volumineux. Le sinus longitudinal supérieur renferme un *caillot fibrineux, blanc, dur, d'une longueur d'environ 10 centimètres,* qui oblitère complètement le calibre du conduit.

Les méninges sont injectées, les veines de la pie-mère distendues; celles de la pie-mère cérébelleuse contiennent de longs coagulums noirs.

La substance cérébrale ne présente point d'altérations.

Ici, avec la cachexie intestinale, convulsions partielles devenant générales, suivies de coma. Thrombose du sinus longitudinal, du sinus latéral et des veines cérébelleuses.

Obs. — *Entérite chronique. — Coqueluche. — Convulsions terminales. — Mort. — Thrombose des sinus de la dure-mère.* — Henriette B....., âgée de deux ans, entrée le 4 octobre 1871, service de M. Bouchut, salle Sainte-Catherine n° 35.

Cette enfant, entrée à l'hôpital pour une coqueluche compliquée d'entérite chronique, était dans un état de dépérissement considérable. Elle a vécu ainsi sept semaines à l'hôpital, toussant toujours par quintes, et ayant de la diarrhée. Enfin, le 29 novembre, elle a été prise de convulsions générales qui l'ont tenue pendant douze heures, et elle a succombé.

Les *sinus de la dure-mère* sont gorgés de sang.

Le sinus longitudinal supérieur renferme un long caillot fibrineux, blanc, peu adhérent, figurant exactement le calibre de la cavité qui le contient; ce caillot se continue vers le confluent occipital avec deux larges coagulums cruoriques, mous, diffluents, qui remplissent les sinus latéraux. Le sinus latéral gauche, au niveau de sa terminaison, se trouve exactement oblitéré par un caillot fibrineux, blanchâtre, résistant, long d'environ 2 centimètres 1/2, plongeant par son extrémité libre jusque dans le golfe de la jugulaire interne qui contient elle-même une certaine quantité de sang noir, que l'on voit s'échapper abondamment sous la pointe du scalpel.

Un caillot analogue, mais rouge et plus court des trois quarts, intercepte la communication entre le sinus latéral droit et la jugulaire correspondante.

Les veines de la pie-mère sont moyennement distendues au niveau du cervelet et des lobes cérébraux postérieurs ; on en distingue plusieurs dont le contenu noir et peu fluide circule de proche en proche, sous la pression du doigt.

La coupe de la *substance cérébrale* ne présente rien de saillant.

Les ventricules encéphaliques paraissent avoir conservé leurs dimensions naturelles, et renferment très-peu de liquide.

Les *deux poumons* sont le siége d'une hyperémie intense dans leurs lobes inférieurs, dont le contour offre, dans l'étendue d'un centimètre environ, les caractères d'une véritable pneumonie marginale. Emphysème compensateur aux deux sommets.

Vers les autres organes, rien de spécial à noter.

Ici, à la fin d'une entérite chronique, convulsions géné-

rales pendant douze heures, et thromboses très-étendues de tous les sinus de la dure-mère.

Obs. — *Rougeole.* — *Broncho-pneumonie.* — *Convulsions ultimes.* — *Thrombose généralisée des sinus de la dure-mère.* — P..... Céleste, deux ans et demi, entrée le 17 février 1872, service de M. Bouchut, salle Sainte-Catherine n° 38.

Bonne constitution. Pas de maladies antérieures. Aucun attribut d'affections héréditaires ou diathésiques. Elle est malade depuis un mois, et a une diarrhée légère qui s'est notablement accrue depuis une huitaine de jours.

L'enfant tousse depuis quatre jours. On entend dans la poitrine quelques râles muqueux à grosses bulles disséminées.

18 février. — Épistaxis légère. Depuis hier, la toux est devenue férine. La fièvre est beaucoup plus vive (pouls 132). Yeux injectés. Larmoiement. Coryza.

19. — *Éruption morbilleuse* apparue ce matin, surtout marquée à la face et sur le dos.

20-21. — Respiration fréquente et plaintive. Dyspnée croissante. Râles sous-crépitants à fines bulles aux deux bases de la poitrine, surtout marqués du côté gauche.

22. — Des *convulsions* ont débuté hier soir à onze heures, d'abord limitées aux muscles de l'œil, de la paupière, de la moitié droite de la face et du corps ; les mouvements convulsifs cloniques ont envahi, le lendemain, le côté gauche, et l'enfant a succombé au milieu de cette attaque convulsive.

*Autopsie*, faite trente-six heures après la mort. — Sugillations cadavériques nombreuses et étendues.

*A l'ouverture du crâne.* — Coagulation fibrineuse décolorée remplissant toute la lumière du sinus longitudinal supérieur, et se ramifiant jusque dans les veines cérébrales et méningées qui renferment à leur tour des coagulations cruoriques noirâtres.

Gros coagulums fibrineux dans le torcular.

La thrombose occupe tous les sinus crâniens. Ceux de la base contiennent des coagulations brunâtres, tandis que les sinus droits, latéraux et longitudinaux, sont remplis de coagulums décolorés et d'une consistance assez ferme pour pouvoir être extraits sans se rompre.

*Cerveau.* — Semble comme imprégné de liquide dans ses couches corticales. Il est mou, presque diffluent, et conserve l'impression du doigt. Les cavités ventriculaires contiennent quelques grammes de liquide.

*Thorax.* — *Cœur.* — Caillots cruoriques dans les cavités droites.

*Poumons.* — Noyaux disséminés de pneumonie lobulaire.

Les fragments de parenchyme pris à ce niveau ne surnagent pas et ne sont pas perméables. — Engouement des deux bases du poumon en arrière.

Ici, dans le cours d'une rougeole compliquée de broncho-pneumonie, ont éclaté des convulsions partielles de la face, qui se sont étendues à un côté du corps, puis à l'autre, et sont devenues générales. Ces accidents convulsifs étaient causés par la thrombose de tous les sinus, l'œdème de la pie-mère et du cerveau à demi ramolli.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. VIDAL.

### Du lupus (1).

III

*Traitement.* — La curabilité spontanée du lupus, bien qu'elle soit assez rare, prouve qu'on peut aussi l'obtenir par les ressources de l'art. Il nous suffira d'imiter la nature. Les tubercules peuvent se résorber quelquefois ; mais le plus souvent ils suivent une évolution d'ulcération terminée par le processus cicatriciel. Parfois une affection intercurrente, telle que l'érysipèle, peut imprimer une telle modification à la lésion que le processus s'accentue et arrive rapidement à la guérison. Mais, en dehors de ces cas exceptionnels, le chirurgien doit intervenir pour obtenir la guérison.

Un traitement général doit d'abord être institué ; en effet, le lupus se rencontre le plus fréquemment chez des sujets scrofuleux (sept ou huit fois sur dix) ; la chlorose, l'anémie, une maladie débilitante quelconque sont le plus souvent le partage de ceux qui en sont atteints.

Il conviendra donc de chercher à modifier le terrain sur lequel s'est développé le lupus, pour préparer le malade à bien supporter le traitement local. L'administration de l'huile de foie de morue est un traitement général applicable à toutes les formes de lupus ; souvent elle produira d'heureux effets, et diminuera les chances d'ulcération.

Le traitement général ne doit pas précéder le traitement local, comme le pensait Devergie ; il est préférable de faire marcher simultanément les deux traitements, le traitement interne en même temps que le traitement externe.

Les malades sont le plus souvent lymphatiques ; on se trouvera bien de leur administrer l'iode ; par exemple, le sirop iodo-tannique qui est bien supporté (deux à quatre cuillerées à bouche par jour immédiatement après les repas, l'iode étant mieux toléré après le repas qu'à jeun).

Lorsque l'on est assuré de la tolérance, on prescrit l'iodure de potassium, mélangé de quinquina, de sirop d'écorces d'oranges amères. Exemple : Solution d'iodure de potassium, 25 grammes pour 500 grammes d'eau. Chaque cuillerée contient un gramme d'iodure ; on fait prendre une cuillerée après chaque repas, dans une infusion de tilleul.

En hiver, on prescrit l'huile de foie de morue, deux ou trois cuillerées par jour. Devergie et Bazin en faisaient prendre de hautes doses, 300 grammes par jour ; mais elle est rarement supportée par le malade. On l'associe à la pancréatine pour en faciliter la digestion. M. Hardy n'en donne pas plus de quatre à cinq cuillerées par jour.

On peut aussi prescrire le sirop de raifort iodé à la dose de deux ou trois cuillerées à bouche par jour.

Les ferrugineux sont souvent indiqués ; on administre le sirop d'iodure de fer, deux ou trois cuillerées par jour, prises pendant les repas. Si l'on fait prendre en même temps l'huile de foie de morue, on mélange ces deux médicaments et on fait boire immédiatement avant le repas.

On ajoute à ces médicaments les toniques et les amers ; on fait prendre des infusions de houblon avec le vin pendant les repas, des infusions de feuilles de noyer, du vin de gentiane, du vin de quinquina, etc.

Si l'on peut faire déplacer le malade et l'envoyer aux eaux minérales, pendant la durée du traitement local aussi bien qu'après ce traitement, on mettra le malade dans des conditions plus favorables pour combattre les récidives. Dans ces cas, on aura recours aux eaux chlorurées sodiques et sulfureuses. Enfin, les bains de mer artificiels même donnent aussi de bons résultats.

Mais c'est surtout par le traitement local qu'il faut attaquer le lupus ; sans l'intervention chirurgicale toute médication interne sera inefficace.

Il faut l'instituer aussitôt que possible ; je préférerais même pratiquer le traitement local avant le traitement général, si j'étais obligé d'opter entre les deux médications, car, contrairement à l'opinion de Devergie, je n'attribue qu'une mé-

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 mars.

diocre importance à la médication générale employée en dehors du traitement local.

Il varie suivant les formes de lupus ; le lupus érythémateux comporte un traitement beaucoup moins énergique que le lupus tuberculeux.

Nous chercherons à faire ce que fait la nature dans la guérison spontanée, à provoquer une inflammation des cellules néoplasiques, de façon que les cellules les plus jeunes se transforment même en tissu cicatriciel conjonctif. Dans la syphilis, il y a aussi production de cellules embryonnaires, mais elles subissent la régression et se résorbent; après le lupus, il reste toujours une cicatrice, fournie en partie par ces cellules embryonnaires qui ont évolué jusqu'à ce degré d'organisation en tissu conjonctif. L'art imitera ces procédés.

Le lupus érythémateux se traite par les caustiques pour exciter une inflammation superficielle de la peau : huile de cade (Bazin); huile de noix d'acajou, qui est préférable. On en badigeonne le lupus tous les trois ou quatre jours avec un pinceau; le perchlorure de fer se trouve indiqué surtout dans les formes vasculaires (solution au 25e ou au 30e, ou même solution alcoolique, un peu plus active d'après M. Besnier); la teinture d'iode; solution d'acétate de soude au 30e, appliquée sur des compresses recouvertes de taffetas gommé pour produire une sorte de bain permanent de la région. Ce dernier moyen, venu d'Amérique, est un procédé lent, ne donnant que des résultats médiocres.

On se trouvera mieux de l'emploi de l'emplâtre de Vigo, ou de l'emplâtre rouge ainsi composé :

| | |
|---|---|
| Diachylon. . . . . . . . . . | 26 grammes. |
| Minium. . . . . . . . . . . | 2g,50. |
| Cinabre . . . . . . . . . . | 1g,50. |

L'emplâtre de Vigo procure une excitation plus forte dont nous obtenons souvent de bons résultats.

On commencera d'abord par la solution de savon vert, savon de potasse deux parties et alcool une partie. Hébra prescrit ainsi :

| | | |
|---|---|---|
| Savon vert . . . . . . . . | 120 | grammes. |
| Alcool. . . . . . . . . . . . | 60 | — |
| Esprit de lavande . . . . | 8 | — |

M. Lallier donne à cette médication une forme plus élégante en faisant une pommade :

| | |
|---|---|
| Crème de savon des parfumeurs . . | 100 grammes. |
| Potasse caustique. . . . . . . . . . | 20 à 50 centigr. |
| Teinture de benjoin . . . . . . . . | 5 grammes. |

Sous l'influence de frictions assez rudes faites, matin et soir, avec une flanelle un peu rude, la peau s'irrite, s'enflamme et subit une exfoliation épidermique ; les îlots cicaciels, déjà commencés, s'agrandissent progressivement.

Si l'on voulait produire une action plus profonde, on emploierait le savon vert pur, étendu comme un emplâtre sur une flanelle et appliqué sur les parties malades.

Le même traitement est applicable au lupus acnéique, dans lequel la séborrhée disparaît ainsi très-rapidement. La forme desquamative, sèche, pulvérulente (herpès crétacé), est bien améliorée par le savon de potasse. Enfin, si le lupus congestif, tumidus, à base œdémateuse, ne guérit pas vite, on emploiera les scarifications.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 mars 1879. — Présidence de M. RICHET.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales du Mont-Dore, de Saint-Sauveur, de Pictropola, de Bussang, de Cambo et de la Motte (comm. des eaux minérales).

La correspondance non officielle comprend : 1° une note sur le porte-topique vaginal du docteur Belloc ; 2° un pli cacheté accompagnant l'envoi d'un traité pratique de l'allaitement artificiel.

### RAPPORT

M. POGGIALE, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

### SEPTICÉMIE PUERPÉRALE.

M. JULES GUÉRIN, à l'occasion du procès-verbal, s'exprime en ces termes :

Je n'ai pas l'intention de prendre la parole dans la discussion actuellement pendante sur la septicémie. Les observations que j'ai présentées il y a quelques mois à l'occasion de la discussion sur les différents modes de pansement des plaies (1) suffisent à faire connaître mon opinion sur la question et en particulier sur la théorie des germes.

Mais, dans sa communication de mardi dernier, M. Hervieux m'a fait l'honneur de me prendre personnellement à partie à propos de mes idées sur l'origine de la septicémie puerpérale.

S'il ne s'agissait que de vues spéculatives, d'une vaine théorie, je ne relèverais pas les critiques de notre collègue. Mais il s'agit d'une conception étiologique, à mes yeux très-sérieuse et d'où peut dépendre le salut d'un grand nombre de malades; ce motif me paraît suffisant pour me faire un devoir de répondre quelques mots à M. Hervieux.

L'Académie n'a peut-être pas oublié que, dans deux discussions très-approfondies sur la fièvre puerpérale en 1858 et 1868, j'ai considéré la plaie utéro-placentaire comme susceptible de se présenter dans deux conditions et sous deux formes très-différentes : dans la condition d'une plaie *fermée* à l'air lorsque l'utérus est revenu sur lui-même, et dans la condition d'une plaie *exposée* lorsque le retrait n'a pas lieu. Dans le premier cas, la plaie utérine représente une plaie *sous-cutanée*, c'est-à-dire soustraite au contact de l'air et ne suppurant pas; dans le second cas, c'est une plaie *ouverte*, soumise au contact de l'air et qui suppure. Mais les liquides qui baignent la plaie utérine, — sang, caillots, lochies, — retenus dans un espace confiné et d'une origine spéciale, se putréfient facilement. Résorbés par les vaisseaux ouverts à la surface de la plaie, ou entraînés à travers les trompes dans la cavité abdominale, ils sont susceptibles de donner lieu à tous les accidents de la septicémie puerpérale.

Ma conclusion pratique était : 1° qu'il fallait, après l'accouchement, favoriser le retrait de l'utérus à l'aide du seigle ergoté; 2° éviter la stagnation des liquides utérins ; 3° que, dès les premiers symptômes de la maladie, il fallait recourir aux injections antiseptiques et aux moyens de prévenir ou de combattre, par l'aspiration, la résorption des liquides putréfiés.

Telle est la doctrine que j'ai exposée dès l'année 1858 et que j'ai eu occasion de reproduire dans la discussion de 1868. Cette doctrine, je la crois plus que jamais parfaitement fondée, et, plus que jamais, je la crois susceptible de sauver un grand nombre de nouvelles accouchées. J'ai été fortifié dans cette conviction par l'accueil qu'ont reçu mes idées en Italie, en Allemagne et en Belgique. J'ajouterai qu'à Paris bon nombre d'accoucheurs les mettent en pratique, et, pour n'en citer qu'un, mais un des plus distingués et

(1) *Bull. de l'Académie*, 1878.

des plus occupés, M. le docteur Campbell, je crois être autorisé à déclarer que cet habile praticien n'a pas cessé d'administrer à toutes ses accouchées le seigle ergoté aussitôt après leur délivrance. Depuis qu'il a adopté cette pratique, M. Campbell n'a vu survenir aucun cas d'accident puerpéral.

Qu'a objecté M. Hervieux à ces idées et à cette pratique ?

1° Que, dans beaucoup de cas de métrites puerpérales, l'utérus reste béant et même augmente d'amplitude sans qu'il y ait d'accidents septiques sérieux. Je n'y contredis pas : l'amplitude de l'utérus n'est pas une condition fatale de la maladie; toutes les plaies exposées, toutes les plaies qui suppurent, ne provoquent pas nécessairement la septicémie; la plaie utérine y expose davantage, voilà tout.

2° M. Hervieux a vu des exemples d'empoisonnement puerpéral des plus terribles coïncidant avec des utérus rétractés. J'ai vu mieux : j'ai vu des accouchées mourir en quatre ou cinq heures au fort d'une épidémie de fièvre puerpérale à l'Hôtel-Dieu dans le service de notre si regretté maître et ami M. Louis, l'utérus n'offrant rien de particulier. Cela prouve tout simplement que le poison quintessencié, recohobé, répandu dans l'atmosphère des salles par les premières malades, n'a pas besoin d'être produit par la plaie utérine, ni d'exercer son action sur l'utérus. Il entre dans l'économie par toutes les voies et y produit des effets qui varient pour le temps, pour le degré, pour le siège, avant et après l'accouchement chez les femmes enceintes et celles qui ne le sont pas, et même chez des sujets sans utérus, puisque M. Hervieux lui-même, ainsi qu'il nous l'a dit, aurait éprouvé une intoxication puerpérale de l'épaule de la hanche et même du genou. Il n'est donc pas étonnant que, dans ces cas d'intoxication générale par infection, dans un milieu toxique, l'utérus reste étranger à la confection du poison. Mais est-ce une raison pour en conclure que cette confection utérine n'a jamais lieu, que la putréfaction des liquides utérins ne soit jamais le foyer d'origine de la septicémie puerpérale ? Cette manière de raisonner, habituelle à notre collègue, lui a fait supprimer, dans son ouvrage sur la fièvre puerpérale, la première période du mal, la période de confection du poison, pour ne considérer que le poison tout fait venant on ne sait d'où et la forme infectieuse de la maladie. C'est, du reste, l'erreur commune à tous les esprits qui ne peuvent pas, qui ne veulent pas comprendre qu'une maladie puisse être tout à la fois spontanée et transmissible.

En terminant je remercierai notre collègue de m'avoir fourni l'occasion de m'expliquer à nouveau sur l'origine de la septicémie puerpérale. La vérité gagne toujours à des attaques mal fondées. Elles lui fournissent le moyen de se faire mieux comprendre, de mieux s'établir et de s'affirmer avec une nouvelle autorité.

**Du respirateur à ouate comme moyen préservatif des maladies infectieuses et contagieuses.** — M. le docteur HENRI HENROT, professeur suppléant à l'École de médecine de Reims, fait sur ce sujet la communication suivante. (*Sera publié.*)

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'OSTÉOMYÉLITE.

La parole est à M. Gosselin.

M. GOSSELIN revient sur la dénomination d'ostéomyélite, proposée par M. Lannelongue, pour toutes les variétés d'inflammation des os pendant la croissance ; il y est obligé par la critique que lui a adressée M. Trélat, dans la séance du 11 février, et par le désir de faire mieux comprendre que, derrière la divergence des mots, il y a des faits cliniques mal interprétés.

M. Gosselin commence par relever un point d'histoire chirurgicale contemporaine relatif à l'appellation d'ostéomyélite appliquée à toutes les maladies dont s'est occupé M. Lannelongue. Il ne trouve pas que M. Trélat soit fondé à soutenir qu'il s'agit, dans les faits de M. Lannelongue, d'ostéomyélite simplement. Il en a vainement cherché la preuve dans son discours. M. Gosselin accepterait peut-être la prétention de M. Trélat, s'il parvenait à démontrer que la moelle est, dans les os, aussi abondante qu'il le prétend. M. Trélat est-il sûr de l'existence de la moelle sous-périostique, et de la moelle des canaux de Havers ? Pour lui, après avoir à nouveau étudié cette question, il est arrivé à cette conclusion, qu'il y avait là un malentendu résultant d'une application fautive, à l'anatomie chirurgicale, de notions fournies par l'histologie embryogénique et par l'histologie pathologique.

M. Gosselin examine successivement la question à ces différents points de vue, et il arrive à cette conclusion que, dans l'état actuel de la science, en s'appuyant sur cette seule raison qu'un histologiste distingué a, sans motif plausible, appelé moelle la substance qui, chez l'embryon, précède les os, on n'a pas le droit de dire que la très-minime matière organique qui se trouve sous le périoste après la naissance est une couche distincte de ce dernier, formant un tissu spécial semblable à celui qui, dans les grands espaces des os, s'est de tout temps appelé la moelle. Pour lui, il n'y a pas de moelle sous le périoste de l'enfant et de l'adolescent, et, par conséquent, il n'y a pas d'ostéomyélite.

Passant aux canaux de Havers, il n'y constate rien qui ressemble à la moelle. En attendant que M. Ranvier, qui s'est prononcé dans le sens contraire, se soit bien expliqué sur les canaux de Havers de l'ostéomyélite et que tous les autres histologistes se soient mis d'accord avec lui, les chirurgiens n'ont pas le droit de considérer comme un fait établi et incontesté, la présence de la moelle dans ces canalicules. Pour moi, dit-il, il n'y a pas de moelle dans les canaux de Havers; donc il n'y a pas non plus d'ostéomyélite dans ce point.

L'anatomie pathologique donnerait-elle mieux raison à M. Trélat que l'anatomie normale ? M. Gosselin montre, dans cette partie de son argumentation, combien M. Trélat a été mal inspiré dans l'interprétation des travaux des histologistes français.

De tout ce qui précède il résulte, dit M. Gosselin, que ni l'anatomie normale ni l'anatomie pathologique n'autorisent à présenter comme des ostéomyélites les inflammations qui se trouvent ailleurs que dans le canal médullaire.

La clinique l'autorise-t-elle davantage? Ici, M. Gosselin entre dans de longues et intéressantes considérations cliniques, d'où il tire la conclusion suivante :

L'inflammation aiguë des os pendant la croissance est une ostéite au début; c'est encore une ostéite quand elle suppure à la surface et dans l'interstice de l'os. Elle n'est une ostéomyélite que quand elle a suppuré dans les grands espaces médullaires.

Revenant de nouveau sur l'adjectif épiphysaire dont il s'est servi et se sert encore, M. Gosselin croit qu'il a l'avantage d'exprimer toujours une idée juste, quelle que soit la signification qu'on lui donne. Il indique d'abord une ostéite développée sur un os qui a encore une partie de ses cartilages épiphysaires, et que cette ostéite a pour cause prépondérante l'activité de la nutrition des os pour l'accroissement en longueur et pour la soudure des épiphyses. Il fait savoir enfin, ce qui est vrai pour le plus grand nombre des cas, que l'inflammation a son foyer principal entre la diaphyse ou l'épiphyse et le cartilage adjacent. Il prévient le chirurgien que, si la suppuration arrive dans ce point, il peut l'opérer avec une disjonction, un décollement. Il indique enfin que l'inflammation peut occuper exclusivement ou principalement l'épiphyse et prévient ainsi le praticien que l'articulation voisine peut être envahie.

M. COLIN fait observer que M. Gosselin s'est parfaitement expliqué sur les cas où les accidents septicémiques se produisent à la suite d'ostéites ou d'ostéomyélites dont le foyer se trouve en communication avec l'air extérieur, mais qu'il a complètement passé sous silence les faits où il n'y a pas de contact de l'air extérieur. Or il demande à M. Gosselin s'il admet que des accidents septiques puissent se produire dans ces derniers cas.

M. GOSSELIN répond que les faits cliniques ne permettent pas actuellement de résoudre cette question. Dans tous les cas où il a vu se produire des accidents septiques, il s'était formé des abcès sous-périostiques s'étant trouvés en communication avec l'air extérieur. Il ne possède pas personnellement d'observations catégoriques permettant d'admettre que ces accidents puissent se produire à l'abri du contact de l'air. Un seul fait de sa pratique pour-

rait donner lieu, à ce point de vue, à quelques doutes. Il s'agit d'un blessé des journées de juin 1848, qui avait reçu dans la jambe une balle morte : il y avait seulement une petite plaie des téguments et du périoste, sans fracture. Cet homme ayant succombé à des accidents d'infection purulente, M. Gosselin trouva, à l'autopsie, le canal médullaire de l'os rempli de pus. Voilà le seul fait de la pratique de M. Gosselin qui pourrait être, jusqu'à un certain point, interprété en faveur de la production spontanée, sans influence de l'air extérieur, d'accidents septicémiques. Mais M. Gosselin ne le trouve pas probant.

Il existe aussi dans l'ouvrage de M. Chassaignac un exemple de fracture non compliquée ayant été suivie d'ostéomyélite suppurée et d'infection purulente mortelle. Mais cet exemple demanderait à être examiné de plus près, et l'on ne peut rien en conclure de positif. En résumé, chaque fois qu'il a vu se produire des accidents de septicémie, M. Gosselin avait constaté la présence d'abcès sous-périostiques et conséquemment la communication possible avec l'air extérieur.

**M. TRÉLAT** ne veut pas répondre aujourd'hui, d'une manière définitive, à l'importante communication de M. Gosselin; il n'en veut aborder qu'un seul point, relatif aux preuves tirées par M. Gosselin de l'anatomie normale.

Il sera difficile à M. Trélat de faire juge l'Académie des protestations purement anatomiques que lui a opposées M. Gosselin, attendu que l'opinion qu'il a soutenue se trouve basée seulement sur l'examen d'ailleurs très-attentif et très-minutieux de quelques pièces histologiques. M. Trélat a pu suivre, en effet, sur ces pièces toute l'évolution des éléments médullaires depuis les éléments embryonnaires, les médullocèles ou ostéoblastes (car, pour M. Trélat, c'est absolument la même chose), jusqu'aux corpuscules osseux.

On peut voir en ce moment dans un laboratoire, ouvert à qui veut y regarder, deux médullocèles, jouissant en quelque sorte d'une légitime célébrité, attendu qu'ils sont en train de devenir deux corpuscules osseux. Dans ce même laboratoire, où se poursuit en ce moment un travail considérable sur les fractures, il est aisé de se rendre compte qu'il n'y a aucune espèce de reformation du tissu osseux sans qu'on voie se produire la formation d'éléments embryonnaires nombreux, de médullocèles ou d'ostéoblastes. M. Gosselin, s'appuyant sur la très-respectable et très-légitime autorité de M. Sappey et des anatomistes français en général, admet que dans nos canaux de Havers, il n'y a pas autre chose que des vaisseaux, et que c'est seulement chez le fœtus ou sur un os malade qu'on trouve ce qu'il a appelé l'élargissement des canaux de Havers. M. Trélat professe une autre opinion qu'il appuie sur des faits qu'il a vus et bien vus. Cela prouve donc qu'on peut interpréter les éléments anatomiques d'une façon différente.

Mais M. Trélat tenait à faire observer que, s'il se trouve en dissidence sur ce point anatomique avec M. Gosselin, il s'appuie au moins sur des faits qui ont été bien constatés par lui et par d'autres plus compétents.

**M. COLIN** ne trouve pas que les arguments invoqués par M. Trélat prouvent qu'il se produise de la moelle dans les canaux de Havers. Le canal de Havers, à un moment donné, est très-grand, très-large, puis il se rétrécit par suite de la superposition successive de zones osseuses s'emboîtant, pour ainsi dire, les unes dans les autres. Ce que M. Trélat considère comme un travail spécial et se produisant seulement dans l'inflammation, est ce qui se passe à l'état normal. L'opinion qu'il soutient n'est donc pas la bonne, et c'est M. Gosselin qui a raison.

**M. GOSSELIN** fait remarquer de nouveau que M. Trélat lui a répondu en se basant sur des pièces relatives à l'embryon ou au malade; or M. Gosselin en appelle à tous les anatomistes, ce qu'on entend par le mot moelle est un ensemble composé d'éléments embryonnaires, de médullocèles, de vaisseaux, de tissu conjonctif, de graisse, d'albumine, etc... Il lui faut, à lui anatomiste français, tous ces éléments pour constituer la moelle. S'il ne faut à M. Trélat qu'un seul de ces éléments, ils ne peuvent pas être d'accord. En outre, dans l'état actuel de l'histologie, on décrit à part les médullocèles et les ostéoblastes; le médullocèle n'est pas, comme le pense M. Trélat, l'élement producteur de l'os. Telle est l'opinion très-généralement admise aujourd'hui en anatomie et dont M. Gosselin est ici l'interprète

**M. TRÉLAT** pense que l'accord est facile entre M. Gosselin et lui. En effet, il y a moelle et moelle. Il est bien évident qu'on ne trouve pas dans les canaux de Havers ce que l'on appelle la moelle endostale. Si les contradicteurs de M. Trélat veulent lui faire dire qu'on trouve sous le périoste une moelle composée d'abumine, de graisse, de tissu conjonctif, etc., il proteste contre une pareille interprétation de ses paroles. Pourquoi a-t-il dit : Cela est de la moelle? Parceque, chaque fois qu'il a vu se produire ces phénomènes d'inflammation, de suppuration, il a toujours constaté la production de ces éléments au nombre de deux, et non pas au nombre de trois, comme le veut M. Gosselin : médullocèles ou ostéoblastes (ce qui est une seule et même chose), et éléments vasculaires ou myéloplaxes, les deux éléments véritablement constitutifs de la moelle.

Au point de vue clinique, M. Trélat et M. Gosselin sont parfaitement d'accord, et M. Trélat ne peut que louer et admirer la façon magistrale dont M. Gosselin a traité cette partie de son argumentation. Mais il ne faut pas faire déborder sur le terrain de la clinique ce que M. Trélat a dit à un point de vue purement histogénique. Quant à l'ostéite épiphysaire ou l'ostéite de la période de la croissance, on sent, en entendant parler M. Gosselin, qu'il lui trouve des vertus qu'un père aime à trouver sur la tête de ses enfants. Mais tout ce qu'il en a dit n'en est pas moins parfaitement juste et parfaitement exact. Si M. Trélat a été troublé par ce mot d'épiphysaire, c'est que, comme tout jeune chirurgien, il a eu autrefois quelque peine à se faire à ce mot appliqué à une ostéite atteignant aussi la diaphyse des os. Mais le tableau clinique fait par M. Gosselin de cette ostéite de la période de la croissance n'en reste pas moins un modèle parfait.

**M. GOSSELIN** dit que ce qui résulte de cette discussion, c'est la nécessité pour les histologistes de s'expliquer plus nettement et plus clairement sur le mot moelle, car, en admettant la façon de voir de M. Trélat, il faudrait alors admettre deux moelles, l'une transitoire et l'autre permanente : la moelle transitoire, admise par M. Trélat, ne se trouve décrite dans aucun de nos traités.

La séance est levée.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Médecins des bureaux de bienfaisance.* — Liste des candidats pour l'élection médicale du dimanche 23 mars 1879 dans le sixième arrondissement : MM. les médecins sortants du bureau de bienfaisance de cet arrondissement : Le Coin, Foucart, Panien, Monceaux, Venet, Gaye, Moreau, Tranchant, Bermont.

— *Hôpitaux de Paris.* — Par suite du décès de M. Chauffard, les changements suivants auront lieu dans le service médical des hôpitaux, à partir du 1er avril prochain.

M. Desnos passe de la Pitié à la Charité; M. Lancereaux, de Saint-Antoine à la Pitié; M. Duguet, de l'hôpital Tenon (Ménilmontant) à Saint-Antoine; M. Rendu, de Lourcine à l'hôpital Tenon, et M. Gouraud, du Bureau central à Lourcine.

— Nous apprenons, avec plaisir, que M. le docteur Bonnafont vient, en récompense de ses nombreux travaux, d'être nommé membre correspondant de l'Académie des sciences de Lisbonne.

— *Prix Aubanel.* — La Société médico-psychologique de Paris décernera, au mois d'avril 1881, un prix Aubanel, de la valeur de 2400 francs, à l'auteur du meilleur travail sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Les mémoires, écrits en français, devront être adressés le 31 décembre 1880, au plus tard, à M. le docteur Motet, secrétaire général de la société, 161, rue de Charonne, à Paris.

— Les Universités du royaume d'Italie comptent (année scolaire 1878-1879) pour : 1° la médecine et chirurgie 3,181 inscrits, dont 2,886 étudiants et 295 auditeurs ; 2° la chirurgie du 1er degré, 25 étudiants ; 3° les cours d'accouchement pour les sages-femmes, 309 inscrits, dont 277 étudiants et 12 auditeurs ; 4° pharmacies, 616 inscrits, dont 560 étudiants et 56 auditeurs ; 5° la médecine vétérinaire, 74 inscrits, dont 71 étudiants et 3 auditeurs.

— *École de médecine de Reims.* — Des concours s'ouvriront, le 6 juin 1879, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, savoir : 1° pour un emploi de suppléant de chimie et de pharmacie ; 2° pour un emploi de chef des travaux chimiques. Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— *École de pharmacie de Paris.* — Sont maintenus dans les fonctions de maîtres de conférences, pour l'année scolaire 1878-79 : MM. Prunier, licencié ès sciences, pharmacien de première classe : travaux pratiques de chimie élémentaire et de pharmacie ; — Beauregard, docteur ès sciences, pharmacien de première classe : botanique micrographique.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Bouchardat commencera son cours d'hygiène le samedi 22 mars 1879, à quatre heures du soir, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. Programme du cours : encombrement nosocomial, aliments modificateurs du système nerveux, atmosphère, terre, électricité, lumière, chaleur, misère physiologique, hygiène du soldat.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7973

N° 34. — SAMEDI 22 MARS 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 22 MARS 1879. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Acné sébacée; sa transformation en cancroïde.

On sait que l'acné sébacée partielle, maladie de l'âge adulte et souvent de la vieillesse, a son siège de prédilection sur le visage. Le plus souvent il n'y a qu'une plaque unique, mais il n'est cependant pas rare, chez les vieillards, d'en rencontrer plusieurs, disséminées sur le visage et offrant des phases différentes de l'affection, fait d'une grande importance au point de vue des épithéliomas disséminés qui doivent être rattachés, pour la plupart, à l'acné sébacée partielle, dont plusieurs plaques ont subi une transformation cancroïdale.

Comment s'opère cette transformation? Quels sont les phénomènes morbides qui se passent lorsque l'acné sébacée partielle se change en surface ulcérée, s'étendant de proche en proche sans se cicatriser? Est-ce une transformation de tissus ou une complication qui survient?

Telles sont les questions auxquelles M. le docteur P. Audouard a consacré une étude très-intéressante appuyée sur un assez grand nombre d'observations qu'il a été à même de recueillir pendant son internat à l'hôpital Saint-Louis dans les services et sous les auspices de MM. Lailler et Besnier.

M. Audouard commence par établir l'ordre naturel de succession des phénomènes. L'affection acnéique est toujours le fait initial, l'épithélioma un fait secondaire. Il y a d'abord simple hypertrophie du follicule sébacé, puis distension des parois par l'accumulation de cellules épithéliales, enfin rupture des follicules et envahissement des tissus voisins, dans lesquels on voit des prolongements épithéliaux. L'ulcération s'établit du côté de la surface libre de la peau.

Ce processus anatomique a pu être étudié d'une manière démonstrative dans l'une des observations rapportées par M. Audouard (la première). Il s'agit dans cette observation d'une femme de trente-huit ans, entrée dans le service de M. Lailler à l'hôpital Saint-Louis, pour une affection qui avait débuté six ans auparavant. Elle présentait sur le nez une ulcération recouverte de croûtes verdâtres, épaisses, qui avait débuté six ans auparavant par une petite élevure blanchâtre au milieu, rouge sur les bords, développée au niveau d'une cicatrice variolique. Cautérisée à plusieurs reprises, cette ulcération avait presque entièrement disparu lorsque, quelque temps avant l'entrée de la malade à l'hôpital, l'ulcération s'était reformée de nouveau. On voyait en même temps sous la paupière inférieure de l'œil droit et sur la racine du nez une cicatrice provenant d'une opération autoplastique qui avait été pratiquée pour combler une perte de substance due à l'ablation d'une tumeur de même nature développée à peu près à la même époque que la première.

En outre, il existait à la région de la nuque une ulcération assez profonde, allongée, entourée d'une zone inflammatoire et reposant sur une base indurée.

Ces diverses ulcérations furent cautérisées avec l'iodhydrargyrate de potassium et avec le perchlorure de fer. La malade fut mise successivement au traitement par l'iodure de potassium et par le chlorate de potasse intus et extra; plus tard les ulcères furent cautérisés avec des flèches de pâte de Canquoin. Enfin une ulcération qui occupait la commissure externe de l'œil gauche et qui, s'étant transformée en cancroïde, menaçait d'envahir les paupières, fut extirpée au bistouri.

En résumé, en novembre 1878, c'est-à-dire environ douze ans après le début de l'affection, la malade pouvait être considérée comme guérie. Le cancroïde de la nuque n'existait plus depuis quatre mois; à sa place on trouvait une cicatrice de même niveau que la peau saine. La guérison de la tumeur du nez remontait à un an.

Voici le résultat de l'examen microscopique. Cet examen, fait par M. Malassez à deux reprises, en 1872 sur une partie prise sur les bords de la tumeur sus-claviculaire, en 1874 sur un morceau de tumeur provenant du cancroïde de la nuque, a donné les résultats suivants :

Les petites tumeurs de la région sus-claviculaire étaient bien des épithéliomes développés aux dépens des glandes sébacées. Quand, examinant les coupes, on passait de la peau saine aux plus petites tumeurs et de celles-ci aux plus grosses, on pouvait se rendre bien compte de leur développement.

Les glandes sébacées voisines des tumeurs étaient plus volumineuses, mais leur structure, ainsi que celle du tissu conjonctif ambiant, ne paraissaient pas modifiées.

Les petites tumeurs étaient formées par des glandes séba-

cées hypertrophiques dans lesquelles les cellules épithéliales, en même temps qu'elles étaient multiples, avaient perdu plus ou moins leurs fonctions propres. Ces glandes étaient entourées par un tissu conjonctif de nouvelle formation.

Dans les grosses tumeurs, les lésions étaient plus avancées. Les glandes sébacées étaient transformées en amas lobulés de cellules épithéliales pavimenteuses, au centre desquelles on trouvait parfois des cellules sébacées normales, dernière trace de la ponction. Le tissu conjonctif de nouvelle formation était plus abondant, et c'était peut-être grâce à lui que la néoformation épithéliale était restée localisée.

Dans le cancroïde de la nuque, la marche de l'épithélioma était des plus nettes; on ne voyait plus de glandes sébacées, transformées, hypertrophiées; ce n'était plus que des masses épithéliomateuses, irrégulières, qui envoyaient en tous sens des prolongements épithéliaux.

Dans la deuxième et troisième observation du travail de M. Audouard, on voit également deux exemples d'acné sébacée partielle du nez devenant le point de départ d'une dégénérescence épithéliomateuse et de cachexie cancroïdale consécutive. D'autres observations permettent d'assister en quelque sorte à toutes les phases de l'évolution de la maladie, depuis l'apparition première de l'acné jusqu'à la transformation cancroïdale en passant successivement par les périodes d'altération, de sécrétion et d'ulcération.

Le diagnostic de l'acné sébacée partielle est de la plus grande importance, ainsi que le fait remarquer M. Audouard, si l'on songe qu'une erreur trop prolongée peut conduire à une affection incurable. Si, dit-il, un malade se présente, portant au visage une croûte grasse qui, en tombant, laisse à découvert une surface d'un rose pâle, luisante et huileuse, si elle se reforme plus ou moins rapidement, en présentant les mêmes caractères, on devra reconnaître l'existence de l'acné sébacée partielle. Mais très-souvent l'acné a été dénaturée par l'emploi de topiques plus ou moins actifs, et l'affection présente une physionomie anomale. Dans ces cas, il faut rechercher sur les limites du mal les traces de l'éruption sébacée.

Le traitement de l'acné sébacée partielle, au début, consiste à faire tomber les croûtes et à modifier l'hypersécrétion de nature sébacée, à l'aide de simples topiques et de lotions émollientes répétées matin et soir. Quand la maladie est convertie en surface ulcérée, il faut surtout se rappeler que l'emploi des agents irritants peut être cause occasionnelle de la transformation en épithélioma. Le chlorate de potase employé en lotions ou en applications continues sur les ulcérations devenues cancroïdales, d'après la méthode préconisée, il y a longtemps déjà, par M. Bergeron dans le traitement du cancroïde, a quelquefois produit des modifications heureuses et a pu même dans quelques cas contribuer à amener à la longue la guérison, comme dans le cas cité ci-dessus. Voici comment M. Audouard propose d'employer ce médicament : solution très-concentrée pour applications permanentes, et à l'intérieur 3 ou 4 grammes pris au moment des repas.

Lorsque le traitement médical échoue, il faut recourir au traitement chirurgical. Des deux moyens usités, les caustiques ou l'exérèse, le premier est incertain et quelquefois dangereux, le second est préférable. C'est celui qui a été employé avec succès par M. Péan dans plusieurs des observations rapportées dans ce travail.

**Pneumonie caséeuse et tubercules.**

On connaît toutes les phases par lesquelles a passé l'histoire anatomo-pathologique de la phthisie tuberleuse, pour arriver, en définitive, à peu près à son point de départ, c'est-à-dire à l'idée de l'unité de la phthisie, unité au milieu de la multiplicité de ses causes et de la diversité de ses formes relevant toutes également de l'évolution de la néoplasie tuberculeuse, qui, ainsi que l'a dit un anatomo-pathologiste éminent, à part des circonstances exceptionnelles, domine en tout la situation.

Voici un fait qui s'est passé tout récemment dans le service de la clinique de M. Hardy, à la Charité, et qui, après avoir présenté des symptômes insolites pendant la vie, nous a montré à l'autopsie des lésions multiples, réparties en différents points du poumon, et représentant les phases diverses de l'évolution tuberculeuse, depuis le tubercule naissant et à divers degrés jusqu'à la pneumonie caséeuse et à la caverne.

Une femme âgée de vingt-cinq à vingt-six ans, malade depuis deux mois, est entrée dans la salle Sainte-Anne, service de la clinique de M. Hardy. Elle toussait, se plaignait d'un point de côté et d'une grande oppression; elle avait de la fièvre, et sa température, oscillant autour de 40°, s'élevait de 1/2 à 1° tous les soirs; pouls à 100 et plus; expectoration purulente, grisâtre, opaque, amaigrissement considérable. A l'examen de la poitrine, on constatait de la matité avec souffle caverneux au sommet droit et à la partie médiane du même poumon où ces signes étaient beaucoup plus accusés et se percevaient dans une plus grande étendue. Dans le côté gauche on entendait des râles sous-crépitants au sommet.

A en juger d'après les signes physiques, on aurait pu diagnostiquer une pneumonie avec des râles bronchiques. Mais les crachats n'étaient pas du tout ceux de la pneumonie. Puis la même situation paraissait depuis quelque temps rester la même, ce qui excluait l'idée d'une pneumonie. Qu'avait donc cette femme? Une pneumonie sans doute, mais cette forme spéciale de la pneumonie tuberculeuse, la pneumonie caséeuse, ce que l'on a appelé encore l'hépatisation jaune, et au milieu de ce tissu compacte, induré, des excavations au sommet du poumon et dans sa partie moyenne. Tel était le diagnostic porté par M. Hardy, lorsque, cette femme étant venue à succomber aux progrès graduels de la suffocation et de la faiblesse, on a eu l'occasion de le vérifier par l'autopsie.

On a trouvé, en effet, une caverne au sommet du poumon, plus étendue même qu'on ne l'avait présumé d'après l'étendue assez limitée du souffle caverneux, une caverne plus vaste, ayant environ le volume d'une noix, à la partie moyenne, dans le point où l'auscultation l'avait effectivement fait constater, et autour d'elle de petites cavernules séparées les unes des autres par des tractus squelettiques du poumon; enfin l'hépatisation jaune ou caséification d'une grande partie du poumon. Le poumon gauche presque tout entier était infiltré.

On trouvait, comme on le voit, chez cette malade, ce qui a été déjà maintes fois constaté depuis que l'attention des anatomo-pathologistes et des cliniciens s'est particulièrement portée sur l'étude de l'évolution du tubercule, c'est-à-dire la réunion de la pneumonie caséeuse et des granulations, réunion considérée même aujourd'hui par la plupart des cliniciens français comme constante ou à peu près constante.

**Tuberculisation à phases successives et à localisations multiples.**

Voici un autre fait qui s'est passé à peu près en même temps dans le même service, et qui, à un point de vue un peu différent, a paru aussi présenter quelque intérêt. Un homme est mort dans les salles de la clinique, après avoir présenté une succession de phénomènes curieux. Il a eu, environ une huitaine de jours avant d'entrer à l'hôpital, des vomissements alimentaires suivis de tous les symptômes d'un embarras gastrique fébrile, causé manifestement par des excès bachiques.

Ces premiers accidents dissipés, en examinant la poitrine on constatait que la respiration se faisait mal, le sommet droit en arrière rendait un son mat, il n'y avait ni souffle ni craquements. Le malade portait, sur toute sa physionomie, comme une sorte d'empreinte de déchéance. En le questionnant on sut que, dix-huit mois auparavant, il avait été à l'hôpital Saint-Antoine pour une bronchite. M. Hardy, tout en réservant en partie le diagnostic, qui était obscur, prescrivit un vomitif pour combattre l'embarras gastrique. Trois jours après, il survint une hémoptysie s'accompagnant d'une légère douleur du côté droit; nouvelles hémoptysies plus abondantes au bout de quelques jours, avec explosion de mouvement fébrile. Un nouvel examen de la poitrine à cette époque ne donna encore aucun signe précis : matité au sommet, absence complète de bruit vésiculaire, et, par conséquent, de râles quelconques.

Bientôt un nouveau symptôme vint s'ajouter à la fièvre et aux hémoptysies, qui avaient déjà fait penser à une poussée tuberculeuse : c'est le délire avec agitation des membres, carphologie, jactitation, qui semblait indiquer qu'en même temps il se faisait un travail de tuberculisation semblable dans les méninges. Il y avait bien eu avant, sous l'influence du mouvement fébrile, un subdélirium calme, tranquille, survenant le soir, et qui pouvait être mis sur le compte de l'alcoolisme. Mais le délire agité et continu qui s'était manifesté en dernier lieu était bien manifestement, ainsi que M. Hardy en a fait la remarque, le délire méningitique de début.

Ce malade ayant succombé, voici ce que l'on a trouvé à l'autopsie. Les deux poumons présentaient une induration tuberculeuse au sommet, très-prononcée surtout à droite. Ce sommet était enveloppé par une coque épaisse, constituée par une portion de la plèvre adhérente en ce point. Au-dessous des portions indurées on trouvait des cavernules, et, plus bas, des tubercules disséminés. Le poumon gauche avait son sommet, comme à droite, enveloppé dans une coque pleurale épaissie. Ce sommet était en partie détruit ; on trouvait, dans sa partie inférieure, une grande quantité de granulations.

Ainsi, il y avait trois degrés de tuberculisation qui paraissaient répondre à des époques différentes. Les tubercules disséminés dans les portions inférieures des poumons représentaient probablement la dernière poussée accusée par les hémoptysies des derniers jours. On pouvait, par les dispositions que nous venons de faire connaître, se rendre compte de l'obscurité des signes fournis par l'auscultation. Quelques bronches étaient dilatées ou épanchées par places. L'artère pulmonaire du côté droit était partiellement dilatée, et on y constatait la présence de petits anévrysmes alternant avec des parties épaissies. Cette dernière circonstance pouvait avoir eu, en même temps que la poussée nouvelle de tubercules, sa part d'influence sur les hémoptysies.

Enfin, l'examen des méninges a fait découvrir un épanchement séreux dans l'espace sous-arachnoïdien, dans les scissures sylviennes ; ce liquide était louche dans certaines parties ; il existait un premier degré manifeste de méningite et quelques petits tubercules grisâtres disséminés dans l'épaisseur de ces membranes. Dr Brochin.

## REVUE DE LA PRESSE

**Étude critique et expérimentale sur l'émigration des globules du sang envisagée dans ses rapports avec l'inflammation,** par le docteur Paul Héger, professeur de physiologie à Bruxelles. — L'auteur établit d'abord que, contrairement à ce que l'on avait cru, le sang peut sortir des vaisseaux sans déchirure des canaux sanguins. C'est à ce phénomène que l'on a donné le nom d'*extravasation*, tandis que l'on réserve celui de *diapédèse* à la sortie des globules rouges considérée isolément et celui d'*émigration* à la sortie des globules blancs ou leucocytes. Ce qui différencie essentiellement la diapédèse et l'émigration d'avec l'hémorrhagie, c'est l'intégrité de la paroi vasculaire, la persistance de la circulation, la minime proportion des globules par rapport au liquide exsudé.

M. Héger, après l'exposé historique de la question, précise la situation des globules dans le sang circulant ; on trouve les globules rouges dans l'axe du vaisseau, et, entre eux et les parois, une couche intermédiaire incolore, formée du plasma dans lequel nagent les globules blancs. Cette situation des leucocytes favorise l'émigration ; le ralentissement de la circulation facilite la disposition marginale des leucocytes. Sur un mésentère de grenouille exposé à l'air, on observe d'abord l'accélération, puis le ralentissement de la circulation, et la stase des globules blancs résulte de ce ralentissement là surtout où il est le plus marqué, c'est-à-dire dans les capillaires. Les leucocytes s'accolent et s'immobilisent contre les parois des veines, et, une fois accolés, on voit s'établir l'émigration, et cela avec une telle lenteur que l'on peut suivre le globule dans les phases de son trajet à travers la paroi du vaisseau. Tandis que les leucocytes s'arrêtent et émigrent, le cylindre plein, formé par les hématies, continue à cheminer. Il en est tout autrement dans le cas de stase totale du sang : ici les hématies aussi bien que les globules se mettent en contact avec les parois ; il y a diapédèse en même temps qu'émigration. En résumé, on peut donc dire que le ralentissement de la circulation favorise l'émigration ou sortie des globules blancs, et que la stase aboutit à la diapédèse, ou sortie des globules rouges.

Les globules rouges ont un rôle tout passif dans la diapédèse ; ils sont en quelque sorte poussés au dehors par la pression du sang, tandis que les globules blancs interviennent d'une manière active dans l'émigration, les mouvements amiboïdes qu'ils présentent ayant pour résultat d'engager le globule dans l'orifice des stomates et de lui faire trouver son issue jusqu'à l'extérieur du vaisseau. L'abaissement de la pression sanguine favorise même l'émigration.

Après la diapédèse, les stomates sont élargis, et, si la diapédèse s'est faite sous l'influence d'une forte pression, la surface externe des vaisseaux ressemble à un crible. L'écartement des bords des cellules endothéliales précède le passage des globules et peut même se produire en des points où aucun globule n'est venu s'accoler : la paroi joue donc un rôle actif dans l'issue des leucocytes. Grâce à la mobilité des cellules endothéliales, la paroi irritée devient plus perméable dès le début de l'inflammation et les leucocytes accolés peuvent introduire leurs prolongements ténus dans les espaces intercellulaires.

Après avoir traversé l'endothélium vasculaire, les globules rouges subissent diverses transformations, passage dans le système

lymphatique, amas globulaires, infarctus, etc. L'hématie a un rôle passif; quand elle est placée en dehors du courant sanguin, elle est détruite ou se dissout.

Les globules blancs, au contraire, loin de s'altérer après l'émigration, acquièrent une activité plus grande par ce seul fait qu'ils baignent dans un liquide moins dense que le plasma sanguin : ils fournissent alors, dit M. Héger, les éléments morphologiques de la lymphe ou se transforment en cellules de tissu conjonctif, ou bien servent d'appoint nutritif aux éléments des tissus formant la couche profonde des épithéliums que l'on sait être composés de cellules arrondies émergeant sans cesse des parties sous-jacentes.

Le rôle si complexe que jouent les leucocytes explique leur disparition si prompte quand l'émigration est modérée : en quelques jours on n'en trouve plus de traces. Mais, si l'émigration est abondante, si un grand nombre de leucocytes viennent obstruer la circulation interstitielle, la résorption ne pouvant se faire, la nutrition est profondément troublée ; l'émigration devient le point de départ de l'inflammation, et le rôle des globules émigrés acquiert une importance nouvelle.

Les travaux entrepris sur la kératite n'ont, jusqu'ici, fourni aucun résultat précis, et, pour établir l'origine du pus, il a fallu recourir à d'autres procédés d'observation, afin de déterminer la part qui revient, dans l'inflammation expérimentale de la membrane cornéenne, d'un côté aux globules émigrés, et d'un autre côté aux cellules de ce tissu.

On sait qu'il existe trois théories distinctes sur l'origine des éléments morphologiques du pus : celle de Robin, de Hunter et de Schwann, celle de Cohneim, et celle de Virchow.

Pour Robin, les leucoytes proviennent de l'organisation d'un blastème, ils ne dérivent d'aucun élément morphologique préexistant. La théorie de Virchow donne pour générateur au pus la prolifération épithéliale ou connective : quelle que soit sa provenance, le pus est toujours un tissu transformé.

La troisième théorie, celle de Cohneim, attribue la formation du pus aux globules blancs du sang: l'émigration devient l'agent essentiel de la suppuration. Mais d'où viendraient tous ces leucocytes qui doivent former les globules de pus? Si ces leucocytes devaient former le pus, il devrait y avoir diminution des globules blancs du sang dans la suppuration, tandis que c'est le contraire que l'on observe : il y a une sorte de leucocytie de suppuration chez l'homme ou l'animal qui porte une plaie de quelque étendue.

L'émigration n'a donc, pour l'auteur, qu'un rôle limité dans la production du pus; la prolifération connective ou épithéliale (théorie de Virchow) aboutit seule à la formation des cellules du pus.

Résumant ses observations et ses expériences, l'auteur précise ses conclusions. La diapédèse se produit rarement dans un organisme sain, et, si les hématies sortent des vaisseaux, ils ne se trouvent jamais qu'en petit nombre dans les espaces lymphatiques.

L'émigration n'est pas une conséquence nécessaire de l'irritation : elle s'opère même dans les conditions normales ; elle doit être envisagée comme une fonction de l'organisme sain : elle est réglée par les mouvements des vaisseaux.

L'irritation des parois vasculaires favorise l'émigration : mais, si l'on ne peut douter de l'importance de l'émigration, il n'est pas facile de préciser son rôle. L'émigration intervient à coup sûr dans l'inflammation, dans la production du pus, mais les expériences ne permettent pas de définir nettement où finit le rôle des globules émigrés, et où commence celui des cellules connectives.

Voilà ce qu'il reste à déterminer pour arriver à la solution de cette question si difficile.

Nous n'avons pu que résumer une analyse de ce travail remarquable par ses nombreuses et ingénieuses expériences: ces notions succinctes suffiront, du moins, pour montrer à nos lecteurs dans quel esprit et dans quelle direction on étudie aujourd'hui le fameux problème de l'inflammation. (*Presse méd. belge.*)

**Atrésie vaginale congénitale.** — M. Symington-Brown rapporte dans *Boston med. Journal* l'observation d'une femme de vingt-huit ans, mariée depuis un an, et chez laquelle toute tentative de coït avait été impossible. Le toucher vaginal fit, en effet, découvrir une sorte de diaphragme situé à environ six centimètres au-dessus de l'orifice vulvaire. Après quelques tâtonnements, on découvrit, au centre de cette membrane, un petit orifice qui admettait à peine l'introduction de la sonde utérine. L'utérus paraissait normal.

Après avoir éthérisé la malade, Symington introduisit un petit spéculum dans le vagin, et pratiqua trois petites incisions sur la membrane obturatrice, de manière à permettre l'introduction d'un dilatateur de Simpson. Le vagin fut graduellement dilaté jusqu'à ce que la membrane eût cédé. Un tampon imbibé de glycérine et de laudanum fut ensuite introduit dans le vagin. La malade n'eut aucun accident inflammatoire ; elle porta pendant plusieurs semaines un dilatateur en verre de Sims et la guérison fut aussi complète que possible. Un an après l'opération, il n'existait aucune rétraction cicatricielle et les rapports sexuels n'étaient pas douloureux.

Symington fait remarquer l'avantage de la lacération sur l'incision dans le traitement de l'atrésie vaginale. Lorsqu'on emploie le bistouri, la guérison n'est jamais complète par suite de la rétraction inévitable. (*Mouvem. méd.*)

**Est-il possible, par une médication appropriée, d'obtenir des enfants vivants et à terme chez des femmes accouchant, d'habitude, prématurément?** par Mac Clintock (*British med. Journal.*) — Voici les conclusions de ce travail :

1° C'est un fait bien connu que certaines maladies, la syphilis, la rougeole, la petite vérole, la scarlatine, etc., contractées par la mère après la conception, peuvent être communiquées au fœtus encore contenu dans la cavité utérine.

2° Des recherches ont démontré que divers médicaments administrés à la femme enceinte pouvaient être retrouvés dans le sang ou dans les sécrétions du fœtus.

3° Des observations chimiques ont prouvé que certains médicaments pouvaient agir sur le fœtus s'ils étaient donnés à la mère un certain temps avant le terme de la grossesse.

M. Mac Clintock rapporte des observations de femmes qui accouchaient toujours prématurément ou qui donnaient naissance à des enfants morts-nés. L'administration journalière et longtemps continuée de *chlorate de potasse* et de *perchlorure de fer* leur a permis d'obtenir des enfants vivants et à terme. (*Paris méd.*)

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 mars 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE

M. Le Fort. Le pansement n'est qu'un moyen de remplir certaines indications chirurgicales qui varient considérablement; on ne peut donc admettre qu'il n'existe qu'un seul pansement, un pansement exclusif et applicable à toutes les périodes de cicatrisation des plaies. Cependant la théorie du pansement de Lister ferait supposer qu'il n'y a qu'une seule indication capitale à remplir, celle de mettre la plaie à l'abri de l'empoisonnement venant de l'extérieur. Avant cette théorie de l'*extériorité* des causes de septicémie, qui est l'application à la chirurgie de la théorie des germes de M. Pasteur, nous avions vu s'élever une autre théorie, d'origine presque allemande, celle de l'*intériorité*, d'après laquelle toutes les plaies sécréteraient un poison septique, chimique, plus ou moins indéterminé; ce poison existerait dans toutes les plaies. Je ne pense pas que la vérité soit dans l'une ni dans l'autre de ces deux théories; mais il y a du vrai dans l'une et dans l'autre. Il peut se créer de toutes pièces dans l'économie un virus septique, par exemple le virus septique anatomique, qui est formé par la mort et disparaît lorsque la putréfaction se développe (piqûres anatomiques); c'est à un virus intérieur que sont dues certaines formes de septicémie, telles que la gangrène des diabétiques et certaines lésions développées sous l'influence des diathèses. Mais je n'admets

pas que, dans toutes les plaies, il y a de la septicité; je ne crois pas que les plaies à marche normale et régulière possèdent un virus septique; celui-ci ne s'y développera que si l'on y a appliqué des cataplasmes ayant fermenté, des pommades rancies, du diachylon même, ou si, à la suite de poussières, de fatigue, une irritation quelconque a troublé la réparation de la plaie et amené soit un érysipèle, soit une angioleucite, soit un phlegmon diffus; dans tous ces cas, le virus s'est formé, mais sous l'influence d'une irritation locale.

En appliquant à la chirurgie la théorie de M. Pasteur, dans le pansement de Lister, on a eu tort de confondre toutes les formes cliniques de la septicémie; il faut bien distinguer la septicémie aiguë, la septicémie chronique, l'infection purulente, j'ajouterai même l'infection putride si souvent observée par les accoucheurs et qui est une véritable fièvre purulente.

On peut, je crois, accepter l'action de l'air dans la septicémie chronique que décrivait, en 1822, Gaspard (de Saint-Étienne) et qui est caractérisée par la fièvre hectique. Que ces effets soient dus à des germes, c'est très-possible, mais peu importe la théorie; quant à la pratique, je ne sache pas que le pansement de Lister ait mis les malades à l'abri des accidents, par exemple, de l'ouverture des abcès froids.

La septicémie traumatique aiguë se développe, à mon avis, sous l'influence de l'état général, moral même, et d'une foule de conditions spéciales, sans qu'il soit besoin de chercher sa cause dans l'action de l'air. De même, l'infection purulente: vous connaissez la doctrine de M. Pasteur, et je ne voudrais pas répéter ici ce que j'ai dit, l'année dernière, à l'Académie de médecine, sur le même sujet.

La base de cette doctrine est l'extériorité; pas de germes, pas d'infection. Aujourd'hui, avec le pansement de Lister, on va plus loin: pas de germes, pas de suppuration. A cette assertion, j'oppose l'argument suivant: puisque les germes existent partout, comment expliquer les différences des résultats obtenus dans la chirurgie pratiquée dans les villes, dans les grands hôpitaux, ou au milieu des campagnes? Une infusion fermente partout, les accidents des plaies devraient donc se produire partout, si elles étaient produites par ces germes. On dira que cela dépend de certains germes morbides, qui existent en plus grande quantité dans les hôpitaux. Ce n'est plus la théorie de M. Pasteur; cette idée nous amène à une autre opinion. Partant des faits observés dans le charbon, dont on a trouvé le proto-organisme spécifique, la bactéridie, on a avancé que toutes les affections septiques devaient avoir leur microbe spécial. Cependant on trouve sur les plaies des vibrions en quantité, sans que, pour cela, rien soit compromis. Lucke (à Strasbourg) en a vu sous des pansements de Lister bien exécutés, et ces vibrions ne gênent en rien la guérison. En tous cas, dans la septicémie, on devrait en trouver. Or, vous savez sans doute que, dans le service d'un de nos maîtres, un malade ayant succombé à l'infection purulente (1), M. Pasteur n'a pu retrouver ni cultiver, après l'autopsie, aucun proto-organisme spécial; plus récemment, dans un cas de septicémie, il n'a constaté non plus l'existence d'aucun microbe.

Inversement, une plaie qui n'est pas protégée contre l'action de ces germes devrait être presque toujours mortelle. Or, j'ai déjà rappelé, par exemple, les résultats obtenus par Rose (de Zurich), lorsqu'il reprit le service de Billroth: tandis que Billroth avait pour les amputations de cuisse 82 p. 100 de mortalité, et pour les amputations de jambe 55 p. 100, Rose, dans le même hôpital, pratiqua le pansement ouvert, laissant les plaies exposées à tous les germes de la Suisse, et il n'obtenait (1867-1871) que 28 p. 100 de mortalité pour les amputations de cuisse et 10 p. 100 pour les amputations de jambe. Enfin, en 1876, à Moscou, la grande commission des pansements a expérimenté les divers modes de pansement; elle a reconnu encore que le meilleur était le pansement de Rose, le pansement sans pansement.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux* (n° 26 et suiv.) : Fracture comminutive et compliquée de la jambe.

Il y a trois semaines, à l'hôpital Beaujon, est arrivé dans mon service un mécanicien du chemin de fer de l'Ouest, ayant les deux jambes broyées; je dus lui faire l'amputation de la cuisse d'un côté et celle de la jambe de l'autre côté. Je ne fis aucun pansement; la plaie resta à découvert; les germes de l'hôpital Beaujon et tous leurs collègues de Paris pouvaient l'infecter, et cependant la guérison est certaine, malgré l'aspect de la plaie dont je vous fais passer la photographie prise avant le nettoyage des croûtes; c'est un vrai pansement sale. En présence de tels faits, que devient l'application de la théorie de M. Pasteur à la chirurgie? Je n'y crois pas du tout.

Mais, avec une théorie fausse, on peut arriver à une pratique excellente. Le pansement de Lister n'est-il pas un bon pansement? Quand on voit tous les chirurgiens de l'Europe s'en déclarer partisans, quelques-uns même s'en faire des apôtres enthousiastes, il est impossible de ne pas reconnaître qu'il y a là-dedans quelque chose de bon. C'est un pansement excellent : il m'a donné des résultats que je n'avais obtenus avec aucun autre pansement. Cependant on l'a un peu trop vanté; trop d'action amène la réaction. Il faut bien admettre qu'on meurt malgré ce pansement: Lister lui-même, qui avait d'abord 43 p. 100 de mortalité dans les amputations de cuisse, n'obtenait dans sa dernière statistique (1870-73) que 24 guérisons sur 33 amputations de cuisse, soit 27 p. 100 de mortalité, et 33 p. 100 pour les amputations de jambe (deux morts sur six opérations).

En 1874, Bardeleben, à Berlin, comptait une mortalité de 62 p. 100 dans les amputations de cuisse. Volkmann (de Halle), un grand partisan du pansement de Lister, comptait (1872-74), sur 14 opérés d'amputation de cuisse, 10 morts, soit 66 p. 100 de mortalité; ultérieurement, il obtint de meilleurs résultats, 12 morts sur 56 amputés de cuisse, soit 21 p. 100; soit, en faisant la moyenne de ses deux statistiques, 30 p. 100 de mortalité. Remarquons encore que, dans ces statistiques, il a compris avec les cas observés à l'hôpital les cas de la policlinique ambulatoire, telle qu'elle est pratiquée dans la ville de Halle et dans les environs.

Or, j'ai moi-même une statistique complète plus favorable : depuis 1868 jusqu'à ce jour, j'ai fait 15 amputations de cuisse, et j'ai obtenu 12 guérisons, soit 20 p. 100 de mortalité; et encore, des trois décès, deux sont survenus deux mois après l'opération. Pour les amputations de jambe, j'ai, sur 15 cas, 11 guérisons, soit 26 p. 100 de mortalité. Mes résultats sont donc supérieurs à ceux de Lister et Volkmann.

J'ai pratiqué le pansement de Lister avec la bonne foi la plus entière, quoique ma conviction ne fût pas bien complète : je l'ai réalisé suivant les leçons de M. Lucas-Championnière. Or, je pense qu'on ne me reprochera pas de l'avoir mal fait, car, si dans de telles conditions un chirurgien des hôpitaux de Paris ne peut le réussir, ce serait vraiment un pansement métaphysique à jamais inaccessible à la pratique.

Je lui ai reconnu, il faut bien le dire, des propriétés irritantes sur les plaies; l'épiderme se détache sur les bords, et l'on craint l'érysipèle. C'est aussi un pansement absolument mauvais pour les plaies qui sont déjà en suppuration, j'ai dû y renoncer absolument dans ces cas. Ajoutons que ce pansement est un peu ennuyeux dans ses détails, et qu'il comporte des choses un peu étranges : que de germes microscopiques passeraient à travers les poussières de la pulvérisation et pourraient infecter la plaie, si, par les lavages et la cautérisation de la plaie par l'acide phénique, ces germes ne devaient pas être massacrés sur la plaie même!

Je veux bien que l'acide phénique soit un antiseptique par excellence, mais une solution ne fermente pas davantage si l'on y ajoute quelques gouttes de camphre ou d'acide phénique; il serait donc inutile d'employer l'acide phénique à une dose si concentrée (1/20e) si l'on ne devait utiliser en même temps ses propriétés caustiques. C'est que, en effet, il produit sur les plaies récentes une modification profonde que je ne puis attribuer qu'à son action caustique. Aussi, après avoir obtenu avec le pansement de Lister

les plus beaux résultats, j'ai cru avoir saisi la cause de ces succès dans ses propriétés fortement astringentes, et j'ai tenté de les reproduire en me servant d'autres substances également astringentes, telles que le sulfate d'alumine neutre, l'alcool, l'alcool camphré, le sulfate de zinc, etc. Or, avec tous ces produits, j'ai obtenu des résultats superbes, tout aussi bien qu'avec le pansement de Lister. Je pouvais donc les substituer à ce pansement dégagé désormais pour moi de toute sa mise en scène et de ses divers inconvénients. Je n'en reconnais pas moins, en dehors de toute théorie, que Lister a fait faire un immense progrès à la chirurgie en nous enseignant un tel pansement, de même que A. Guérin nous a rendu un immense service en démontrant, par son pansement, combien il est utile de faire des pansements rares.

Quant à la prophylaxie de l'infection purulente, en dehors de toute contagion, je pense que cette infection est sous l'influence de l'état général, de la diathèse, de l'état moral, de l'absence d'appétit et de sommeil, de la dépression morale, etc. ; je crois qu'il y a un peu de vrai dans la théorie de l'absorption purulente, je ne dis pas dans l'absorption du pus, mais au moins dans l'élaboration de ses éléments au voisinage de la plaie. Les procédés opératoires, cautérisation, écrasement, galvanocaustique, etc., ont aussi aidé à combattre cette absorption. Ensuite, une cause qui me paraît avoir la plus grande importance, c'est, dans les amputations, de ne pas laisser l'os en rapport avec la suppuration. Lorsque M. Azam (de Bordeaux) est venu préconiser ici la réunion profonde, je l'avais déjà recommandée dans mon Manuel de médecine opératoire : il laissait cependant un drain au contact de l'os, parce qu'il ne croyait pas à la possibilité de la réunion de l'os avec les parties molles, possibilité bien démontrée depuis, car on voit même l'os se réunir à l'os.

Enfin, j'attribue à la compression, exactement et fortement appliquée, mes beaux résultats du pansement de Lister. Autrefois je faisais la réunion profonde, mais je ne pratiquais pas la suture superficielle, afin de permettre à la lymphe plastique en excès de s'écouler au dehors. Aujourd'hui je fais la réunion par la suture superficielle, que je ne repousse plus ; depuis que je fais les lavages astringents sur les plaies, je place un simple drain, en évitant absolument de le laisser au contact de l'os.

Quant à la contagiosité, elle a lieu dans des conditions qui nous échappent, sous des influences générales, diathésiques, etc. Il se fait une perturbation spéciale de la plaie, surtout lorsqu'il se développe un virus particulier, endogène, venant de l'individu. Il peut alors se porter d'un malade à un autre par une foule de moyens autres que l'atmosphère, comme le redoutent les partisans du pansement de Lister.

En résumé, le pansement de Lister doit être continué dans sa constitution générale, en raison des précautions qu'il comporte, que l'on accepte ou non la théorie. Le bienfait de presque tous les pansements, c'est de ne pas contaminer les malades, de les préserver, autant que possible, de façon que, s'ils échappent à l'infection primitive, ils soient assurés d'être à l'abri du transport des causes d'infection.

Pour terminer, je dois donner mon opinion sur le pansement à l'alcool : il fournit des résultats excellents dans beaucoup de circonstances; il répond à peu près aux indications remplies par le pansement de Lister; là s'arrête son action heureuse sur les plaies. Une fois qu'il a produit la modification spéciale sur la surface des plaies, il doit être remplacé par le pansement humide simple (eau avec alcool ou alcool camphré). Si l'on veut faire de l'alcool une panacée, un pansement utile à tous les temps de réparation d'une plaie, on le compromet inutilement. Il n'est utile que pour modifier la surface d'une plaie récente.

M. PERRIN fait remarquer que c'est absolument la propriété qu'il attribue à l'alcool ; il ne fait le pansement à l'alcool que pour le premier jour, puis il l'emploie en solution étendue.

M. TRÉLAT réclame la priorité au sujet de la théorie de la réunion profonde qu'il a toujours défendue à la Société de chirurgie: la réunion primitive, dans les amputations, repose sur ce que l'os peut se réunir avec les lambeaux. L'objection qu'il a formulée à M. Azam était précisément que le drain, placé au-devant de l'os, empêchait cette réunion de l'os. M. Trélat a toujours admis la réunion profonde, et en a présenté notamment deux exemples à la société.

La séance est levée à cinq heures et demie.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société médicale de l'Élysée nous adresse la lettre suivante :

Monsieur et très-honoré confrère,

Réunis en séance extraordinaire le 17 mars, les membres de la Société médicale de l'Élysée, après avoir pris connaissance de l'arrêté de M. le préfet de la Seine concernant les médecins des bureaux de bienfaisance et avoir délibéré entre eux sur le mode le plus équitable de procéder à ces élections, ont émis les vœux suivants: 1° que la nomination des titulaires ait lieu dorénavant au concours; 2° que ce concours, dont les épreuves seraient essentiellement pratiques, fût jugé par les médecins mêmes des bureaux de bienfaisance et dirigé par un président choisi par eux.

Et afin de protester contre une mesure arbitraire qui, sans aucun avertissement préalable, révoque de leurs fonctions, toutes d'abnégation et de dévouement, d'honorables confrères dont elle blesse la dignité, les membres de la Société engagent leurs collègues du huitième arrondissement à conserver dans leurs fonctions les médecins actuels du bureau de bienfaisance.

La liste ci-jointe, qui peut servir de bulletin de vote, a réuni l'unanimité des suffrages de l'assemblée.

*Les membres du bureau :*

MM. FIEUZAL, président; PETER; vice-président; GOUET, secrétaire général; BOUCOMONT et BLACHE, secrétaires annuels; GUYON, trésorier.

*Huitième arrondissement. — Médecins du bureau de bienfaisance :*

MM. MEZIÈRES, SIRY, PIERRESON, THORENS, DIDAY, LEROUX.

— *Médecins des bureaux de bienfaisance.* — Liste des candidats pour l'élection médicale du dimanche 23 mars 1879, dans le septième arrondissement : MM. les médecins sortants du bureau de bienfaisance de cet arrondissement : Sarret, Fodéré, Bader, Cottin, Passant, Mêne, Roux, Loiseau.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Troisième trimestre de l'année scolaire 1878-79. — 1° *Inscriptions.* — Le registre des inscriptions sera ouvert le lundi 31 mars, et sera clos le samedi 13 avril, à quatre heures du soir. Les consignations seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis de neuf heures à onze heures du matin, et de une heure à quatre heures du soir ; elles seront également reçues les vendredis et samedis de neuf heures à onze heures du matin.

2° *Examens.* — Les consignations pour les examens de doctorat continueront à être reçues les vendredis et samedis de chaque semaine, de une heure à quatre heures. Toutefois, conformément à la décision prise par l'assemblée de la Faculté, les consignations pour le premier et le deuxième examen de doctorat ne seront plus reçues après les dates suivantes : pour le premier examen de doctorat après le 29 mars; pour le deuxième examen, après le mercredi 30 avril.

Il ne pourra être fait de dérogation à ces prescriptions.

Pour les troisième, quatrième et cinquième examens de doctorat, les dates après lesquelles on ne pourra plus se faire inscrire, seront ultérieurement indiquées.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Baillon commencera son cours d'histoire naturelle médicale le lundi 24 mars 1879, à onze heures du matin, dans le grand amphithéâ-

tre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Il traitera de la botanique médicale et fera l'analyse et l'histoire des plantes utiles et dangereuses.

M. Chantreuil, agrégé, suppléant M. le professeur Pajot, commencera le cours d'accouchements le mardi 25 mars 1879, à midi, dans le grand amphithéâtre et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Il fera l'étude de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

— *École pratique.* — Premier cours d'exercice de médecine opératoire. — M. le docteur Reclus, prosecteur, assisté de MM. Boulay, Brun, Jalaguier, Marchant et Méricamp, moniteurs, commencera ce premier cours le lundi 24 mars (amphithéâtre n° 3) et le continuera tous les jours, à une heure. Chaque leçon sera suivie d'exercices pratiques de médecine opératoire, dans le pavillon n° 1.

Les élèves qui ont demandé à suivre le cours mars-avril sont convoqués pour lundi 24 mars, à midi et demi précis, à l'École pratique pour être mis en séries. Les manœuvres obstétricales commenceront en même temps que le second cours après les vacances de Pâques.

Les manipulations chimiques, sous la direction de M. Willm, commenceront à l'École pratique le jeudi 27 mars 1879, à une heure et demie. Les étudiants qui désirent prendre part à ces travaux pourront se faire inscrire à l'École pratique (bureau du chef du matériel) jusqu'au mardi 26 mars 1879, de une heure à trois heures de l'après-midi.

Aucune somme ne sera perçue pour cet objet au secrétariat. Il sera délivré une carte qui servira pour l'admission au laboratoire (École pratique, pavillon n° 6).

— M. le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales à la Salpêtrière, le dimanche 23 mars, à neuf heures et demie.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours de chirurgie de l'appareil urinaire le lundi 24 mars, à quatre heures, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7973.

## Granules ferro-sulfureux
J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

*Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique*

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

## Eau FERRUGINEUSE ACIDULE, GAZEUSE (CORSE). d'Orezza
THÉRAPEUTIQUE

*Faculté de médecine. — Cours de M. Gubler.*

Les Eaux minérales de France... « Pourquoi « allons-nous chercher à l'étranger les Eaux ferrugineuses, acidulées, gazeuses dont nous sommes admirablement pourvus? La Corse ne « fournit-elle pas la *première eau de ce genre*, « comme richesse en acide carbonique libre et en « carbonate de fer? En effet, l'eau d'Orezza, d'après la belle analyse de M. Poggiale, ne contient pas moins de 12 cent. de sel ferrugineux par « litre, tandis que Pyrmont n'en a guère que 5 cent.. « Schwalback 7 et le Pouhon de Spa 9 seulement. »

## Vin et Huile de foie de Morue
**CRÉOSOTÉS** du Dr G. FOURNIER, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, contenant chacun 0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe. (*Exiger sa signature.*)

**Capsules d'Huile créosotée à 0,05**

Préparations créosotées SEULES récompensées a l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, et 10, rue de l'Arcade (Paris).

## Vin bi-digestif de Chassaing
A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

## Maltine Gerbay,
*Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées*

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

*Dépôt dans toutes les pharmacies.*

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

## Maladies de la peau
Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LÉPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le docteur CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc.

Dépôt général à Paris : Pharm. FOURNIER, 56, rue d'Anjou Saint-Honoré. — Et pour la vente en gros : pharm. LABÉLONYE, 99, rue d'Aboufiir, Paris, se trouvent dans toutes les pharmacies.

## Vin de G. Seguin
« C'est un puissant tonique ; pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très-utile « pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue St.-Honoré.

## Solution-Aubin
AU PHOSPHATE FERRIQUE ARSÉNIÉ.

Médication névrosthénique et reconstituante par l'emploi simultané du phosphore, du fer et de l'arsenic combinés à doses thérapeutiques équivalentes, contre : *anémies, chloroses, névroses, chorée, dyspepsie, scrofule, rachitisme, tuberculose, cachexies paludéennes, maladies de la peau, cachexies des maladies chroniques, atonie* sous toutes ses formes. Vente dans les principales pharmacies de France. — Dépôt à Paris : Pharmacie centrale, rue de Jouy, 7, et chez E. Fournier et Cie, rue de Londres, 15 ; Détail : rue d'Anjou Saint-Honoré, 56. — En gros : chez J. Aubin, traverse du Chapitre, à Marseille, 13.

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

## Capsules molles de Bourgeaud
**A LA CRÉOSOTE VRAIE**

**et à l'Huile de Foie de Morue,**

Formule des docteurs BOUCHARD et GIMBERT.

(*Gazette hebd. de médecine et de chirurgie* 1877.)

BOURGEAUD, pharmacien, fournisseur des hôpitaux, 20, rue de Rambuteau, à Paris.

Ces capsules, à *enveloppe très-soluble*, d'*odeur agréable*, *à saveur sucrée*, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indication contraire, 2 centigr. de *créosote vraie* du goudron de hêtre et 50 centigr. d'huile de foie de morue. Les grosses, 5 centigrammes de *créosote vraie* et 2 grammes d'huile de foie de morue.

Dose : 5 à 10 *petites capsules* et 2 à 4 *grosses capsules* matin et soir, ou avant le repas, suivant l'avis du médecin. — LA BOITE, 4 FRANCS.

VIN et HUILES CRÉOSOTÉS. La Btle 5 fr.

## Vin TANNIQUE NATUREL de Bagnols-St-Jean
Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876.

Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies ; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

*Vente en détail : dans toutes les pharmacies.*

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.

Prix : 3 francs la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propriétaire, rue des Ecoles, 18, Paris.

## Papier Lardy,
A L'EXTRAIT DE PIMENT.

Action IMMÉDIATE et CONTINUE, n'occasionnant ni DOULEURS ni DÉMANGEAISONS, mais seulement de la chaleur, une cuisson légère et une vive rougeur.

*Indiqué dans tous les cas où une dérivation énergique est nécessaire. — Inflammations de la poitrine, de la gorge, congestions, douleurs diverses, etc.*

1 fr. 50 la boîte dans toutes les pharmacies.

## Élixir CHLORHYDRO-PEPSIQUE Grez
Nouvelle préparation TONI-DIGESTIVE, d'un goût agréable, basée sur les dernières découvertes de la physiologie, contenant les principes actifs des amers (QUINAS-COCA) associés aux ferments digestifs, PEPSINE CHLORHYDRIQUE et PANCRÉATINE. Employée avec succès contre *dyspepsies, anémies*, et dans les *convalescences*, à la dose de 1 à 2 cuillerées à bouche aux repas. — Gros : LAYAT, r. Rambuteau, 26. Détail : phar.

## Maladies de poitrine.
TRAITEMENT SPÉCIFIQUE PAR LES

**Sirops du Docteur CHURCHILL**

à *l'hypophosphite de soude ou de chaux.*

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Exiger le flacon *carré* (*modèle déposé*), la signature du Dr CHURCHILL et l'étiquette *marque de fabrique* de la pharmacie SWANN, rue Castiglione, 12, Paris. — 4 fr. le flacon. (*Notice franco.*)

## Élixir Prothière
A LA CRÉOSOTE VÉGÉTALE PURE

contre la Phthisie. Accepté sans répugnance et bien supporté par les malades. (TARARE.)

## Épilepsie. Hystérie. Névroses
Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

## Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).
SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et les bronches ; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilége qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

VIANDE, FER ET QUINA

## Vin ferrugineux Aroud
AU QUINA

*et aux principes nutritifs solubles de la* VIANDE.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, *et toutes pharmacies de France et de l'étranger.*

## Fer dialysé Bravais
*pharmacien-chimiste à Paris*

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris 1875. Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabr. et la signature ci-contre

Raoul Bravais

## Pilules de Blancard, approuvées
**par l'Académie de médecine de Paris**

*N. B.* L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

*Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

## Vin Mariani à la Coca du Pérou
Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

N° 35. — MARDI 25 MARS 1879. 52e ANNÉE. MARDI 25 MARS 1879. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

### Fracture comminutive et compliquée de la jambe (1).

II

Dans une leçon précédente sur l'état de ce malade atteint de fracture comminutive et compliquée de la jambe, nous avions examiné quelques-unes des complications qui pouvaient survenir. Le phlegmon diffus, que nous avions prévu, est en partie apparu; nous avons pratiqué deux longues incisions longitudinales pour donner issue au pus, à la bouillie noirâtre qui inondait la région. Le malade allait bien, il mangeait bien; la fièvre était presque nulle, quand, soudain, au dixième jour après la fracture, éclata un accident redoutable auquel nous ne nous attendions pas, une hémorrhagie secondaire. Le mercredi matin, 29 mai, sans que le malade, qui est docile et calme, ait fait aucun mouvement, survint une hémorrhagie abondante. On enleva le pansement et on fit la compression. A la visite, quand j'enlevai les caillots, je constatai qu'ils se prolongeaient dans le foyer de la fracture et non dans les deux plaies faites par les incisions. Le blessé avait perdu 3 à 400 grammes de sang.

J'abreuvai d'alcool camphré pur la plaie qui avait été pansée les jours précédents avec des lotions de guimauve laudanisées. Le lendemain, nouvelle hémorrhagie, au moins aussi abondante que la première; je prescrivis, sans trop y compter, le sulfate de quinine que Sanson dit avoir donné des résultats satisfaisants dans les cas d'hémorrhagies intermittentes. J'arrosai la plaie avec de l'alcool camphré et pratiquai la compression avec de la ouate et une bande. Le lendemain encore une troisième hémorrhagie apparaissait; le diagnostic n'était plus guère douteux. D'où venait le sang? Il s'écoule soit en nappe par les petits vaisseaux divisés de la plaie, soit des artères déchirées elles-mêmes. L'hémorrhagie en nappe est le signe d'une gangrène locale, symptôme souvent précurseur de l'infection purulente. Alors les petits vaisseaux sont atteints soit par une inflammation exagérée, soit par le sphacèle; leurs caillots et leurs parois se désagrègent et le sang suinte à la surface de la plaie. Mais ici, nous n'avions aucun indice d'infection purulente; pas de fièvre, pas de frisson; pouls régulier à 80, température presque normale; pas de diarrhée. Depuis trois jours d'hémorrhagie, cette infection purulente aurait déjà été annoncée par quelque autre symptôme. Au contraire, le sang venait du foyer même de la fracture, de la profondeur des tissus, entre les deux os. La plaie des incisions faites avec le bistouri était nette. Il ne restait donc à supposer qu'une seule cause de l'hémorrhagie; le sang venait de l'une des trois artères principales qui entourent en triangle les deux os de la jambe, savoir: l'artère tibiale antérieure, l'artère tibiale postérieure, l'artère péronière. Ces artères pouvaient avoir été ouvertes par la fracture, sans qu'on ait pu le constater au moment de la fracture où l'hémorrhagie n'a pas été très-abondante. Il arrive souvent, en effet, qu'on n'a pas d'hémorrhagie immédiatement après la lésion des artères dans les plaies contuses, où les vaisseaux sont tiraillés, contusionnés et obturés facilement autant par les caillots que par les fragments de leurs tuniques dilacérées. Mais c'est plus tard, huit, dix, vingt jours après, qu'apparaissent les hémorrhagies dites secondaires. Nous avons donc eu ici très-probablement déchirure d'une des artères que je viens de nommer; le caillot, consécutivement, aura été détruit par la gangrène moléculaire et l'hémorrhagie se sera produite.

Quelle conduite devons-nous tenir en présence de cet accident redoutable? C'est ici que se pose une des plus grosses questions qu'il soit donné à un chirurgien d'examiner. Ce sujet a soulevé jadis une discussion mémorable entre deux chirurgiens éminents, entre Dupuytren, chirurgien en chef de cet hôpital, et Guthrie, médecin en chef de l'armée en Angleterre. Ce dernier prétendait qu'il fallait toujours chercher l'artère au foyer de la plaie et ne pas craindre, pour l'atteindre, de faire des incisions multiples. Dupuytren, objectant que cette recherche est très-difficile, souvent impossible, ou même inutile, voulait qu'on fît la ligature du tronc principal immédiatement. Je me range absolument à cet avis. En effet, à la jambe, on ne sait jamais de laquelle des trois artères vient l'hémorrhagie; on peut donc chercher successivement l'une ou l'autre inutilement et être obligé de chercher la troisième; puis, ce n'est pas tout, on ne sait pas non plus si c'est du bout supérieur ou du bout périphérique que le sang s'écoule, soit, pour les trois artères, six extrémités à rechercher. Toutes ces recherches nécessitent des incisions, des dissections de tendons, des ouvertures de

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 mars 1879.

gaînes qui amèneront plus tard des phlegmons étendus et peut-être des hémorrhagies secondaires. La plupart des chirurgiens ont renoncé à la ligature des artères dans la plaie même et vont la pratiquer sur le tronc principal lui-même.

Dans le cas particulier, si nous étions aux premiers jours de la fracture, je n'hésiterais pas un instant à pratiquer la ligature au niveau du canal de Hunter, à l'anneau du troisième adducteur. Mais, ce que nous observons ici, ce n'est pas une hémorrhagie primitive, c'est une hémorrhagie secondaire. Or, après la ligature de l'artère fémorale, il resterait une place à la gangrène, avec ces os broyés, ces muscles dilacérés; enfin la ligature d'un gros tronc comporte par elle-même des chances d'accidents, soit 25 p. 0/0 de mortalité pour la ligature à l'anneau du troisième adducteur, chances que nous surajoutons à celles que ce blessé n'a déjà que trop par le fait seul de sa fracture compliquée. D'autre part, l'hémorrhagie se reproduira certainement, car, si, depuis hier, elle est momentanément arrêtée par la solution de perchlorure de fer que j'ai versée dans la plaie afin d'arriver jusqu'à la visite d'aujourd'hui sans accident, cet état ne durera pas. Il faut prendre un parti décisif, et je ne vois que l'amputation comme moyen de salut de cet homme.

L'amputation substituera à une plaie anfractueuse, gangréneuse et hémorrhagique, une plaie fraîche et régulière. Enfin, renonçant à l'espoir d'une consolidation peu probable et qui aurait demandé de longs mois, tout en laissant un membre d'une utilité et d'une commodité problématique, nous donnons à notre malade des chances plus assurées de guérison.

L'amputation acceptée, à quel point la ferons-nous? Il y a quinze ou vingt ans encore, on n'aurait pas hésité à la pratiquer à la partie inférieure de la cuisse, pour obéir à la règle de s'éloigner autant que possible du foyer de la fracture, surtout dans les fractures de cette nature, car, à la partie supérieure de la jambe, on est exposé à rencontrer des foyers purulents. Telle a été la pratique de tous mes maîtres. Cependant j'y ai renoncé très-résolûment, dans la suite, parce que j'ai vu des amputations faites au milieu de foyers purulents guérir aussi bien, j'allais dire mieux, que les autres; maintes fois, j'ai ainsi régularisé simplement des plaies dans des foyers pareils à celui que nous avons sous les yeux, et j'ai obtenu de beaux résultats; à plus forte raison devrons-nous réussir si nous remontons au-dessus du foyer lui-même.

C'est pour ces raisons que je pratiquerai l'amputation à la partie supérieure de la jambe, au lieu d'élection. Les amputations de jambe sont moins graves que celles de la cuisse et ont une différence de mortalité de plus du tiers. Quant au mode d'amputation, les parties molles n'étant guère intéressées au-delà de la région moyenne, on pourrait adopter l'un ou l'autre des procédés opératoires. Je choisirai cependant l'amputation à lambeau externe que je préfère parce qu'elle donne de beaux résultats.

D'autre part, notre blessé a perdu beaucoup de sang; il est pâle, affaibli; nous emploierons la bande d'Esmarch, quoique son usage ne soit ici ni commode ni facile, mais elle est indispensable. Nous panserons le moignon avec l'alcool camphré, suivant notre pratique habituelle, après avoir fait quelques points de suture à la partie supérieure du lambeau et placé un tube de drainage.

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Vidal.

### Du lupus (1).

IV

Le lupus non exedens tuberculeux n'exige pas de suite les scarifications. A l'exemple de Bazin, je le traite par l'huile de noix d'acajou, en frictions répétées tous les trois ou quatre jours.

La formule de M. Hardy est :

| | |
|---|---|
| Eau distillée . . . . . . . . | 30 grammes. |
| Iodure de potassium . . . . | 8 — |
| Iode . . . . . . . . . . . . | 3 à 4 — |

On emploie encore un glycérolé caustique ainsi composé :

| | |
|---|---|
| Glycérine. . . . . . . . . . | 10 grammes. |
| Iode . . . . . . . . . . . . | 5 — |
| Iodure de potassium. . . . | 5 — |

en badigeonnages tous les deux jours ; on recouvre la peau d'une feuille de gutta-percha. La douleur est vive, au moins pendant deux heures.

On a aussi traité le lupus tuberculeux par les pommades caustiques, à l'iodure de mercure, au chlorure mercureux ; cette dernière préparation était la plus employée dans cet hôpital, avant le traitement chirurgical. Ces pommades se prescrivaient ainsi. M. Guibout :

| | |
|---|---|
| Biiodure de mercure . . . | parties égales. |
| Axonge . . . . . . . . . . | |

Les pulvérisations réitérées, avec iodure de mercure au centième, ont aussi été usitées ; on les faisait pendant quatre ou cinq jours, puis, après un arrêt, on les reprenait, etc.

Tous ces moyens sont douloureux, déterminent des cicatrices assez épaisses et plus fortes même que par les caustiques les plus énergiques. Ces derniers ne s'emploient que dans les cas de lupus vorax. M. Hillairet emploie le chlorure de zinc mélangé en parties égales, d'eau ou d'alcool.

Le caustique de Filhos (potasse deux parties, chaux vive une partie), le nitrate de plomb, donnent d'assez bons résultats; mais ils sont plutôt employés pour cautériser les bords de l'épithélioma, l'ongle incarné, etc.

De même le nitrate acide de potasse. Je leur préférerais le fer rouge, le thermo-cautère Paquelin; mais il faut savoir qu'ils n'agissent qu'au prix de destructions profondes.

Mais, au-dessus de toutes ces médications, même pour le lupus non exedens, à plus forte raison pour le lupus exedens, je place le traitement chirurgical. Comme accessoire de ce traitement j'utilise les pulvérisations, car il est important de ne pas laisser de croûtes s'accumuler sur le lupus ; on les fait tomber avec des cataplasmes appliqués trois fois par jour, et même davantage s'il est nécessaire (contrairement à l'opinion de Bazin).

Le pansement se fait à l'iodoforme lorsque les croûtes sont tombées ; M. Lallier emploie l'iodoforme en solution dans l'éther, pour lui faire perdre son odeur désagréable, et en fait des pulvérisations ; l'iodoforme se dépose ainsi sur la plaie. Cette médication est surtout utile pour porter dans les cavités nasales, etc., ce topique qui modifie si bien les surfaces ulcérées par le lupus.

(1) Fin. — Voir le numéro du 20 mars.

Dès que ce pansement ne donne que des résultats incomplets, je n'hésite pas à recourir aux scarifications.

Employé d'abord à l'hôpital Majeur de Milan dès 1865, ce traitement par les scarifications était entrevu par Volkmann qui enlevait toutes les productions lupiques avec une curette et raclait la surface du lupus jusqu'à ce qu'il arrivât au tissu sain. Fayel, Hébra, Aubert (de Lyon), etc., ont employé ce raclage avec une curette tranchante par ses bords; quand l'instrument crie et est arrêté par la résistance, on sait qu'on est arrivé sur le tissu sain. D'autres se sont servis de racloirs plats. On chloroformisait les malades, s'il était nécessaire. Assez rapidement, la plaie bourgeonne, la cicatrisation se fait progressivement; mais, sous la cicatrice, souvent on voit par transparence apparaître de nouveaux tubercules de lupus; la récidive est fréquente. Sans doute la cicatrice est plus régulière que par l'emploi des caustiques; mais le résultat est beaucoup moins beau que par les scarifications. Puis, ce procédé a l'inconvénient de n'atteindre que d'une façon inégale le fond de la surface anfractueuse du lupus; on coupe le sommet des montagnes, et on ne touche pas le fond des vallées.

J'avais d'abord fait les scarifications du lupus érythémateux congestif, en me servant simplement d'un scarificateur de la conjonctive avec une lame un peu plus arrondie. Je faisais les scarifications linéaires très-rapprochées les unes des autres, en formant un quadrillé en losange ne dépassant pas la profondeur de un millimètre et demi. Dans une séance suivante, je faisais un nouveau quadrillé, dans un autre sens, de façon à ne jamais repasser dans le même point, mais à atteindre tous les points de la peau.

Fayel modifia la méthode de Volkmann en faisant des piqûres avec une lancette; il avait d'abord employé ce procédé dans le but de faire pénétrer plus profondément les caustiques. Volkmann, en 1861, faisait des scarifications ponctuées, puis appliquait les caustiques (chlorure de zinc et alcool).

Pour les tubercules isolés, Balmanno Squire eut l'idée de faire les scarifications avec une aiguille tranchante analogue à celle qui sert pour les cataractes, mais droite, en fer de lance, avec pointe pas trop aiguë; il obtint de beaux résultats dans le lupus tuberculeux non exedens.

C'est alors que j'étendis ce traitement aux cas de lupus ulcéreux et vorax. Je fais auparavant des pulvérisations d'éther ou des applications de glace mélangée de chlorure de sodium, pour déterminer l'anesthésie locale; l'éther a en outre l'avantage de durcir un peu les tissus, de façon qu'ils se laissent mieux couper sous le scarificateur. Alors je laboure littéralement le lupus de scarifications pour le réduire en bouillie. Je dépasse même en profondeur la hauteur de la lame de l'instrument, dans les cas de lupus vorax.

Si le tubercule siège sous le tissu cicatriciel, je l'atteins avec une aiguille; il présente une certaine sensation de mollesse, tandis que les tissus sains sont résistants; on en suit facilement les sinuosités au-dessous des tubercules qui sont, nous l'avons dit, à des profondeurs variables. Cette opération ne donne pas un grand écoulement de sang.

Avec l'aiguille, on distingue facilement le tubercule de lupus, qui est plus mou, du tubercule de la syphilis, qui est plus résistant.

Balmanno Squire applique, après la scarification, du chlorure de zinc avec de l'alcool. Ce procédé est très-douloureux. Je le remplaçai par l'application de perchlorure de fer; puis je m'aperçus qu'elle était à peu près inutile, et depuis quelque temps je me contente d'appliquer de l'amadou, du papier buvard, sur la surface scarifiée. Dans la journée, la douleur est très-modérée; elle cesse après une heure ou une heure et demie, alors elle est très-supportable. S'il y a du gonflement, on le combat avec des compresses d'eau froide. Trois ou quatre jours après, l'inflammation cesse; on la renouvelle et l'entretient par l'application de l'emplâtre rouge dont nous avons donné plus haut la formule. Puis, six à huit jours après, on fait une nouvelle séance de scarifications. A l'hôpital Saint-Louis, tous les mercredis, je fais une série de quinze ou vingt scarifications, très-régulièrement.

Quant au lupus vorax, il faut aller agir plus profondément et réduire en bouillie tout le tissu malade; on s'assure bien exactement que la pointe de l'instrument pénètre jusqu'au tissu sain. Sa marche envahissante est parfois arrêtée après deux séances de scarifications; je suis très-satisfait de les avoir employées dans ces cas, alors que la méthode des scarifications n'était appliquée qu'aux formes de lupus ulcéreux et tuberculeux ordinaires.

Pour scarifier avec succès le lupus vorax, il faut surtout attaquer la périphérie; après quatre ou cinq scarifications, les cellules de la périphérie tendent à la cicatrisation.

Le nombre des scarifications est infiniment variable. En moyenne (voir thèse du docteur Lelong), on n'arrive pas loin de la guérison avec cinq à huit scarifications; mais alors il reste encore sous la cicatrice de petits tubercules. Je n'abandonne le malade que lorsqu'il n'y en a plus aucune trace. J'ai ainsi des malades, guéris depuis trois ou quatre ans et qui, depuis ce temps, n'ont plus eu besoin d'aucune scarification. D'autres ont une guérison relative; c'est encore pour eux un très-précieux résultat; ils viennent en surveillance tous les trois mois environ, ou plus tôt s'ils s'aperçoivent de l'apparition d'un tubercule. Alors je leur fais une ou deux scarifications, et ils reprennent leur existence sociale.

A la suite de tout ce traitement, il reste une cicatrice lisse, souple, à peine apparente, identique, dans le lupus tuberculeux, à la cicatrice spontanée du lupus érythémateux. Il est difficile, sinon impossible, de trouver mieux.

J'ai fait aussi les scarifications sur les muqueuses; dans un cas de lupus du palais s'étendant jusqu'à la base de la luette et ayant mis à nu le périoste de la voûte palatine, j'ai obtenu par les scarifications un très-bon résultat. De même sur les gencives supérieures; mais, pour atteindre les profondeurs du pharynx, il faudrait une modification dans la forme de l'instrument. Je me contente donc de cautériser avec le crayon de nitrate d'argent et ensuite avec le crayon de chlorure de zinc.

Le malade prend en même temps des gargarismes émollients :

| | | |
|---|---|---|
| Eau d'orge. . . . . . . . . | 200 | grammes. |
| Sirop diacode . . . . . . . | 40 | — |
| Eau de laurier-cerise . . . | 8 | — |

On obtient aussi de bons résultats avec le nitrate acide de mercure préparé d'après la formule Devergie. On touche la surface du lupus, tous les trois ou quatre jours, avec un pinceau imbibé de ce caustique.

## DU BAPTÊME EN OBSTÉTRIQUE (1)

Par M. A. Vanverts,
Professeur d'accouchements à l'Université catholique de Lille.

### I

Cette si grave question du baptême n'est nullement mentionnée dans les *Traités d'accouchements,* sauf dans les *Cours* du professeur Hubert, de Louvain : son importance n'en est pas moins considérable. Il est incontestable qu'elle doit peser du plus grand poids dans les déterminations de tous les accoucheurs, et malheureusement la plupart de ceux qui par leur profession sont appelés à se trouver le plus souvent en présence d'enfants ou d'embryons à baptiser, ignorant absolument ce qu'il y a à faire, ou ne pensent pas à agir, ou baptisent dans des conditions fâcheuses, sans profit pour l'enfant. C'est cette ignorance que je veux combattre; car on ne saurait croire le nombre considérable d'enfants et de germes plus ou moins développés qui meurent sans baptême par la négligence de ceux à qui ils sont confiés. Le nombre des victimes de ce genre par année, en France, est incalculable. Aussi je regarde comme le premier devoir d'un professeur d'une Université catholique de donner à ses élèves toutes les connaissances nécessaires sur ce sujet et de les répandre le plus possible. Ces notions bien établies feront certainement un bien immense.

Il est évident que, sur une question de ce genre, je ne puis m'appuyer que sur les écrits des théologiens versés dans cette étude, et dont l'orthodoxie est parfaitement reconnue. Je ne saurais donc mieux faire que de suivre pas à pas les savantes dissertations physiologico-théologiques du père Eschbach; cet ouvrage autographié n'a pas jusqu'à ce jour été livré à la publicité.

Le sujet se divise naturellement en plusieurs parties :

1° L'enfant vient au monde, sa vie est en danger; il est à terme ou à peu près à terme, comme dans l'accouchement prématuré artificiel. — Devoir imposé au médecin, en l'absence d'un prêtre, de conférer le baptême.

2° Le germe, à une époque plus ou moins avancée de son développement, est expulsé par un avortement *accidentel.* — Devoir du médecin de connaître la conduite à tenir dans ce cas, et, faut-il le dire? l'ignorance est générale, absolue; et pourtant que d'occasions de sauver de petits êtres munis d'une âme! Car, nous aurons occasion de le dire, les avortements, je parle d'*avortements non provoqués*, sont très-fréquents. Voici ce que dit un auteur moderne, Ferdut : « L'avortement est un accident de la grossesse qui est très-fréquent, contrairement à l'opinion de ceux qui observent dans les hôpitaux; et pourtant dans leur sens ces auteurs ont raison, mais ils sont dans de mauvaises conditions pour résoudre un semblable problème; en effet, la plupart des femmes qui font des fausses couches n'entrent pas à l'hôpital, et appellent même rarement un médecin. De tous les avortements, aucun n'est plus fréquent que celui des premières semaines... Les femmes, après un retard de quelques jours, perdent un peu plus abondamment, rendent des caillots, et tout est fini. »

Examinons le premier cas : l'enfant vient au monde à terme ou à peu près à terme, sa vie est en danger, que doit faire l'accoucheur?

En l'absence d'un prêtre, il doit baptiser, en recommandant aux parents de prévenir, quand on conduira l'enfant à l'église pour les cérémonies, que, vu le danger, il a cru nécessaire de le baptiser.

En administrant ce sacrement, le médecin devra avoir l'intention de suivre les pratiques de l'Église. Il se servira d'eau naturelle, bénite ou non bénite, qu'il aura à sa disposition; il articulera nettement les mots de la formule, *assez haut* pour s'entendre lui-même, en même temps qu'il versera l'eau sur le front ou sur une autre partie de la tête, en faisant avec le doigt un signe de croix et en disant : *Enfant, je te baptise au nom du Père, et du Fils, et du Saint-Esprit.*

Dans le second cas, le germe, à une époque plus ou moins avancée de son développement, est expulsé par un avortement accidentel : que doit faire le médecin?

On ne saurait trop insister sur la fréquence de ces accidents; pour ma part, j'ai pu, en faisant pendant quelque temps la constatation des décès dans un quartier populeux de Lille, reconnaître combien souvent de semblables avortements se rencontraient. Et pourtant les déclarations à l'état civil n'étaient faites que quand l'embryon avait un certain développement, quatre, cinq, six mois. Mais que de fois, par contre, dans la pratique, aucune déclaration n'est faite (malgré les recommandations de l'administration et de la loi), et que de fois aussi le produit de la conception est mis à l'écart, sans que l'on ait cherché si la vie existait en lui, sans que l'on ait pensé à lui administrer conditionnellement le baptême! Que faire donc dans ce cas?

Quand les germes, fruits d'un avortement à quelque époque que ce soit, présentent la forme humaine et ont des membres développés, si l'on constate la vie en eux, il faut d'une manière absolue les baptiser. S'ils ne donnent aucun signe de vie, mais ne sont pas encore corrompus, il faut les baptiser sous condition : *Si tu vis, je te baptise,* etc.; s'ils sont déchirés ou corrompus, il n'y a évidemment rien à faire.

Mais, à ce sujet, Cangiamila insiste sur un point important. L'expérience constate que, chez les nouveau-nés ou chez les embryons sortis de l'utérus par avortement, la vie est souvent latente ou comme assoupie et ne se montre par aucun signe extérieur. Il en cite de nombreux exemples; aussi faut-il avant tout penser à administrer le baptême avec de l'eau tiède.

*Autre cas.* — Un embryon, expulsé dès les premiers temps de la conception, dans lequel on ne peut reconnaître aucun membre formé, mais chez qui apparaissent les linéaments d'un fœtus humain qui le distinguent de certaines môles, doit être baptisé sous condition : *Si capax es,* si tu es apte, etc.

Sur ce point, les opinions se sont partagées, mais la nécessité de l'administration du baptême a été surtout soutenue par Florentini avec l'approbation du plus grand nombre des théologiens. L'exactitude de cette thèse dans la pratique a été, on peut le dire, universellement admise.

*Autre cas.* — Un embryon ou un fœtus, rejeté à la suite d'un avortement et encore enfermé dans ses membranes, doit immédiatement, pour que l'on évite sa mort, être baptisé *conditionnellement* sur les enveloppes : *Si es capax,* si tu es apte; après quoi, celles-ci étant enlevées avec précaution, on lui administre *sous condition* de nouveau le baptême, en disant : *Si tu n'es pas baptisé.*

La raison de ce *second baptême conditionnel* est que certains auteurs se refusent à admettre que les enveloppes appartiennent à la substance de l'enfant et qu'ils les regardent comme son vêtement.

Il faut encore savoir ceci : si un produit de conception est tellement exigu et peu formé que l'on ne puisse le baptiser par infusion, on doit le plonger dans un vase quelconque contenant de l'eau tiède et le baptiser par immersion.

Il ne faut pas, dans ces derniers cas, être trop absolu. Le résultat pourra paraître souvent douteux ou nul; mais, vu l'importance du baptême et la facilité de l'administrer en quelque lieu et dans quelque circonstance que ce soit, il sera toujours bon d'agir, puisqu'il n'en peut résulter aucun inconvénient. On aura rempli un devoir de conscience et un devoir au point de vue chrétien.

De plus, car tout a été prévu, si des fœtus humains informes, que l'on appelle monstres, viennent à naître, quelle conduite devra-t-on tenir?

Pourvu qu'ils aient une forme, une apparence humaine, et que l'on puisse constater leur existence d'une manière absolue ou sous condition, il faut les baptiser : *Si vivis, aut si capax es.*

Dans le cas même où le monstre ne présenterait rien d'humain, il faudrait encore baptiser sous condition : *Si tu es homo.* Car les

(1) En annonçant l'apparition du *Journal des Sciences médicales de Lille,* nous avons promis à nos lecteurs de leur faire connaître les travaux *spéciaux* publiés dans ce recueil. Nous tenons notre promesse en publiant ce curieux article du docteur Vanverts.

auteurs modernes affirment que tout être qui vient de la femme est un être humain et est muni d'une âme. Voici ce que dit M. Frédault : « Pendant longtemps on crut à la réalité des monstres; on imaginait que la femme pouvait concevoir avec des animaux et engendrer des petits moitié homme et moitié bête. Une étude plus approfondie a changé ces manières de voir. On a reconnu que la femme ne pouvait concevoir que de l'homme; que la création d'un métis monstrueux entre l'homme et la bête était impossible; en un mot, que la nature ne fait pas de monstres, et que les monstruosités ne sont que des vices de développement par suite d'accidents. »

Le cardinal Gousset, dans sa *Théologie morale*, enseignait la même doctrine : « Quant aux productions irrégulières, nous pensons qu'on doit baptiser tout monstre qui sort du sein de la femme, quelque difforme qu'il soit, quelque ressemblance qu'il puisse avoir avec la brute. »

D'un autre côté, dit Frédault, on n'a jamais vu, ce que l'on croyait autrefois, des formes véritablement monstrueuses, qui rappelassent des formes animales.

Dans le doute, si un monstre est composé d'une ou plusieurs personnes, on doit s'attacher à ces paroles du Rituel : Peut-on discerner si le monstre a une ou plusieurs têtes, une ou plusieurs poitrines, il aura dès lors autant de cœurs, d'âmes et d'individualités distincts, et dans ce cas chacun des êtres devra être baptisé. S'il y a péril de mort et que le temps manque pour que chaque être soit baptisé séparément, on pourra, en versant l'eau sur chacune des têtes, les baptiser en même temps en disant : *Ego vos baptizo*. Quand il n'est pas bien certain que deux personnes soient réunies dans le même monstre, il faut en baptiser une d'abord absolument, et l'autre ensuite sous condition, de cette manière : *Si non es baptizatus*, si tu n'es pas baptisé.

Quand deux têtes sont réunies sur un seul corps, on peut affirmer la présence de deux âmes. L'analyse anatomique, dit Geoffroy Saint-Hilaire fils dans l'*Encyclopédie du dix-neuvième siècle*, démontre que, dans de tels êtres, chaque individu possède en propre un côté de l'unique corps et l'une des deux jambes; et l'observation des phénomènes psychologiques confirme pleinement ce résultat singulier et pourtant incontestable.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 mars 1879. — Présidence de M. Malassez.

### COMMUNICATIONS

**Des éléments du sang.** — M. Hayem continue ses recherches sur le mode de genèse des hématoblastes. Ces recherches ont porté d'abord sur le sang normal, puis sur les organes hématopoiétiques. On sait que les globules blancs ne se transforment pas directement en globules rouges. Voici d'ailleurs les résultats auxquels est arrivé M. Hayem. La lymphe verse constamment dans le sang les éléments destinés à renouveler les hématies. M. Hayem a pu s'assurer que les ganglions lymphatiques du mésentère et du cou chez le chat et le chien contiennent de la lymphe; celle-ci contient des hématoblastes tout formés qui s'imbibent, traités par les matières colorantes, l'irosine et la pirosine. Dans le canal thoracique, les hématoblastes sont moins reconnaissables, mais ils existent en abondance et renferment de l'hémoglobine. Dans la rate, M. Hayem n'a pu encore déterminer rien de précis. Quant à la moelle des os, il est arrivé à des résultats tout différents de ceux de M. Pouchet. Parmi les éléments qu'on y trouve, il y en a quelques-uns qui ne sont que des globules blancs chargés d'hémoglobine. M. Hayem considère comme très-problématique le rôle hématopoiétique de la moelle des os.

En résumé, la formation des hématoblastes provient de ce que dans l'intérieur des leucocytes apparaissent des noyaux qui se fragmentent. Dans l'anémie pernicieuse, on trouve dans le sang des globules blancs de la lymphe qui ne se sont pas débarrassés de leurs hématoblastes.

M. Ranvier rappelle que, dans le quatrième fascicule de son traité d'histologie, il donne des détails sur le développement des vaisseaux et du sang, en particulier sur ce qu'il a appelé les corps vaso-formateurs. Il arrive à cette conclusion que les globules rouges chez les mammifères peuvent être considérés comme de formation intra-protoplasmique. Les globules blancs ne se transforment pas en globules rouges. Les faits de M. Hayem, suivant M. Ranvier, sont absolument hypothétiques; rien, en effet, n'autorise à appeler hématoblastes les granulations des globules blancs qui se colorent par l'irosine. De plus chez les batraciens et les oiseaux les globules ne se développent pas de la même façon; les globules rouges ont la morphologie d'un grain d'amidon. M. Ranvier ajoute que ce n'est pas faire avancer la science que de faire ainsi de l'histologie, et que tout savant jouissant d'une certaine réputation ne devrait avancer que ce qui est prouvé.

M. Hayem dit avoir prouvé que les grains granulo-fibreux de réticulum décrits par M. Ranvier ne sont que des hématoblastes déformés. En outre, on trouve des hématoblastes en grande quantité dans le sang des ovipares.

M. Ranvier demande sur quoi se fonde M. Hayem pour établir que ces granulations forment des globules rouges?

M. Hayem répète que ce ne sont pas des granulations, mais bien des corpuscules ayant une forme définie.

**Spermatozoïdes.** — M. Mathias Duval fait une communication sur le mode de formation des spermatozoïdes par bourgeonnement et par endogenèse.

**Section de la cinquième paire.** — M. Ranvier a sectionné, le 2 janvier, chez un lapin, la cinquième paire; le lendemain, la cornée était trouble. Aujourd'hui elle est insensible, mais le lapin s'est exercé et a appris à défendre son œil. Du côté de la section les poils sont blancs; mais ce sont seulement ceux qui touchent le sol; ils sont noirs à la base.

Chez un second lapin, M. Ranvier a sectionné directement la moitié de l'épaisseur de la cornée, parce que les nerfs pénètrent par la partie antérieure. Le lapin se défend avec la paupière.

Après la section de la cinquième paire, il faut un traumatisme pour amener la suppuration. M. Ranvier croit plutôt à des traumatismes que le lapin se fait lui-même par suite de l'insensibilité de la cornée.

**Des moyens de reconnaître le sexe du fœtus.** — M. Budin a fait avec M. Chaignot, sur ce sujet, à l'hôpital des cliniques, une série d'expériences qui montrent qu'il n'y a aucune relation entre le nombre des battements et le sexe du fœtus. Le poids du fœtus n'agit pas davantage.

**Ictère des nouveau-nés.** — M. Albert Robin a trouvé un produit nouveau dans l'urine d'un nouveau-né ictérique; c'est une matière spéciale, composée de masses jaunes, de corps très-irréguliers, d'un volume variable, tantôt isolées, tantôt contenues dans des tubules. MM. Robin et Parrot regardent ces masses jaunes comme des transformations des globules rouges.

La séance est levée.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 mars 1879. — Présidence de M. Hervieux.

### COMMUNICATIONS

**Pleurésie purulente; empyème; guérison.** — M. Blachez présente une jeune fille de quatorze ans, qui a subi au mois d'octobre dernier l'opération de l'empyème. Cette jeune fille, l'aînée de sept enfants, tous en parfaite santé, douée d'une constitution très-vigoureuse, n'avait jamais été malade, lorsqu'elle fut prise en peu de temps de fièvre hectique, d'un état général grave et de

tous les signes d'une pleurésie occupant tout le côté gauche. En présence de certains symptômes, MM. Blachez et Chalvon, qui soignaient ensemble cette malade, pensèrent avoir affaire à un épanchement de mauvaise nature, et M. Blachez proposa de pratiquer une ponction exploratrice. Cette ponction donna issue à quelques gouttes d'un pus d'une si horrible fétidité que l'idée d'une gangrène de la plèvre se présenta aussitôt à l'esprit de M. Blachez, qui retira le trocart et proposa à la famille de pratiquer l'opération de l'empyème. Cette opération fut faite le lendemain par M. Blachez, assisté de M. Chalvon et de son interne. Une large ouverture fut pratiquée dans le huitième espace intercostal du côté gauche. Dans l'incision de la paroi thoracique, une artère volumineuse fut ouverte, qui donna lieu à un écoulement de sang assez considérable ; cette artère fut liée, non sans difficulté. M. Blachez ouvrit alors la plèvre avec beaucoup de précautions. A peine l'incision fut-elle faite qu'une hémorrhagie extrêmement considérable se produisit. Le pus et le sang s'écoulèrent en abondance. Ces messieurs ne restèrent pas moins de deux heures auprès de la malade avant de pouvoir se rendre maîtres de l'hémorrhagie. La compression avec les doigts ne l'arrêtait que momentanément; ce fut à l'aide de mèches imbibées de perchlorure de fer qu'on parvint enfin à l'arrêter. Dès le lendemain, la plaie fut débarrassée, deux gros tubes à drainage y furent introduits, et on commença les lavages avec la solution phéniquée au trois-centième.

Très-peu de jours après l'opération, une amélioration considérable se produisit déjà dans l'état de la malade. On faisait trois lavages par jour. Trois semaines après, on ôta l'un des drains et on remplaça l'autre par un plus petit. Celui-ci fut complètement retiré trois mois après. Mais chaque jour on introduisait une sonde à l'aide de laquelle on faisait encore une injection. Quinze jours après qu'on eut retiré le tube, il se forma un abcès qui nécessita la réouverture de la plaie et l'introduction d'un nouveau drain. Chez cette jeune fille, l'opération avait été suivie, comme l'avait annoncé M. Blachez, d'une inflexion considérable du thorax et d'une torsion très-marquée de la colonne vertébrale. Aujourd'hui, quatre mois après l'opération, cette jeune fille jouit d'une santé parfaite et ne présente plus aucune déformation.

**Tumeur du corps thyroïde.** — M. GOUGUENHEIM présente un jeune homme qui, depuis deux ans, est atteint de cornage, sans aucune altération de la voix, sans que l'examen du larynx ait fait constater aucune lésion, et sans que le malade accuse aucun trouble. C'est tout à fait par hasard qu'on s'est aperçu qu'il portait au cou une tumeur assez volumineuse, quoique ne faisant pas saillie à l'extérieur, mais profondément située, prenant son point de départ dans le corps thyroïde et comprimant la trachée. Cette tumeur paraît fluctuante; ce serait donc à un kyste qu'on aurait affaire. L'iodure de potassium donné à l'intérieur n'a amené aucune modification.

**Double anévrysme.** — M. DUJARDIN-BEAUMETZ rappelle que, dans la dernière séance, M. Vallin a rapporté l'observation d'un malade ayant présenté un triple anévrysme. Le lendemain même, M. Beaumetz recevait dans son service un homme d'une quarantaine d'années qui ne se plaignait que de fatigue.

En l'examinant, on reconnut qu'il présentait des battements visibles à la partie antérieure de la poitrine, et le premier diagnostic porté fut celui d'anévrysme de la crosse de l'aorte. En poussant plus loin l'examen, on s'aperçut qu'il portait également dans le dos une tumeur pulsatile encore plus volumineuse que celle de la partie antérieure. Cet homme n'offre aucun des signes fonctionnels des anévrysmes. Il a été examiné par M. Franck, qui a pris des tracés caractéristiques.

M. HILLAIRET fait observer qu'on ne s'aperçoit pas toujours de l'existence d'anévrysmes. Il a fait, en 1876, l'autopsie d'un homme de quatre-vingts ans, qui portait six anévrysmes alternes, dont on n'avait jamais soupçonné l'existence.

**Bronchite chronique.** — M. FERRANT lit, au nom de M. Desplats, professeur à la Faculté libre de Lille, une observation relative à un cas de dilatation des bronches, produite par l'obstruction d'une des principales bronches.

**Muguet œsophagien.** — M. DAMASCHINO montre les pièces histologiques relatives au muguet œsophagien dont il a parlé dans la dernière séance.

Ces pièces confirment de tous points le diagnostic porté par M. Damaschino.

**Lésions des nerfs cutanés dans le pemphigus.** — M. VIDAL a étudié, avec M. Déjérine, son interne, les lésions histologiques des nerfs sous-cutanés dans les bulles du pemphigus. Ils ont constaté que ces lésions consistaient dans la disparition des cylindres-axes et dans la fragmentation de la myéline qui donnent au nerf une apparence monili-forme.

La séance est levée.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Élection des médecins des bureaux de bienfaisance.* — Il a été procédé hier dans chaque arrondissement à l'élection des médecins du bureau de bienfaisance. Nous savons déjà que dans plusieurs arrondissements, particulièrement dans les cinquième, sixième et dixième, les médecins sortants ont tous été élus à une grande majorité.

— Dans sa séance du 20 mars dernier, la Faculté de médecine de Paris a présenté, en première ligne : 1° pour la chaire de médecine légale, M. Brouardel; 2° pour la chaire d'histoire de la médecine, M. Laboulbène.

— Le naufrage de l'*Arrogante* vient de coûter la vie à l'un de nos confrères de la marine, M. Toir, aide-médecin.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — L'ouverture des cours du semestre d'été a eu lieu le 15 mars.

— Un concours pour une place de professeur suppléant des chaires de chimie, de pharmacie, de matière médicale et d'histoire naturelle près de l'École de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand, s'ouvrira dans cette ville le 15 juin 1879. — Pour les conditions du concours, s'adresser au secrétariat de l'Académie à Clermont-Ferrand.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Marty (Joseph-Émile), docteur en médecine, né à Fontenay-le-Comte (Vendée) le 6 juin 1852, est institué suppléant des chaires de médecine, pour une période de six années.

Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 1er juin 1879. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Flaubert, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer, du 1er novembre 1878 au 1er novembre 1879, par M. Duménil, professeur adjoint à ladite école.

M. Olivier (Paul), suppléant pour les chaires de médecine proprement dite, est nommé professeur d'hygiène et thérapeutique à ladite école.

— *Hôpital Saint-André de Bordeaux.* — M. le docteur Dubourg est nommé chirurgien-adjoint.

— *Amphithéâtre d'anatomie de l'Assistance publique.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Beaujon, directeur des travaux anatomiques, commencera le cours de médecine opératoire le lundi 21 avril 1879, à deux heures. — M. le docteur Tillaux traitera des amputations. — M. le docteur Schwartz, premier prosecteur, traitera des résections et opérations spéciales. — M. le docteur Henriet, deuxième prosecteur, traitera des ligatures

d'artères. — Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Balzer, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. — Les séries devant être reformées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre à partir du 1er avril.

— M. le docteur Bordier commencera un cours de géographie médicale le mercredi 26 mars, à trois heures, dans le local de la société d'anthropologie, à l'École pratique, et le continuera tous les mercredis à la même heure.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 29 mars 1879, à huit heures et demie du matin, et les continuera les lundis et samedis suivants à la même heure; les lundis seront consacrés aux maladies des femmes.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté à l'hôpital Necker, commencera un nouveau cours de technique microscopique le jeudi 3 avril, à quatre heures, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi, et le continuera tous les jours à la même heure.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques qu'exige journellement la pratique médicale.

On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean Lantier, de une heure à deux heures.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Leçons cliniques sur les maladies du cœur,** professées à l'hôtel-Dieu de Paris par J. Bucquoy, professeur agrégé à la Faculté de médecine. 4e édition. 1 vol. in-8° avec 10 figures dans le texte, broché. — Prix : 3 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**Étude sur la pleurésie qui survient dans le cours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde,** par le docteur La Saigne. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**Contributions à l'étude des myomes utérins et de leur traitement par les injections d'ergotine dans le tissu de l'utérus,** par le docteur Gérard. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7986.

N° 36. — JEUDI 27 MARS 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 27 MARS 1879. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la dernière séance, à l'occasion de quelques observations présentées par M. J. Guérin sur la septicémie puerpérale et sur la théorie étiologique de cette septicémie, M. Depaul, empêché par l'ordre du jour de prendre immédiatement la parole, s'était réservé de le faire après avoir pris connaissance des termes de ces observations. M. Depaul a tenu hier son engagement. On trouvera dans le compte-rendu de la séance le résumé de son argumentation, qui est la reproduction des objections qu'il avait déjà présentées à la théorie de M. J. Guérin dans les deux discussions de 1858 et de 1868. Entre M. Depaul, qui n'a rien cédé de son opposition, et M. J. Guérin, qui maintient intactes ses propositions de 1846, le procès reste dans les mêmes termes. Aussi M. J. Guérin a-t-il jugé à propos de ne faire d'autre réponse que de reproduire à la tribune le texte de ces propositions. Dans ces conditions, nous n'avons nous-même rien de mieux à faire que de rappeler ce que nous disions en 1868 au sujet du même débat : « M. Depaul persiste à opposer à toutes les propositions de M. J. Guérin autant de dénégations formelles, autant de fins de non recevoir motivées sur de prétendues impossibilités physiologiques, anatomiques et pathologiques. En présence, d'une part, de cette opposition systématique, et, d'autre part, de la chaleureuse conviction avec laquelle M. J. Guérin poursuit depuis de longues années, à travers des obstacles et des difficultés sans nombre, la vérification d'une idée qui, si elle était démontrée vraie, pourrait conduire à des applications pratiques importantes, n'est-il pas venu à tout le monde la pensée bien naturelle que l'expérimentation seule peut juger le débat en dernier ressort ? » Cette expérimentation publique, que M. J. Guérin adjurait alors M. Depaul et quelques-uns de ses collègues, d'entreprendre eux-mêmes ou de le mettre à même de faire sous leurs yeux, nous l'attendons encore. Tant qu'elle n'aura pas été faite et qu'elle n'aura pas dit le dernier mot sur le sujet du débat, nous persisterons dans l'adhésion que nous avons donnée à la conception étiologique de M. J. Guérin, en nous fondant sur l'analogie de la plaie placentaire avec les plaies exposées, et sur le souvenir des expériences dont nous avons été témoin et des résultats heureux que nous avons constatés de l'emploi du seigle ergoté chez les nouvelles accouchées, lors de l'épidémie de fièvre puerpérale qui régna dans les salles du service de Louis à l'hôtel-Dieu, en 1845.

Cette discussion nous ramène encore à la séance précédente. A la suite de l'argumentation de M. Hervieux, dans la séance du 11 mars 1879, M. Pasteur avait pris la parole pour exprimer le désir d'avoir des occasions nouvelles d'étudier la fièvre puerpérale. M. Hervieux lui a permis de faire quelques observations dans son service de la Maternité.

Une femme, accouchée depuis quelques jours, était en proie à une fièvre puerpérale très-caractérisée ; la mort était certaine. Elle eut lieu depuis. Les lochies de cette femme, très-fétides, étaient remplies de microbes divers, au nombre desquels se trouvait en grande quantité l'organisme en grains sphériques associés par deux, par quatre, ou formant les chapelets que M. Pasteur a dessinés dans l'une des précédentes séances. Le sang, recueilli au doigt par une piqûre d'épingle, n'offrait que d'une manière douteuse la présence de cet organisme ; mais, ensemencé dans un milieu de culture, ce sang donna un développement, sans mélange de microbes d'une autre nature, de ce même organisme formé de couples de grains ou de chapelets de grains.

Deux nouvelles cultures du sang eurent lieu encore pendant la vie, puis sept heures et trente-deux heures après la mort.

Ces dernières se firent par une gouttelette prise au pied et par du sang de la veine fémorale. Le résultat fut le même, développement à l'état de pureté du même organisme. A l'autopsie, le pus de l'utérus, des trompes, des lymphatiques de l'utérus montrait cet organisme, mais associé à d'autres sous forme de points, de bâtonnets, etc.

M. Maurice Raynaud a envoyé à M. Pasteur du sang et des lochies d'une femme atteinte d'une fièvre puerpérale grave. Les lochies ont donné le même résultat que celles de la femme de la Maternité. A l'hôpital Lariboisière, M. Pasteur a recueilli du sang d'une veine de la cuisse vingt heures après la mort, et, par une ponction, un peu de pus de la cavité du péritoine. La culture du sang montra l'organisme en petits grains, sans association à d'autres organismes. Le pus du péritoine était rempli de cet organisme en chapelets Il y était associé au petit microbe signalé dans une note antérieure comme un générateur très-actif du pus.

Le pus de la femme morte à la Maternité, cultivé de la même manière, donna les mêmes résultats.

Enfin, comme moyen de contre-épreuve, M. Pasteur a examiné les lochies de deux femmes de la Maternité, accouchées depuis quelques jours et en bon état de santé. Les lochies n'avaient pas d'odeur sensible et ne contenaient pas d'organismes visibles au microscope.

Pour revenir à la séance d'hier et nous mettre entièrement en règle avec elle, il nous reste à mentionner deux lectures : l'une de M. Laborde, candidat à la place vacante dans la section d'anatomie et physiologie, sur le développement embryonnaire du cœur, sujet sur lequel il avait déjà fait une première et très-intéressante communication l'année dernière ; la seconde de M. le docteur Collin, médecin inspecteur des eaux de Saint-Honoré, sur un signe diagnostique de la pneumonie liée à l'arthritisme. Dr Brochin.

---

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

### De l'érythème noueux.

I

Je vais vous parler aujourd'hui d'un malade très-intéressant dont voici, en résumé, l'observation. C'est un homme âgé de dix-neuf ans, de constitution robuste, et jouissant d'une bonne santé habituelle quoiqu'il accuse avoir eu, de temps en temps, dans les membres, des douleurs qui, sans être assez vives pour le contraindre à prendre le lit, l'obligeaient cependant à suspendre son travail.

Il y a environ dix-huit jours, cet homme ressentit un peu de malaise : il eut de la céphalalgie et quelques douleurs vagues rappelant plutôt de la courbature que du rhumatisme véritable. Il suspendit son travail et, voyant apparaître sur ses jambes de nombreuses taches rouges, il demanda à entrer à l'hôpital.

A ce moment, nous constatâmes chez lui un léger état fébrile se traduisant au thermomètre par leur élévation de température (39°,6), ainsi qu'un peu d'embarras gastrique caractérisé par de l'inappétence, un léger dégoût des aliments, et par la présence, sur la langue, d'un léger enduit blanchâtre.

Mais ce que cet homme présentait surtout de très-accentué en dehors de ces phénomènes de fièvre et d'embarras gastrique, c'était, sur chaque jambe, à la partie antérieure et un peu externe, une éruption de sept à huit taches d'un rouge un peu rose, s'effaçant à la pression du doigt, légèrement saillantes au-dessus du niveau de la peau, et peu douloureuses à la pression. Cette éruption était limitée à la jambe, car c'est à peine si l'on apercevait à la cuisse trois ou quatre taches très-légères, très-peu accusées, bien moins saillantes que les précédentes.

Ces taches avaient une forme ovalaire dont le grand diamètre était dirigé dans le sens du membre. Elles augmentèrent de nombre ; quelques-unes, d'abord allongées, devinrent rondes ; elles s'élevèrent un peu plus au-dessus de la peau et présentèrent ce caractère spécial que leur saillie était bien moins sensible à la vue qu'au toucher. Elles donnaient la sensation d'un nœud semblant exister à la fois dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Bientôt nous vîmes apparaître une éruption plus étendue ; les avant-bras eux-mêmes devinrent le siége de cinq à six taches moins prononcées qu'aux jambes, mais ayant les mêmes caractères que ces dernières.

Pendant ce temps, à mesure que l'éruption faisait du progrès, la fièvre tombait. La température, le 21 janvier, quatre jours après l'entrée de cet homme à l'hôpital, était descendue à 37°,6. Tout en constatant la marche croissante de l'éruption, nous croyions assister à la convalescence du malade.

Les choses en étaient là, quand, deux jours plus tard, le 23 janvier, la température monta à 39°,2. Le lendemain matin, elle redescendit, mais cette fois pour atteindre le soir jusqu'à 40°. De son côté, le pouls s'élevait à 100 pulsations par minute. Ces phénomènes persistèrent ainsi pendant trois jours.

Quelle était la cause de ce redoublement de l'état fébrile ? Elle n'était pas dans une éruption devenue plus étendue et plus nombreuse, puisqu'au contraire, dans cet intervalle, les taches s'étaient affaiblies et que leur coloration rouge avait fait place à une teinte légèrement bleuâtre, rappelant celles de certaines ecchymoses.

Mais cette cause était trouvée en interrogeant le malade et en l'examinant.

En effet, en même temps que la température commençait à s'élever, il accusait des douleurs légères dans le genou et dans les coudes. Ces douleurs spéciales augmentaient à la pression et par le mouvement. Elles ne s'accompagnaient pas de gonflement dans les articulations et n'étaient autres que le résultat d'une véritable poussée d'arthrite.

Ces douleurs persistèrent pendant quelques jours, et le malade se trouvait enfin un peu mieux, quand hier est survenu un phénomène nouveau, tout-à-fait particulier, mais qui cependant avait un certain lien avec la maladie dont il était atteint.

Il fut pris dans la journée d'une éruption nouvelle de taches considérables, rouges, saillantes, s'accompagnant de démangeaisons extrêmement vives et coïncidant avec une élévation de température allant jusqu'à 40°. Cette éruption, qui s'était montrée le matin à six heures, qui avait envahi le cou, la poitrine, le dos, avait complètement disparu à deux heures de l'après-midi, sans laisser aucune trace de son passage.

Aujourd'hui, si nous examinons l'état actuel de ce malade, nous trouvons les parties qui, quelques heures auparavant, avaient été le siège de cette éruption intense, absolument indemnes. Mais nous constatons sur les jambes des taches rosées, un peu violacées, irrégulières, arrondies autour des genoux et disparaissant par la pression du doigt pour se reproduire aussitôt. Ces taches exanthématiques donnaient en outre, au toucher, une sensation d'induration, comme si elles avaient leur siège non-seulement à la surface de la peau, mais encore dans le tissu cellulaire sous-jacent.

Aux cuisses, cette éruption est à peine marquée ; elle est plus accentuée aux coudes, mais presque nulle aux bras.

Quant à l'état général, il est bon ; la langue est tout-à-fait nette ; le pouls oscille entre soixante-huit et soixante-dix pulsations par minute.

A quelle affection avons-nous affaire ? Il est évident qu'il s'agit de l'éruption décrite sous le nom d'érythème noueux, dans laquelle les taches sont constituées par des espèces de nœuds, de pois, ayant leur siège non-seulement dans la peau, mais dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Quant à celle qui est survenue hier et qui, après avoir persisté pendant quelques heures, a disparu sans laisser de traces, il n'est pas moins certain qu'elle n'était autre qu'une

urticaire, éruption généralisée, constituée par des taches saillantes rouges ou blanches, donnant lieu à des démangeaisons très-vives et susceptible de disparaître spontanément peu de temps après son apparition. Cette urticaire était survenue chez ce malade sous une influence inconnue, peut-être par le fait de l'ingestion d'un aliment et par une prédisposition constitutionnelle.

L'érythème noueux débute ordinairement par un léger malaise, un peu de céphalalgie, un sentiment vague de courbature dans les membres et une légère diminution de l'appétit; quelquefois enfin par un mouvement fébrile modéré, commençant par du frisson et se continuant par l'élévation de la température et la fréquence du pouls.

Quelques heures après ces phénomènes initiaux, on voit apparaître, en certains endroits du corps, des taches rosées, d'abord très-superficielles, ordinairement un peu ovales, avec ce caractère que le grand diamètre de la tache est dirigé dans le sens de l'axe des membres, quelquefois complètement rondes. Ces taches, au bout de quelques jours, deviennent dures et forment au-dessus de la peau une saillie perceptible à la vue, mais appréciable surtout au toucher, qui permet de constater une induration ressemblant quelquefois, par la consistance et le volume, à la saillie que produirait un pois ou même une noisette. Dans certains cas, au lieu de cette sensation qui semble résulter de la présence d'un corps dur dans le tissu cellulaire et la peau, on perçoit une sensation de mollesse particulière, parfois si accusée, que l'on croirait que quelques-unes de ces saillies présentent de la fluctuation. Sensation trompeuse, car jamais ces taches ne contiennent de liquide, si ce n'est dans certains cas dont je vous parlerai tout à l'heure et dans lesquels la suppuration a lieu.

Ces taches sont quelquefois sensibles à la pression, qui développe alors une légère douleur; elles n'existent pas sur tous les points du corps, mais affectent de préférence certaines régions. Ce caractère suffit même pour distinguer l'érythème noueux des autres variétés de cette éruption qui sont généralisées. Leur siège de prédilection est à la jambe et particulièrement à la partie antérieure et externe, ainsi qu'autour des genoux. Quelquefois, comme chez notre malade, on les voit apparaître sur les cuisses; mais en cette région les taches ne sont pas indurées et l'éruption consiste simplement dans une coloration très-limitée de la peau.

En dehors de ces parties, on voit encore assez fréquemment l'éruption apparaître aux avant-bras et autour des coudes, où elle se représente alors avec ce caractère d'induration dont je vous ai déjà parlé. Quelquefois même c'est par là que l'éruption débute.

Quant à la couleur de l'érythème noueux, elle varie suivant l'époque de l'éruption. Roses au début, les taches deviennent bientôt brunes pour présenter ensuite, vers la fin de la maladie, une coloration violette qui rappelle tout-à-fait celle des taches ecchymotiques. C'est qu'en effet, à ce moment, il se fait sous la peau un léger exsudat sanguin et qu'une véritable ecchymose vient se substituer à la lésion primitive.

Je vous ai dit que l'éruption était généralement précédée par un léger mouvement fébrile qui disparaissait au bout de deux ou trois jours. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il n'est pas rare que la fièvre soit entretenue plus longtemps par une complication.

Il arrive en effet assez fréquemment qu'en même temps que l'éruption, on voit survenir dans certaines articulations des douleurs assez vives et même le symptôme d'une véritable arthrite rhumatismale, tels que du gonflement, de la rougeur au niveau des jointures, une impossibilité absolue, même, de la part du malade, d'exécuter le moindre mouvement sans provoquer des souffrances intolérables; en un mot, toutes les complications du rhumatisme articulaire aigu.

J'ai eu, pour ma part, l'occasion de voir à deux reprises différentes l'érythème noueux se compliquer d'une véritable endocardite, caractérisée par un souffle parfaitement net à la pointe du cœur et se manifestant longtemps encore après que la maladie avait complètement disparu.

Il y a donc quelque chose de particulier dans l'addition, non pas constante, comme on l'a prétendu, mais fréquente, à l'érythème noueux, de phénomènes articulaires, consistant le plus ordinairement dans des douleurs plus intenses, limitées à quelques articulations, mais néanmoins assez prononcées pour qu'on puisse constater l'existence d'une arthrite ayant tout-à-fait le caractère du rhumatisme.

---

## DU BAPTÊME EN OBSTÉTRIQUE (1)

Par M. A. Vanverts,

Professeur d'accouchements à l'Université catholique de Lille.

II

Il nous reste, pour terminer cette étude, à examiner la grave question suivante, objet de nombreuses controverses : Un enfant, étant encore dans l'utérus maternel, peut-il être baptisé?

Je ne reproduirai pas les différentes opinions émises; elles sortent du cadre de nos connaissances. Il me suffira de dire que, dès la fin du quinzième siècle, un auteur très-profond, Biel, admettait que l'enfant, encore caché dans l'utérus de sa mère, bien qu'uni à elle, *du moment où l'eau pouvait atteindre son corps* par ablution ou par aspersion, la forme et l'intention étant ce qu'elles devaient être, était baptisé et sauvé.

A partir de ce moment, cette doctrine fut suivie par la plupart des auteurs qui reconnaissaient toutefois le baptême sous condition, c'est-à-dire si l'eau avait pu toucher le corps de l'enfant. En résumé, l'opinion des anciens est si complètement abandonnée et la doctrine moderne est tellement répandue que Ballerini a pu affirmer que l'on pouvait être tout à fait certain de la validité du baptême des enfants encore enfermés dans l'utérus, quand il était conféré suivant l'application voulue de la matière et de la forme.

Il est donc indispensable que les membranes soient rompues; mais on sait qu'à la fin de la grossesse et au moment du travail de l'accouchement, ou elles se rompent d'elles-mêmes, ou l'on peut facilement les rompre et arriver à toucher une partie quelconque du corps qui se présente, la tête de préférence, ce qui arrive le plus souvent, au moyen d'eau déposée dans le creux de la main, ou avec une éponge, ou avec un petit verre, ou enfin, comme l'a pratiqué M. Binaut, professeur de l'école de médecine de Lille, à l'aide d'une seringue portée aussi haut que possible. Ce moyen, bien entendu, ne saurait être employé que quand le col utérin est ouvert (2).

D'où ce précepte formel pour les médecins et pour les sages-femmes de baptiser au moment de l'accouchement, toutes les fois que la vie semble menacée, les enfants encore enfermés dans l'utérus, en ayant soin, si l'accouchement se termine plus tard heureusement, de l'ondoyer de nouveau sous condition, en disant : *Si non es baptizatus*, si tu n'es pas baptisé.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 mars 1879.

(2) M. Verrier n'a fait que reproduire ce qu'avait déjà fait, en 1860, M. Binaut (de Lille); sa seringue spéciale pour pratiquer le baptême intra-utérin ne saurait donc mériter qu'un médiocre intérêt.

Quant à la validité du baptême conféré sur une partie autre que la tête, il faut s'en tenir au Rituel romain qui s'exprime ainsi : Si la tête de l'enfant vient à sortir et qu'il soit en danger de mort, on le baptisera sur la tête, et plus tard, s'il vient au monde vivant, il n'y aura pas lieu de le baptiser de nouveau. Mais, si une autre partie vient à se présenter qui indique par quelque mouvement la persistance de la vie, du moment où il y a du danger, il faut baptiser sur cette partie, et, si l'enfant après sa sortie continue à vivre, on doit le baptiser sous condition. Si, après le baptême sur une partie autre que la tête il sort mort de l'utérus, il doit être enseveli en terre sainte. « Il semble, ajoute le père Eschbach, devoir en être tout à fait de même quand l'enfant a été baptisé dans l'utérus, car il convient d'étendre les faveurs. »

Un enfant, enfermé dans le ventre de sa mère et en danger de mort, peut-il, par le désir ardent de ses parents de lui conférer le baptême, être baptisé rien que par l'ardeur du désir sans être atteint directement par l'onde régénératrice ? Non.

Dans des questions aussi délicates que celles qui viennent d'être traitées, comme on ne saurait trop multiplier les textes, en s'appuyant sur les autorités les plus reconnues, je ne puis mieux faire, en terminant, que de citer le cardinal Gousset dont la *Théologie morale* est universellement appréciée. Voici le texte de cet auteur :

« Pour ce qui concerne le baptême du fœtus, comme, suivant l'opinion la plus probable et la plus communément reçue parmi les auteurs modernes, le fœtus est animé dès l'instant même de la conception, il s'ensuit qu'on doit le baptiser à quelque époque de la gestation qu'ait lieu l'avortement. Si le fœtus étant développé offre la forme humaine et donne manifestement signe de vie, on doit le baptiser sans condition ; si on doute qu'il ait vie, on le baptisera conditionnellement : *Si vivis, ego te baptizo*, etc. On doit baptiser, mais conditionnellement, tout ce qui paraît être un fœtus, qu'il soit avec ou sans enveloppe, pourvu qu'il ne soit pas dans un état de putréfaction, de décomposition ou de désorganisation manifeste. Lorsque le fœtus est enveloppé dans sa membrane, comme cela arrive très-souvent, on le baptise sur l'enveloppe, en disant : *Si tu es capax*, etc., dans la crainte que l'impression de l'air ne le fasse mourir avant d'avoir reçu le baptême. On ouvre ensuite la membrane, et on le baptise de nouveau, sous cette condition : *Si tu non es baptizatus* ; on le baptise ainsi deux fois parce qu'il n'est pas certain que le baptême donné sous l'enveloppe soit valide.

« Toutes les fois qu'on suppose qu'une femme a éprouvé un avortement, on doit examiner avec soin si les môles ou autre matière solide ne renferment pas un fœtus, un embryon ; car, dans le doute même si l'avorton est vivant, on doit le baptiser conditionnellement. C'est aux curés à instruire les médecins et les sages-femmes sur ce point ; les accoucheurs seraient coupables s'ils négligeaient de baptiser les fœtus et les enfants qui, venant avant terme, se trouvent en danger. »

Ce résumé condense, en quelques phrases, ce que nous avons plus longuement exposé.

Mais, qu'on le sache, on n'a pas toujours été aussi unanime qu'aujourd'hui sur la nécessité de baptiser tous les avortons ; on n'admettait point l'animation dès le premier instant de la conception, et de plus quelques-uns étaient d'avis que le respect dû au sacrement devait empêcher de le conférer à ces embryons.

L'archevêque de Malines, en 1851, a approuvé des instructions sur la manière de baptiser les enfants nouveau-nés, à l'usage des accoucheurs et des sages-femmes. Ces instructions ont été préalablement examinées par la Faculté de médecine de Louvain. Elles sont divisées en demandes et en réponses ; elles ont dû rendre les plus grands services et contribuer à sauver un nombre considérable d'enfants.

J'ose espérer que, dans ma sphère d'action, les notions que je viens de rappeler pourront aussi faire quelque bien. Tel est mon but, telle sera ma récompense.

---

## PHYSIOLOGIE DU CŒUR DE L'EMBRYON,

Par M. Laborde.

Ce travail, qui fait suite à une première lecture faite l'année dernière à l'Académie de médecine, a trait aux orifices et aux valvules intra-cardiaques. M. Laborde résume le contenu de ce travail dans les propositions suivantes :

1° Le tube cardiaque paraît, d'après l'observation physiologique, être creusé de très-bonne heure, sinon tout à fait dès le début de sa formation, d'une cavité dans laquelle existe et est en mouvement un liquide incolore, — qui sera plus tard le sang.

2° Ce liquide, mis en mouvement par les premières pulsations rhythmiques du cylindre cardiaque, chemine et circule selon une direction constante déterminée par le sens des contractions elles-mêmes, de l'extrémité veineuse du tube vers son extrémité artérielle.

3° A cette période, il ne paraît pas exister encore, au niveau des orifices intra-cardiaques, de disposition spéciale de nature à réaliser leur occlusion. Cet office est probablement dévolu aux parois contractiles du sinus formé par le confluent des veines omphalo-mésentériques.

D'ailleurs, l'espèce de péristaltisme qui préside, à cette époque, aux contractions successives des diverses portions du tube cardiaque suffit à rendre compte, sans nécessité de tout autre mécanisme spécial, de la progression du liquide dans une direction déterminée et constante.

4° L'adaptation du mécanisme fonctionnel des orifices mitro-cardiaques aux progrès de la formation et du perfectionnement de l'organe embryonnaire se réalise au moyen d'une fente mobile, c'est-à-dire contractile en bi-entonnoir, pour l'orifice auriculo-ventriculaire, comme pour l'orifice ventriculo-artériel ; l'occlusion des orifices respectifs s'opère par les contractions de la portion rétrécie de cette fente, pour empêcher, au moment opportun, le reflux du liquide en circulation.

Du côté de l'orifice bullo-aortique, les bourgeons d'origine des valvules sigmoïdes, et du côté de l'orifice auriculo-ventriculaire les plis ou plicatures qui paraissent constituer les linéaments de la valvule auriculo-ventriculaire, concourent, pour leur part, à cette phase de transition, à assurer et parfaire le mécanisme fonctionnel d'occlusion des orifices.

5° Le fonctionnement exceptionnellement précoce du cœur embryonnaire révèle, au milieu du silence fonctionnel des autres organes ou appareils organiques en formation, un rôle dont la réalité et l'importance semblent avoir été jusqu'à présent méconnus. C'est surtout dans le mécanisme de formation parfaite, c'est-à-dire d'adaptation fonctionnelle des vaisseaux sanguins et de l'appareil entier de la circulation que paraissent nécessaires l'intervention et le concours actifs du cœur en mouvement, quelle que soit d'ailleurs la théorie que l'on adopte pour cette formation. (Renvoi à la section d'anatomie et physiologie constituée en commission d'élection.)

---

## HYDROLOGIE

### DES EAUX BICARBONATÉES SODIQUES FORTES DE VALS.

V

Dans une étude précédente, nous avons vu quelle était la composition de la source Magdeleine, sa richesse en bicarbonate de soude, sa constitution toute spéciale qui en fait l'eau la plus reconstituante de Vals, et nous avons montré ce que le médecin pouvait en obtenir à ce point de vue. Mais à côté de cette action si marquée sur les diathèses modifiables par les alcalins, il nous reste à montrer son action sur le diabète.

Cette maladie a été depuis quelques années l'objet d'études très-remarquables de la part de MM. Lecorché et Cantani. Ce dernier a même trouvé dans un médecin consultant de Vals, le doc-

teur Charvet, un traducteur aussi fidèle qu'élégant. Les théories sur le diabète se sont donc enrichies, son étude s'est agrandie; mais, si nous voulons rester sur le terrain pratique des faits, nous devons nous demander, en simples médecins praticiens : Peut-on tirer un bénéfice de l'usage des eaux alcalines dans le traitement du diabète, et la source Magdeleine offre-t-elle à la pratique un emploi utile?

Clermont (de Lyon) avait étudié avec grand soin les conditions pathogéniques qui produisent l'état diabétique. Il en avait tiré la conclusion que certaines lésions médullaires sont des causes de diabètes. Puis, quittant le champ de la physiologie pure, il avait relevé les altérations constatées à l'autopsie chez les sujets diabétiques, et, laissant de côté toute hypothèse, il avait accepté deux formes de diabète, l'une aiguë et l'autre chronique, toutes deux séparées l'une de l'autre par une énorme distance, la première pouvant guérir, la seconde menant lentement et sûrement au dépérissement. De ces deux formes, la première, curable, trouvait dans les eaux carbo-sodiques de Vals un puissant modificateur.

Or, ces considérations n'étaient pas le résultat de la simple hypothèse : Clermont (de Lyon) était un vrai praticien, très-bon observateur, et placé sur un excellent terrain d'observation.

La forme aiguë du diabète, suite de causes éphémères ou d'un ébranlement général des nerfs sans paralysie, était donc curable.

La forme chronique présentait, au contraire, une paralysie des nerfs vaso-moteurs.

Il fallait donc s'attaquer à cette paralysie des nerfs, paralysie incomplète, et dont on pouvait ralentir les progrès par les eaux alcalines gazeuses de Vals, l'effet de celles-ci étant une excitation du système nerveux, produite par l'acide carbonique, ainsi que l'ont démontré expérimentalement MM. Brown-Séquard et Herpin (de Metz).

La deuxième indication est de s'opposer au dépérissement des malades, et l'usage de ces eaux gazeuses, tout en stimulant l'innervation, a pour conséquence l'amélioration des fonctions assimilatrices.

Par ces deux actions combinées, on peut donc retarder de quelques années le moment d'une terminaison fatale.

Mais, si la paralysie est complète, si le foie est hyperémié, alors les eaux de Vals deviennent toutes-puissantes, et l'observation a démontré que les sources Magdeleine permettent d'obtenir des résultats qui ne laissent aucun doute.

En voici un exemple assez caractéristique, emprunté à la pratique du docteur Clermont :

« M. C... est âgé de cinquante ans, il y en a six qu'il est glycosurique. Longtemps ses urines ont offert 25 sur 1000 de glucose. Nous l'avons nous-même dirigé cinq années consécutives sur Vichy, où il avait reçu les excellents conseils de l'honorable docteur Amable Dubois. Le traitement est favorable, et suspend les progrès du mal.

« La sixième année, il vient nous rejoindre à Vals, le 20 juillet (1). Instruit et intelligent, il sait lui-même analyser ses urines et constate 20 sur 1,000 de sucre. Il a la langue blanche, digère mal, est oppressé, mais ne tousse pas; son pouls en à 72.

« Habitué aux alcalins, il boit six verres par jour de l'eau de la Magdeleine, arrive bientôt à huit et continue ainsi quelque temps. Il prend aussi chaque matin un bain alcalin. Tous les trois ou quatre jours, il constate une diminution dans la production du sucre diabétique; après dix-huit jours de traitement, il en restait à peine des traces. Néanmoins le malade ne s'en va qu'après le vingt-cinquième jour, n'étant plus oppressé, digérant bien et dans de bonnes conditions de santé.

(1) Profitons de cette date pour bien fixer le baigneur sur l'erreur qui consiste à venir pendant ce mois à la station de Vals. La chaleur est ordinairement excessive du 1er juillet au 15 août, et les malades s'en plaignent cruellement. L'époque la plus favorable pour le traitement minéral sur place est le mois de juin et le temps qui s'écoule du 15 août au 20 septembre. Les pluies se chargent alors généralement de fermer la station.

« De retour chez lui, où il ne suit aucun régime particulier, il est pris d'une maladie furonculeuse, effet que nous avons déjà remarqué être produit quelquefois par l'usage des eaux alcalines. Quant à la présence du sucre dans les urines, elle s'est un peu manifestée pendant la jetée furonculeuse pour ne plus paraître depuis cinq mois, qu'en proportion à peine appréciable. »

Nous donnons cette observation comme un type de la marche à suivre dans le traitement du diabète. Il ne faut pas oublier que le malade, dont nous venons de reproduire l'histoire, avait déjà été soumis à un traitement alcalin. Cela explique la quantité de verres qu'il a pu absorber tout d'abord; peut-être même y a-t-il eu un peu excès, et la poussée furonculeuse y pourrait trouver son point de départ.

Mais, dans les cas ordinaires, il faut préparer le malade à cette action alcaline. Toujours il faut débuter par une eau faiblement chargée; c'est pour cela que la Saint-Jean est toujours conseillée pendant les premiers jours, et c'est lorsque l'estomac s'est habitué à cette première impression qu'on peut faire bénéficier le malade de l'usage d'une eau fortement bicarbonatée.

Nous avons évité avec soin d'entrer ici sur le terrain des hypothèses qui encombrent l'histoire du diabète; nous avons voulu seulement montrer tout ce que le médecin peut attendre, dans le traitement de cette maladie, de l'action des eaux bicarbonatées sodiques fortes de Vals, dont le type est la source Magdeleine.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 mars 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Leblanc.

M. le président invite M. Leblanc à prendre place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport de M. le médecin-inspecteur des eaux minérales de Bagnoles (Orne). (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend: 1° une lettre de M. Chatelain, notaire à Paris, qui informe l'Académie que le docteur Stanski lui lègue par testament une rente de 1,000 francs pour la fondation d'un prix à décerner tous les deux ans à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique par infection ou de la contagion à distance en l'étudiant dans les épidémies en général ou au moins dans une maladie épidémique en particulier. Si l'Académie ne trouvait pas un travail, sous ce rapport, digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. Ce prix s'appellera prix Stanski.

M. Chevallier adresse à l'Académie une note accompagnant l'envoi de plusieurs exemplaires d'un travail qui a pour but de faire connaître les graves maladies et même les décès qui peuvent être déterminés par l'usage du pain préparé avec des farines qui contiennent du plomb provenant du métal qui a servi au rhabillage des meules.

### PRÉSENTATIONS

M. Bergeron présente, au nom de MM. les docteurs Dujardin-Beaumetz et Audigé, un volume intitulé: *Recherches expérimentales sur la puissance toxique des alcools.*

M. Jules Guérin, au nom de M. Figuier, présente le tome vingt-deuxième de l'*Année scientifique.*

M. Vulpian, de la part de M. Bitot, professeur d'anatomie à Bordeaux, présente une note, accompagnée de photographies, sur les expansions pédonculaires.

M. Boulay offre en hommage, au nom de M. Henri Parville, le dix-septième volume de ses *Causeries scientifiques.*

**M. BRIQUET** dépose sur le bureau une note de M. Boëns sur la bière.

**M. NOEL GUENEAU DE MUSSY** offre en hommage une brochure ayant pour titre : *Contribution à l'étude de l'amblyopie aphasique.*

**M. TRÉLAT**, à l'occasion du procès-verbal, dépose deux exemplaires d'un travail publié par lui, il y a douze ans, dans les *Annales d'hygiène*, relatif à l'étude des épidémies de fièvre puerpérale observées à la Maternité dans une période de quarante ans.

LECTURES

**Physiologie du cœur chez l'embryon.** — **M. LABORDE** lit un travail ayant pour titre : Recherches sur quelques points de physiologie chez l'embryon et en particulier sur la physiologie du cœur en formation. (*Voir plus haut.*)

## REVUE DE GYNÉCOLOGIE.

I. **Manuel pratique de gynécologie** (première partie), par le docteur de SINÉTY. Paris, O. Doin, 1879. — II. **Leçons cliniques et didactiques sur les maladies des femmes,** par le docteur R. LUDLAM. Paris, Delahaye, 1879. — III. **Considérations sur l'amputation du col de l'utérus,** par le docteur REICHARDT. Paris, O. Doin, 1878.

I. En thèse générale, un manuel ne sert pas à grand'chose, car, dans les ouvrages de ce genre, on laisse forcément bien des points de doctrine de côté, et les règles qui y sont formulées, n'étant pas discutées, ne frappent point suffisamment l'esprit du lecteur. Le livre que M. de Sinéty vient de publier chez O. Doin est une heureuse exception à cette vérité universellement reconnue. Il n'a du manuel que le titre, et il suffirait d'ajouter peu de chose pour en faire un véritable traité classique.

L'auteur a divisé l'étude des maladies des femmes en cinq parties. Les trois premières, seules parues, sont consacrées aux divers moyens d'exploration, aux affections de la vulve et du vagin, à l'utérus. Chaque chapitre est précédé d'une introduction anatomique sur la structure des organes étudiés. L'anatomie pathologique n'est point laissée de côté. M. de Sinéty lui a réservé, avec juste raison, une large part. La métrite est très-remarquablement présentée. Un grand nombre de divisions ont été proposées par les différents gynécologistes. Ces divisions n'ont fait qu'embrouiller cette étude déjà fort difficile par elle-même. Nous croyons avec l'auteur que toutes les formes si complaisamment et si longuement décrites ne sont pas des affections distinctes, mais des manifestations variables d'une même maladie. De même M. de Sinéty ne confond certainement pas la congestion et l'inflammation, qui sont des expressions de processus pathologiques d'essence différente, mais il croit, et nous nous rangeons complètement à sa manière de voir, que, pour l'utérus, il est actuellement impossible d'établir une distinction anatomique ou symptomatique entre elles.

Nous ne pousserons pas plus loin l'analyse de cet excellent livre. Du reste la personnalité de l'auteur ne perce que dans la manière de présenter les questions. La méthode est bonne, car elle est logique. Nous n'adresserons qu'un seul reproche. Puisque M. de Sinéty a cru devoir parler des affections syphilitiques du col de l'utérus, pourquoi n'a-t-il pas signalé une lésion qu'on observe fréquemment et que M. Aimé-Martin et nous-même avons décrite les premiers sous le nom d'hypertrophie exulcérative du col de l'utérus dans la syphilis primitive et secondaire ?

Nous recommandons chaudement la lecture du Manuel de gynécologie, et nous espérons qu'on ne nous fera pas trop attendre le second fascicule, qui, nous en sommes convaincus, sera certainement à la hauteur du premier.

II. MM. les docteurs Claude et Donion viennent de publier chez Delahaye une traduction française des leçons cliniques et didactiques sur les maladies des femmes, faites par le professeur américain Ludlam.

Il est bon de dire dès l'abord que le professeur et ses honorables traducteurs sont des partisans avoués de la doctrine homœopathique. Nous ne pouvons discuter ici ce que l'homœopathie vient faire dans le domaine de la gynécologie. La question nous paraît vidée depuis longtemps en ce qui concerne la doctrine homœopathique en général. Nous ne devons donc retenir de ces leçons que leurs parties vraiment cliniques. Considérées à ce dernier point de vue, elles sont bien conçues, et leur lecture est instructive.

Nous appellerons surtout l'attention sur la vingt-cinquième leçon, consacrée pour sa plus grande part à la démarcation qui doit être établie entre la chirurgie et la thérapeutique dans les maladies utérines. Elle est extrêmement remarquable et dénote chez le savant professeur des idées générales peu communes et auxquelles les médecins américains ne nous avaient pas habitués jusqu'ici.

Dans ce dernier quart de siècle la chirurgie utérine, de rudimentaire qu'elle était, est devenue presque parfaite. Aussi a-t-on une tendance à s'adresser à elle d'une façon presque exclusive dans le traitement des maladies des femmes. Ce développement disproportionné relève de plusieurs causes qu'il suffit d'énumérer pour que leur action soit indiscutée. C'est ainsi qu'on peut noter le scepticisme croissant dans l'esprit des spécialistes à l'égard des effets et de l'efficacité de la médication interne. De plus on a une tendance à abandonner les idées anciennes, surtout les bonnes, et enfin il ne faut pas se dissimuler que la chirurgie est plus populaire que la médecine proprement dite.

Si la thérapeutique est négligée en gynécologie, c'est qu'elle est peu étudiée, c'est que bien des spécialistes n'accordent pas une attention extrême au diagnostic différentiel des maladies de l'appareil génital de la femme.

Et cependant la chirurgie et la thérapeutique sont toutes deux nécessaires ; car, si, dans un grand nombre de cas, la chirurgie intervient d'une façon plus utile, il ne faut pas oublier, dit en terminant le clinicien de Chicago, que les tissus qui composent l'appareil génital interne ont, comme ceux des autres systèmes, une histoire et des relations pathologiques et thérapeutiques qui leur sont propres, tout aussi bien qu'ils ont une histoire et des relations anatomiques, physiologiques et chirurgicales spéciales. On pourrait désirer un classement plus étroit et plus sévère dans les leçons réunies dans ce volume. Le lecteur passe, en effet, d'un sujet à l'autre sans trop savoir pourquoi. Il eût été facile d'éviter ces surprises fatigantes pour l'étude sérieuse et qui ne peuvent plaire qu'à ceux qui parcourront l'ouvrage sans chercher à profiter des bonnes choses qui y sont contenues.

III. M. le docteur Reichardt a soutenu, il y a quelque temps déjà, une thèse dans laquelle, après quelques considérations sur l'amputation du col de l'utérus, il décrit et préconise un mode particulier de pratiquer cette opération, dû au professeur Kœberlé de Strasbourg. Ce chirurgien n'a employé dans ces opérations que l'excision conoïde et dans les cas où le col se laisse amener facilement à la vulve. Il se sert du bistouri et du thermo-cautère du docteur Paquelin.

La malade est placée dans le décubitus latéral, les cuisses fléchies sur le tronc un peu au-delà de l'angle droit.

Cette position est fixée par une écharpe, passée sous la cuisse supérieure et nouée sur l'épaule du côté opposé. — De cette façon aucun mouvement ne peut venir entraver l'opération.

On introduit dans le vagin un spéculum à développement de Charrière, et le col, saisi au moyen de pinces de Muzeux, est attiré doucement à l'orifice du canal génital ; le spéculum est retiré à mesure que l'abaissement de l'utérus se produit. Puis on fait entrer dans la cavité utérine une sonde suffisamment grosse. Elle est confiée à un aide ainsi que les pinces de Muzeux. Le chirurgien incise alors obliquement vers la sonde.

A la moindre hémorrhagie on applique le thermo-cautère. On ménage près de la sonde un lambeau central que le cautère *seul*

coupe en dernier lieu. Cela a pour but de maintenir le col au dehors jusqu'à la fin de l'opération. Quand elle est terminée, on fait une irrigation d'eau froide additionnée de sulfate de soude.

Kœberlé a opéré ainsi vingt-cinq ou trente femmes atteintes de cancers déjà assez avancés. Il a, paraît-il, obtenu un certain nombre de succès ; mais on a négligé de nous fournir des observations ou une statistique sérieuse. Aussi est-il difficile de donner, de ce procédé, une appréciation exacte.

Néanmoins on comprend facilement que l'emploi du cautère Paquelin soit de beaucoup préférable à la ligature et à l'acupressure vantées par Huguier ; l'exécution de ces dernières est en effet compliquée et des plus difficiles.

Il est bien entendu que cette méthode n'est appréciable que lorsque l'abaissement est possible. Lorsque cette faculté manque, c'est à la galvano-caustique qu'il faut avoir recours. Employé par des mains habiles et expérimentées, ce procédé a donné et donnera toujours d'excellents résultats.

Docteur V. de Fourcauld.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Faculté de médecine de Paris.* — *Avis.* — M. de Seyne, agrégé, reprendra ses leçons d'histoire naturelle le samedi 5 avril, à trois heures.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité théorique et clinique de percussion et d'auscultation,** avec un appendice sur l'inspection, la palpation et la mensuration de la poitrine, par E.-J. Woillez, médecin honoraire de l'hôpital de la Charité, etc. 1 vol. in-18, avec 101 figures intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**Manuel d'anatomie.** 2e édition du résumé d'anatomie, livre destiné aux examens et aux concours, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-18, avec 151 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Ve Delahaye et Ce.

**De la rétroversion utérine pendant la grossesse,** par le docteur Ducor. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**La spermatorrhée,** traité des pertes séminales, par le docteur Pouillet, 2e édition. 1 vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**Des opérations préliminaires en général,** par le docteur Kirmisson, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50, — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**Recueil de questions** posées aux cinq examens de médecine et aux accouchements. 18 vol. — Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce, place de l'École-de-Médecine.

**Prophylaxie des teignes,** par le docteur E. Verrier, préparateur à la Faculté de médecine de Paris. In-8° avec 7 figures dans le texte. — Prix : 1 franc. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**La comédie et la musique dans leurs rapports avec la santé,** par le docteur E. Verrier, préparateur à la Faculté de médecine, etc. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**Contribution à l'étude des amblyopies symptomatique, de la syphilose cérébrale,** par Ch. Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi, etc. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**Éloge de Bouvier,** par M. de Saint-Germain, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7998.

**Névroses. — Sirop Collas** au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 ou 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

**Diathèse urique. Pilules Collas** au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

---

**Farine LACTÉE Nestlé**

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or*. — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature HENRI NESTLÉ. — Gros : CHRISTEN frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie CHRISTEN, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

---

**Fumouze — Albespeyres**

FOURNISSEUR DES HÔPITAUX MILITAIRES.

Les produits sont préparés sous la surveillance de MM. FUMOUZE, docteurs en médecine, pharmaciens de 1re classe.

**Vésicatoire d'Albespeyres.**

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action prompte et régulière.—Exiger sur le côté du vésicatoire la signature d'*Albespeyres*.

**Papier ÉPISPATIQUE d'Albespeyres**

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action sure et régulière. La Préparation la plus commode pour entretenir les vésicatoires avec une extrême propreté.

La boîte porte la signature *Fumouze-Albespeyre*.

**Capsules de Raquin**

AU COPAHU, AU GOUDRON, A LA TÉRÉBENTHINE, *Approuvées par l'Académie de médecine*.

Les Capsules Raquin à enveloppe de gluten constituent le meilleur moyen d'administrer le *Copahu*, le *Goudron*, la *Térébenthine*.—Elles sont parfaitement tolérées par l'estomac.

Exiger sur l'enveloppe la signature *Raquin*.

**Papier et Cigares** ANTI-ASTHMATIQUES de Bin BARRAL.

Ils contiennent les mêmes substances que le carton anti-asthmatique du Codex, associées au *Cannabis indica*.

**Pulvérisateur Marinier**

*admis dans tous les hôpitaux.*

Il est facile à nettoyer et s'applique sur tous les flacons;—la pulvérisation peut être graduée, l'obstruction est évitée, les trous n'étant pas capillaires.

**Sirop de dentition du Dr Delabarre**

ex-chirurgien dentiste des hôpitaux de Paris. Employé en friction sur les gencives des enfants, il facilite la sortie des dents et prévient les accidents de la première dentition.

DÉPÔT à Paris, pharmacie d'ALBESPEYRES, 80, faub. Saint-Denis; vente des pulvérisations chez FUMOUZE frères, 78, faubourg Saint-Denis.

---

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

**Eaux-Bonnes** (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilége qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

---

**Capsules et saccharure**

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

LES CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup*.

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

---

**Saint-Raphaël, Vin tannique,**

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

---

NÉVRALGIES — MIGRAINES

**Gelsemium sempervirens**

une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

**ELIXIR ANTI-NÉVRALGIQUE**

une à cinq cuillerées à café en 24 heures.

**TEINTURE DE GELSEMIUM**

en petits flacons pour MM. les Médecins.

Exiger la signature du Dr FOURNIER, pharmacien de première classe. Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

---

MEDAILLE D'ARGENT

à l'Exposition univ. : Paris 1878.

**Granules de Digitaline**

**d'HOMOLLE et QUEVENNE.**

*Approbation de l'Académie de médecine.*

MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

« ...... Les Médecins feront bien de continuer « à prescrire la *Digitaline* de MM. HOMOLLE et « QUEVENNE. »

(*Rapport de l'Acad. de médecine de Belgique*, Bull., t. VIII, 1874.)

NOTA. La VERITABLE DIGITALINE est très-contrefaite. On évitera tout mécompte en exigeant les signatures des *Inventeurs* en *lettres rouges*.

Dr Homolle — [signature] Quevenne — [signature]

DÉPÔT : Pharm. COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

---

SEUL FERRUGINEUX

Honoré nominativement d'une Médaille à l'Exposition universelle de Paris 1878.

**Fer de Quevenne.**

*Approuvé par l'Académie de médecine.*

« ..... C'est, de toutes les préparations ferrugi- « neuses, celle qui, à poids égal, introduit le plus « de fer dans le suc gastrique. »

(*Rapport de l'Acad. de méd.*, Bull., t. XIX, 1854.)

La signature : T. A. QUEVENNE et l'étiquette ronde en *petits caractères* de *quatre couleurs*, distinguent le VRAI FER QUEVENNE des imitations et substitutions impures et inactives.

DÉPÔT : Pharmacie E. GENEVOIX, 14, rue des Beaux-Arts, Paris. [signature] Quevenne

---

**Salicol Dusaule**

DÉSINFECTANT — ANTISEPTIQUE

ANTIÉPIDÉMIQUE — CICATRISANT

(Solution d'acide salicylique dans du méthylène.)

Le peu de solubilité de l'acide salicylique n'avait pas permis d'en tirer jusqu'à présent tout le parti qu'on était en droit d'en attendre comme antiseptique et désinfectant. En employant le méthylène qui le dissout en toutes proportions, on a rendu à l'acide salicylique toute sa puissance antiseptique en y ajoutant l'action désinfectante également très-énergique des phénols et autres hydrocarbures représentés par le méthylène. Le salicol possède en outre l'odeur extrêmement agréable du méthylène; il n'est ni caustique ni vénéneux. Il est donc supérieur aux antiseptiques généralement employés dans le pansement des plaies ou autres usages.

Paris, 97, rue de Rennes, et les pharmacies.

---

**Constipation guérie**

*sans purger* par les Pilules du PODOPHYLLE COIRRE. — Ce médicament peut être continué sans danger, même chez les femmes enceintes. — Il guérit radicalement en peu de jours les constipations habituelles les plus opiniâtres.

Prix : 3 fr. — GROS : 79, rue du Cherche-Midi. DÉTAIL : 97, rue de Rennes et dans les pharmacies.

---

**Épilepsie. Hystérie. Névroses**

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

---

**Bain de Pennès, stimulant,**

RECONSTITUANT, SÉDATIF des plus efficaces, employé avec un grand succès depuis 1854 contre *l'anémie, l'appauvrissement du sang, l'engorgement lymphatique, l'épuisement des forces, l'inertie des fonctions de la peau et les rhumatismes.* Remplace les **bains alcalins, ferrugineux et sulfureux,** surtout les **bains de mer.** — Exiger le timbre de l'Etat. 1 fr. 25 le rouleau, avec remise d'usage.

Gros : rue de Latran, 2. — PARIS. Dépôt dans toutes les pharmacies et maisons de bains.

---

**Sirop reconstituant**

**D'Arséniate de fer soluble**

**de A. CLERMONT**

Licencié ès sciences, ex interne des hôpitaux de Paris, pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'emploi de ce produit, d'une absorption sûre et régulière, est indiqué dans les diverses formes de l'anémie, la cachexie paludéenne, la phthisie, les maladies de la peau, les névralgies, le diabète, etc. Prendre de une à quatre cuillerées à café avant les deux principaux repas. Chaque cuillerée à café représente 1 milligr. d'arséniate de fer soluble.

2 fr. 50 le flacon portant la signature ci-contre : [signature] A Clermont

Détail : 25, rue de Grammont, Paris et toutes Phies. Gros : Grillon, 27, rue de Rambuteau, Paris.

---

**Granules antimoniaux du docteur PAPILLAUD.**

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, r. Montmartre.

---

**Sirop du docteur Demesse,**

diurétique (Codex no 380) et sédatif, *à la cissampeline.*

Heureuse modification des formules diurétiques du codex (cissampelos caapeba, associé à la digitale, à la scille, etc.).

Vingt années d'expériences comparatives prouvent la supériorité incontestable de cette préparation dans les *hydropysies, œdèmes rebelles, pleurésies et bronchites chroniques, albuminuries,* et dans tous les cas où les *diurétiques* et les *sédatifs* sont indiqués.

Dépôt général chez M. Legras, pharmacien-préparateur, 222, faub. St-Denis, à Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies. Prix : 5 fr. le flacon.

---

**Elixir et Vin de Coca,**

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alibiles, là où le quinquina est impuissant.

E. FOURNIER et Ce, 56, r. d'Anjou Saint-Honoré.

---

**Elixir ALIMENTAIRE Ducro**

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement. Gros : 20, place des Vosges, Paris.

N° 37. — SAMEDI 29 MARS 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 29 MARS 1879. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### La varicelle et la variole.

Tout le monde sait que la varicelle, longtemps confondue avec la variole ou regardée comme une simple variété de cette maladie, est généralement considérée aujourd'hui comme parfaitement distincte et constituant une espèce morbide à part. Cependant tous les points de la question n'ont peut-être pas été jusqu'à présent suffisamment élucidés, et quelques-uns peuvent laisser subsister des doutes dans les esprits malgré l'affirmation si formelle à cet égard de Trousseau. La symptomatologie, par exemple, ne présente pas toujours des différences tellement tranchées qu'on ne puisse être quelquefois embarrassé, soit qu'on se trouve en présence d'une varicelle qui, au lieu de sa forme bulleuse ordinaire, s'offre sous cette variété de forme pustuleuse dont on verra un exemple plus loin, soit qu'on ait affaire à une de ces varioloïdes de caractère indécis où se voient ces formes transitoires, intermédiaires entre la manifestation bulleuse et la manifestation ecthymateuse du virus variolique. Un moyen plus décisif de trancher la question était, soit d'observer les effets respectifs, au point de vue de la préservation ou de la substitution, de la varicelle par rapport à la vaccine et à la variole elle-même, soit de procéder à des inoculations expérimentales simultanées ou successives de ces différents virus. Ces expériences ont été faites à différentes époques. Voici, en ce qui concerne particulièrement le sujet qui nous occupe, ce que nous trouvons dans une très-bonne thèse soutenue il y a près de deux ans par un ancien interne des hôpitaux, M. le docteur Bez, sur la *contemporanéité des fièvres éruptives*.

Dans un cas où les virus varioleux et varicelleux ont été inoculés simultanément, la variole a suivi son cours, tandis que celui de la varicelle a été interrompu. Dans une inoculation des deux virus avec antériorité de l'inoculation varicelleuse, l'éruption de la varicelle se fit à la date ordinaire de l'inoculation, l'éruption variolique la suivit de près. Dans deux cas d'inoculation variolique seule, la varicelle est apparue, une fois dans la nuit qui a suivi l'inoculation, la seconde fois le septième jour seulement. Dans ces deux cas la variole a débuté en temps voulu et a évolué régulièrement, la varicelle s'est terminée rapidement, commençant à se dessécher dès le troisième jour. On trouve encore, dans le relevé de faits et d'expériences de M. Bez, deux cas de simultanéité de varicelle et de variole inoculée, avec antériorité de l'éruption spontanée de la varicelle. Dans l'un l'inoculation eut lieu le troisième jour de l'éruption de la varicelle et l'éruption variolique apparut à son terme ordinaire d'incubation (du onzième au douzième jour), elle marcha régulièrement. Dans l'autre l'inoculation variolique fut pratiquée le quatrième jour de l'éruption varicelleuse, la fièvre variolique fit invasion dès le septième jour, l'éruption fut discrète et évolua régulièrement.

Voilà des faits de coexistence, chez le même individu, de la variole et de la varicelle, tantôt provoquées, tantôt spontanées, qui, à cela près de quelques modifications légères imprimées à la marche de l'une ou de l'autre affection, semblent parfaitement établir le fait de leur indépendance réciproque. Mais il est plus intéressant encore de voir comment les choses se passent dans une épidémie. On sait que les épidémies de varicelle sont assez rares. Notre confrère de Valenciennes, M. le docteur Manouvriez fils, a eu l'occasion d'en observer une qui a régné dans plusieurs localités de son canton en 1876 et 1877. La relation qu'il nous a transmise nous a paru offrir un assez grand intérêt à divers points de vue, et particulièrement au point de vue qui nous occupe, pour lui donner place ici.

### Épidémie de varicelle infantile à Valenciennes, en 1876-77.

Les cas de varicelle chez les enfants ont été assez fréquents à Valenciennes, en 1876 et surtout en 1877, pour constituer par leur ensemble une petite épidémie, contrastant avec les graves épidémies varioliques qui sévirent, à la même époque, dans une commune du canton de Valenciennes, à Thiant, et à Lille.

Le premier malade observé fut atteint le 17 décembre 1875. En 1876, les cas se répartirent à peu près uniformément. Dans les premiers mois de 1877, leur nombre augmenta, atteignant son maximum en février ; après le mois d'avril, il n'y eut plus que des cas isolés en août, et quelques autres terminaux à la fin de novembre et au commencement de décembre.

En même temps, les communes voisines, Anzin et Raismes, ont aussi présenté un certain nombre de varicelles. Dans le canton de Bouchain, des cas ont été également signalés : quinze à Neuville-sur-Escaut, chez des sujets de un à six ans, et dix à Haspres, sur

des enfants de neuf mois à quatre ans, sans variole légitime concomitante.

Les malades observés par M. Manouvriez sont au nombre de cinquante-sept.

Ces cinquante-sept malades ont fourni deux décès (fille de trois mois et garçon de trois ans).

*Symptômes; incubation.* — Un nourrisson de neuf mois, ne quittant pas la maison, tomba malade huit jours après le début de l'éruption d'emblée chez sa sœur aînée, âgée de trois ans, qui avait contracté la varicelle à l'asile, sans qu'il fût possible de découvrir pour le cadet une autre voie de contagion; la période d'incubation ne peut donc avoir duré plus de huit jours. C'est la moindre durée maximum de l'incubation qu'aient offerte les observations; dans cinq autres cas semblables, cette durée a été de neuf, dix, onze, quatorze et quinze jours. D'autre part, une fois, l'incubation ne peut avoir duré moins de huit jours (plus grande durée minimum), car une enfant de six mois fut atteinte d'éruption d'emblée huit jours après avoir été séparée de sa sœur varicellée.

*Invasion.* — La période d'invasion, parfois nulle, généralement d'un ou plusieurs jours, d'une semaine dans un cas, a été marquée le plus souvent par de la fièvre avec accablement, anhélation, assoupissement et tristesse, de la courbature et des douleurs dans les membres, quelquefois par une toux légère, chez un sujet par de la conjonctivite passagère, chez un autre par de l'embarras gastro-intestinal, chez un dernier enfin par de la diarrhée; ailleurs, c'étaient des nausées, trois jours, ou des vomissements, cinq et huit jours avant la sortie de l'éruption; une autre fois enfin, des convulsions répétées annoncèrent, deux ou trois jours à l'avance, une varicelle dès le début compliquée de broncho-pneumonie.

*Éruption.* — Toujours discrète, même chez les enfants non vaccinés, elle s'est souvent faite par poussées successives au tronc, à la tête (front et cuir chevelu) et aux membres, la face a souvent été respectée.

Elle a affecté les deux formes ordinaires : vésiculeuse et pustuleuse.

1° La *forme vésiculeuse* consiste, au début, en des taches rouges surmontées de vésicules de moyenne dimension, acuminées ou subglobuleuses, quelquefois irrégulières et multilobées, renfermant une sérosité primitivement transparente, déjà un peu louche après vingt-quatre heures. Quelques vésicules se déchirent alors à leur centre, et laissent suinter leur liquide visqueux et citrin, qui se concrète partiellement entre les bords de l'ouverture. La dépression brunâtre centrale des vésicules, qui résulte de cette rupture, figure une sorte de *cratère*, qu'au premier aspect on confondrait facilement avec l'ombilic des pustules de variole; mais l'examen minutieux avec la loupe donne vite raison de cette fausse ombilication. Les croûtes se forment rapidement et tombent après six ou huit jours, laissant de simples maculatures temporaires.

2° La *forme pustuleuse* est caractérisée par des taches rouges, vineuses chez les sujets débilités, avec pustules centrales plus ou moins volumineuses, d'abord séreuses, bientôt purulentes, avec auréole inflammatoire, quelques-unes nettement ombiliquées, semblables en un mot à celles de l'ecthyma. Sa durée est quelquefois assez longue, puisque la chute des croûtes a pu se faire attendre trois semaines. Il n'est pas rare de constater, à la suite, des cicatrices apparentes, déprimées même, comme celles de la varioloïde.

M. Manouvriez a observé chez un nourrisson cachectique de seize mois, vacciné, une varicelle à volumineuses pustules noires, ombiliquées et entourées d'une auréole violacée, qui se transformèrent en ulcères larges de 1 à 2 centimètres, et profonds de 1/2 à 1 centimètre, avec eschares dont l'élimination n'était pas encore effectuée au quinzième jour de l'éruption; la réparation ne commença qu'après un mois, et laissa après elle de fortes cicatrices froncées (variété gangréneuse de la forme pustuleuse).

Chacune des formes vésiculeuse et pustuleuse peut donner naissance à l'autre par transmission. Toutes deux aussi, dans certains cas, se rencontrent simultanément sur le même sujet, avec des variétés intermédiaires.

La fièvre d'éruption, généralement légère, a été d'une durée irrégulière.

*Complications.* — Les complications furent, en même temps que l'apparition de l'exanthème, de la broncho-pneumonie (petite fille de quatorze mois, au sein); au deuxième jour, de l'angine, des vomissements; à partir du quatrième, de la diarrhée. Chez un garçon de trois ans, la varicelle, au cinquième jour, s'est compliquée de croup diphthéritique promptement fatal; ce résultat funeste exceptionnel paraît avoir été causé par la rigueur de la saison et spécialement par le vent du nord intense qui soufflait depuis quelque temps. On rencontrait alors des cas fréquents et graves de croup spontané et de faux croup compliquant la rougeole. En somme, sur cinquante-sept cas, il s'est développé deux fois seulement de sérieuses complications : croup et broncho-pneumonie.

*Suites.* — Les convalescents ont présenté de l'affaiblissement, de l'amaigrissement, de la bronchite, des symptômes de gastro-entérite et des furoncles. Enfin, une petite fille de trois mois, débile, mourut d'une méningite développée quinze jours après une varicelle normale.

*Age et sexe des malades et des morts.* — L'épidémie a sévi exclusivement sur les enfants et plus spécialement sur les sujets de la seconde enfance (près des 2/3 des cas).

Il est remarquable qu'aucun adulte, que même aucun adolescent n'a été atteint. Au-dessus de la cinquième année, nous n'avons rencontré que trois malades; ils étaient âgés l'un de six, et les deux autres de neuf ans. Serait-ce parce que les adolescents et les adultes auraient eu déjà dans leur enfance cette maladie, qui ne paraît, en effet, affecter qu'une seule fois le même sujet?

L'inverse a eu lieu pour la varicelle variolique observée, dans le cours de la récente épidémie de variole, à Thiant; sur quarante et un malades, les neuf sujets atteints de varicelle étaient : trois enfants seulement de cinq, six et onze ans, cinq adolescents de quatorze à dix-huit ans, et un adulte de trente-sept ans. Tous les enfants au-dessous de cinq ans ont eu au moins la varioloïde, et tous ceux au-dessous de deux ans (ils étaient six) ont été atteints de variole confluente.

*Contagion.* — Le plus souvent, la maladie a évolué par petits foyers de contagion dans une famille ou une maison en commun, dans un quartier ou une école. Nous nous bornerons aux exemples suivants.

A. *Petits foyers contagieux de quartier.* — Un nourrisson de neuf mois, de la rue des Godets, vacciné six mois auparavant, est atteint de varicelle; l'éruption apparaît neuf jours après, chez sa sœur âgée de trois ans, et, une semaine après celle-ci (2 janvier 1876), chez son frère de cinq ans; ces derniers avaient été vaccinés dans leur première année; trois jours plus tard, la maladie se manifestait chez une petite fille de trois mois, du voisinage, à qui la mère des précédents donnait le sein trois fois par semaine dans sa propre maison.

A trois mois de là, rue des Maillets, dans une habitation dont le fond tient à celui des maisons de la rue des Godets, un petit garçon de trois ans, vacciné, mourait en deux jours (22 avril) d'un croup développé au cinquième jour d'une varicelle. En même temps nous observions, rue des Mauriennes, dans une maison voisine de la rue des Maillets, une éruption (20 avril) chez une petite fille de quatre mois non encore vaccinée.

B. *Petits foyers contagieux d'école.* — 1° *École de jeunes garçons.* — Un jeune garçon de neuf ans, C..., vacciné dans sa première année, atteint de varicelle le 27 décembre matin, après vingt-quatre heures de prodromes, avait gagné sa maladie de son voisin de classe, externe comme lui, qui, une semaine auparavant, était rentré à l'école à peine convalescent. Un autre élève de la même classe, et antérieurement deux élèves de l'école, avaient successivement eu la varicelle dans le courant de la semaine précédant l'éruption chez le voisin de C...

2° *Asile.* — Ce qui s'est passé à l'asile Saint-Joseph peut donner une idée du rôle des asiles dans la dissémination des maladies contagieuses de l'enfance. Dans l'espace d'un mois, six élèves furent successivement atteints, les 15 et 25 janvier, et les 8, 10, 11 et 12 février 1877. Cinq de ces enfants portèrent dans leur famille, en différents quartiers, la varicelle qui, pendant leur séjour d'une à deux semaines chez eux, se communiqua à leurs proches et à leurs voisins ; six autres enfants furent ainsi contagiés, susceptibles de constituer eux-mêmes le point de départ d'autres cas dans le voisinage.

Pour la varicelle, comme pour toutes les autres maladies contagieuses, les convalescents, retournant trop tôt à l'asile, y rapportent incessamment le germe morbide qu'ils y avaient puisé.

C. *Cas isolés.* — Dans quelques cas, il n'a pas été possible de trouver une origine évidente par contagion directe.

La contagiosité de cette maladie, pour être réelle, n'en est pas moins relativement limitée ; car nous avons vu dans la plupart des familles contagiées certains enfants rester indemnes, qu'ils fussent vaccinés ou non. Quelques-uns d'entre eux, il est vrai, avaient déjà eu la varicelle.

*Cas simultané de variole importée.* — Le seul cas de variole légitime, à Valenciennes, pendant cette épidémie, qui soit parvenu à notre connaissance, n'appartient pas en propre à notre contrée ; il résulte d'une importation de variole épidémique de provenance belge.

Il n'en reste donc pas moins établi qu'il ne s'est point produit de variole à Valenciennes, en même temps que la varicelle.

*Influence réciproque de la vaccine et de la varicelle.* — L'épidémie a évolué au sein d'une population dont presque tous les sujets, excepté les enfants de moins de huit mois, étaient alors vaccinés.

Sur les cinquante-sept malades observés, quarante-huit étaient vaccinés, quarante-six depuis peu de temps, deux depuis douze et huit jours, se trouvant par conséquent encore sous l'influence vaccinale première ; chez un garçon de neuf ans seul, cette influence pouvait être supposée affaiblie, car l'autre malade du même âge était une petite fille vaccinée dans sa première année et revaccinée sans succès à quatre ans.

Neuf n'étaient pas encore vaccinés, et il importe de remarquer que leur éruption ne fut ni moins discrète, ni plus profonde, ni autre d'ailleurs, que celle des vaccinés.

D'autre part, trois non vaccinés furent épargnés, bien qu'exposés à la contagion ; l'un d'eux, notamment, n'avait jamais cessé de cohabiter avec son frère atteint.

Enfin, les adultes restèrent, comme on l'a vu, tout à fait indemnes ; il est pourtant permis de croire que, pour un certain nombre d'entre eux, la puissance vaccinale devait être épuisée ou tout au moins affaiblie.

Pour juger de l'influence de la varicelle sur le développement ultérieur de la vaccine, M. Manouvriez a inoculé du vaccin à trois enfants non encore vaccinés qui venaient d'avoir la varicelle douze, dix-huit et vingt et un jours auparavant ; des pustules de vaccine vraie se développèrent chez eux, et elles évoluèrent comme si ces sujets n'avaient pas été varicellés. Le vaccin provenant du dernier de ces enfants réussit sur deux autres, dont un, âgé de dix mois, avait aussi eu la varicelle six mois auparavant.

La vaccine n'a donc ni prévenu ni atténué la varicelle, et, réciproquement, celle-ci n'a point détruit la réceptivité vaccinale. On ne devra, par conséquent, point se fonder sur l'existence antérieure d'une varicelle, même laissant des cicatrices varioliformes, pour ne pas vacciner les enfants.

*Traitement.* — En dehors des complications, le traitement a été presque exclusivement hygiénique, ce qui ne veut point dire sans importance.

La forme gangréneuse a été traitée avec succès par de fréquentes fomentations avec le vin aromatique tiède et par l'administration combinée de l'huile de morue et du vin de quinquina, dans le but de remédier à la cachexie générale, cause réelle de cette anomalie de l'éruption.

Dans ces derniers temps, s'inspirant de la méthode prophylactique de désinfection du malade, mise en pratique par les Anglais dans toutes les maladies exanthématiques à desquamation, M. Manouvriez a fait onctionner deux fois par jour toutes les vésico-pustules avec de la pommade camphrée. La contagion dans les familles a pu ainsi être évitée, mais les faits sont encore en trop petit nombre pour qu'on puisse se prononcer définitivement sur l'efficacité de ce moyen.

*Nature spécifique.* — La varicelle n'est pas de nature variolique ; et voici les faits qui, dans cette épidémie, ont milité en faveur de sa spécificité propre.

D'une part, les non-vaccinés ne se sont pas montrés plus prédisposés que d'autres à contracter la maladie ; et les nouveaux vaccinés ont fourni un fort contingent de malades, alors que les anciens vaccinés étaient épargnés.

D'autre part, des enfants non encore vaccinés, récemment varicellés, ont pu être vaccinés avec un succès contrôlé par le transport de leur virus sur d'autres sujets.

Jamais, d'ailleurs, la varicelle n'a donné naissance à la variole par transmission, même aux non-vaccinés ; bien plus, il ne s'est pas produit simultanément de cas de variole légitime dans le foyer de cette épidémie.

Enfin, la maladie est restée spéciale à l'enfance (varicelle infantile), contrairement à la forme varicellique observée dans le cours des épidémies de variole.

Pour surcroît de preuves, on s'est parfois laissé aller à faire ressortir les différences entre la varicelle et la variole plus tranchées qu'elles ne le sont dans la nature.

L'incubation de la varicelle serait, d'après Thomas, plus longue (quatorze à dix-sept jours) que celle de la variole (onze à quatorze jours). Mais il est acquis que, dans quatre observations, elle ne peut s'être prolongée au-delà de onze, dix, neuf, voire même huit jours.

Tandis que, pour les auteurs, la pustule ombiliquée, à cicatrice indélébile, serait exclusivement réservée à la petite vérole, la varicelle se manifesterait seulement par des vésicules suivies de simples maculatures. Mais, sans parler de la fausse ombilication de la forme vésiculeuse de la varicelle, M. Manouvriez a constaté que la pustule de la forme ecthymateuse pouvait être nettement ombiliquée et laisser des cicatrices varioliformes, comme d'ailleurs toute espèce d'ecthyma, celui du tartre stibié par exemple ; et, d'un autre côté, la forme varicellique de la variole est quelquefois uniquement représentée par des vésicules non ombiliquées, suivies de maculatures temporaires.

La varicelle est, de plus, sujette à des complications et des suites analogues à celles de la variole ; et, sans se montrer à beaucoup près aussi grave que cette dernière, elle n'est cependant pas constamment bénigne, ainsi qu'on l'affirme partout, car elle a occasionné deux décès sur cinquante-sept malades.

Mieux vaut avouer que la varicelle, dans sa forme la plus accentuée, ressemble beaucoup à la variole dans sa forme la plus atténuée, à ce point que de bons esprits ont pu se laisser prendre à cette apparence ; mais, si ces deux maladies se ressemblent tant par leurs manifestations extérieures, par leur efflorescence, elles diffèrent essentiellement l'une de l'autre par leur manière de se comporter, par les modifications qu'elles impriment à l'organisme dans ses réceptivités, en un mot, par les réactions physiologico-pathologiques de leur virus.

Comme l'appellation de varicelle a été et est parfois encore indistinctement appliquée à l'une et à l'autre de ces maladies, M. Manouvriez propose de désigner la varicelle qu'il vient d'étudier sous le nom de varicelle infantile, pour la distinguer à l'avenir de la variole varicelliforme.

### Anesthésie chirurgicale par le protoxyde d'azote sous pression.

Grâce aux belles expériences de M. Paul Bert sur le protoxyde d'azote, dont nos lecteurs ont pu suivre les progrès dans les comptes-rendus de la Société de biologie, cet agent

dont l'usage était resté jusqu'à présent restreint aux opérations de très-courte durée, et à peu près exclusivement confiné dans la pratique de l'art dentaire, peut, dès à présent, à la condition d'être employé sous pression et mélangé à une proportion déterminée d'oxygène, être considéré comme applicable aux grandes opérations chirurgicales. Au fait déjà très-intéressant que M. Paul Bert a rapporté dans la séance de la Société de biologie du 15 février, dans lequel M. Labbé, assisté de MM. Préterre, Regnard, Lafont et Paul Bert, a opéré sous une cloche à air comprimé une jeune fille atteinte d'ongle incarné, nous pouvons ajouter aujourd'hui la relation d'une opération plus importante et de beaucoup plus longue durée, dont nous avons été témoin hier.

Sous la direction de M. Paul Bert, M. Péan, assisté de MM. Rotteinstein, Regnard, Nitot et A. Brochin, a opéré, sous l'une des cloches à air comprimé de l'établissement aérothérapique de M. le docteur Fontaine et sous une pression de 17 à 19 centimètres, une malade de l'hôpital Saint-Louis, atteinte d'un carcinome de la glande mammaire.

Étaient présents avec nous, à l'opération, MM. Barrault, Lutaud, Boucheron, Limousin. On avait emmagasiné dans un vaste sac de caoutchouc et dans plusieurs ballons annexés 200 litres d'un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène, dans la proportion de 14,8 d'oxygène pour 85,2 de protoxyde d'azote. La malade, l'opérateur et ses aides entrés sous la cloche, la compression a été commencée à midi cinquante-huit minutes. L'inhalation, confiée aux soins de M. Rotteinstein, a commencé à une heure neuf minutes; la pression était alors tout près de 18. La malade n'a donné aucun signe d'agitation, elle n'a fait aucun mouvement, elle était dans un état de calme et de relâchement musculaire complet lorsque M. Péan a fait, à une heure dix minutes quinze secondes, la double incision elliptique circonscrivant la tumeur. La malade n'a donné à ce moment aucun signe de sensibilité. Le sein était enlevé à une heure douze minutes. L'application des pinces hémostatiques prend environ deux minutes. A une heure quatorze secondes on remplace l'un des ballons de gaz épuisé; à ce moment la malade fait un léger mouvement des deux jambes (jusque-là elle était restée dans une immobilité complète). A une heure quinze secondes, léger réveil, la malade dit quelques mots, porte la main à la plaie et paraît sentir quelque douleur, mais sans se douter que l'opération est faite. On reprend l'inhalation un instant interrompue. Repos absolu pendant que M. Péan procède à la réunion (de une heure quinze minutes à une heure vingt minutes). A une heure vingt minutes, on enlève le sac de protoxyde. Le pansement est fait sous l'air comprimé. Des 200 litres de gaz contenus dans les sacs. il en restait 50. La malade en avait respiré par conséquent 150 litres en 14 minutes, durée totale de l'opération.

A une heure vingt-deux minutes cinquante-cinq secondes, tout étant terminé, la malade, complètement réveillée, s'aide quand on la soulève pour passer le bandage de corps. A une heure 25, elle descend seule du lit d'opération, sans aide.

Le pouls, compté avant l'inhalation, était à 60. Au commencement de l'inhalation, il était monté à 104; quand l'anesthésie a été complète, il est redescendu à 60. Au moment du premier réveil passager, il était remonté à 92 et retombé à 68 dès que l'anesthésie a été reprise. Au réveil définitif il était à 84; dix minutes après la sortie de la cloche, il était à 76.

Nous reviendrons sur cette opération.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Du pronostic au point de vue du degré de perfection de la phonation après les opérations d'uranoplastie et de staphylorrhaphie.** — Dans une leçon publiée par le *Progrès médical*, M. Trélat aborde la question de savoir quel sera le degré de perfection obtenu dans la phonation après les opérations de staphylorrhaphie.

Des chirurgiens avaient remarqué que des individus atteints de grandes divisions semblaient parler mieux que d'autres atteints de petites perforations; ils avaient retrouvé ces différences encore égales après l'opération. Le fait est réel, comment l'expliquer?

M. Trélat a établi les conclusions suivantes dans une communication discutée à la Société de chirurgie (1877).

Tout individu qui, atteint d'une division, a une voûte palatine longue parle bien; tout sujet chez lequel la voûte est courte parle mal, prononce avec peine et nasonne beaucoup.

Certains sujets atteints de grandes divisions parlent mieux que d'autres porteurs de moindres difformités : c'est que les derniers parlent comme nous, par le même mécanisme; mais, comme il leur manque une clef, une branche de leur instrument phonateur, ils ne peuvent pas prononcer et fermer l'orifice postérieur des fosses nasales; de là, leur vice de prononciation. Chez les premiers, au contraire, la largeur de la fente les oblige instinctivement à se servir d'un autre mécanisme que nous; ils ne cherchent pas à prononcer, ils élident les lettres qu'ils ne peuvent pas articuler.

Il faut donc se défier des sujets qui parlent mal avant l'opération; car l'opération, si bien ordonnée qu'elle soit, ne pourra donner à la voûte palatine la longueur qui lui fait défaut. Aujourd'hui, on comprend comment le jeune médecin anglais, opéré par Roux, put venir lire lui-même à l'Institut le récit de sa propre opération, neuf jours après; le sujet était bien conformé. Roux ne connaissait pas ce côté de la question, et il aurait pu avoir une déception avec un malade bien opéré, bien guéri, mais qui n'aurait pu parler que médiocrement. C'est ce qui explique que des chirurgiens, désespérés du peu de résultats de l'uranoplastie, n'en voulaient plus entendre parler.

Quand donc l'on aura des malades dont l'arcade alvéolaire sera intacte, qui parleront bien, on aura un succès; en dehors de ces conditions, on pourra guérir les malades de leur difformité, mais on ne gagnera rien au point de vue de la phonation.

Les vices de phonation ne tiennent donc pas à ce que l'on a opéré trop tardivement, mais à des lésions anatomiques, brièveté de la voûte palatine, conservation incomplète de l'arcade alvéolaire. Tenant compte, en même temps, des données physiologiques, le chirurgien comptera que les malades qui parlent mal avant parleront mal après. Mais, lorsque ces vices ne sont pas très-exagérés, l'exercice assidu, l'éducation méthodique de la prononciation donneront des résultats parfois merveilleux.

**Phagédénisme gangréneux survenu, pendant la variole, chez un malade porteur d'un chancre; perte presque absolue de la verge.** — M. le docteur Saint-Philippe a présenté à la Société de médecine de Bordeaux l'histoire d'un jeune et robuste garçon de vingt ans, entré au service des varioleux. En examinant le *rash hyperémique* qu'il constatait sur la partie sous-ombilicale de l'abdomen, il trouva une chaîne ganglionnaire de l'aine gauche et des traces d'application d'emplâtre de Vigo.

Le malade avoua une légère excoriation dans la gouttière balano-préputiale.

Les symptômes généraux ayant redoublé de violence, le délire étant devenu furieux, la variole prenant le caractère de la confluence la plus absolue, cette érosion fut oubliée pendant les dix ou douze jours que dura le danger. L'odeur spéciale répandue autour du malade rappela l'attention sur cette lésion des organes génitaux; et l'on fut fort surpris de constater que la peau de la verge était noire et desséchée jusqu'à l'extrémité, jusqu'à trois centimètres environ du pubis, c'est-à-dire sphacélée, transformée en une vaste eschare qui se terminait par une zone de coloration rouge vif. Le

lendemain, le gland tombait en détritus et pendait en morceaux. Toute la verge se sphacéla jusqu'à l'endroit précis où s'était arrêté le sphacèle de la peau. Des cautérisations furent pratiquées avec l'acide chromique.

La réparation commença en même temps que la convalescence de la variole ; la plaie bourgeonna. La peau guérit la première, puis le restant de la verge ; ce singulier moignon, long de deux ou trois centimètres au plus, prit peu à peu une forme conique qui rappelait celle du gland. La peau et la muqueuse adhérèrent assez bien pour lui former un véritable fourreau qui le recouvrait presque en entier. Au centre, mais plutôt à la base, se voient deux ou trois bourgeons charnus : c'est là que se trouve l'orifice de l'urèthre, par lequel la miction s'exécute facilement et sans douleur.

M. Saint-Philippe pense qu'il s'agissait là d'un chancre mou, dont les ravages ont été facilités par la malpropreté, les soins insuffisants et la stagnation du pus chancreux sous le prépuce. De plus, l'étranglement, augmenté encore par l'inflammation et le phimosis qui résultent de la pustulation de la variole confluente, a encore été une autre cause locale de gangrène des plus actives.

L'alcoolisme, qui existait franchement chez ce garçon, a pu jouer aussi un rôle dans cette complication.

Enfin, les maladies aiguës intercurrentes, les fièvres d'accès ont été signalées comme favorisant le développement du phagédénisme gangréneux ; il n'est donc pas étonnant qu'une fièvre éruptive si grave ait pu déterminer cet accident. Il semblerait même que dans certaines épidémies, telles que celle observée alors à l'hôpital Saint-André, cette disposition à la mortification des tissus est augmentée, ainsi qu'une tendance très-marquée à la forme hémorrhagique, même dans les varioles les plus discrètes. (*Gaz. méd. de Bord.*)

**Calcul volumineux arrêté en arrière du méat,** chez un enfant de dix ans. — M. Reliquet communique à la Société de médecine de Paris ce fait intéressant par le volume du calcul qui a franchi en peu de temps toutes les voies urinaires, chez un enfant de dix ans, pour s'arrêter au méat.

Cet enfant offrait tous les signes de la rétention d'urine complète. La famille raconte que, il y a quelques jours, il a eu de violentes douleurs dans le ventre ; qu'il souffre pour uriner depuis que ces douleurs ont cessé, et que, depuis le matin, le petit malade ne peut pas uriner.

On trouve un prépuce long et étroit, mais juste assez large pour découvrir le gland. Dans le méat, très-étroit, est un point noir, qu'au toucher on reconnaît être un gravier. Son volume ne permet pas de le retirer avec une pince ou une curette. M. Reliquet débride le méat du côté de la commissure inférieure, et le calcul sort, la fosse naviculaire étant comprimée d'arrière en avant. Ce calcul a la forme d'une olive : il est constitué par de l'oxalate ; son diamètre transversal est de 7 millimètres et 2/3 de millimètre. Son diamètre longitudinal est de 1 centimètre 1/2.

M. Guibout, appelé chez une vieille dame qui n'avait pas uriné depuis trente-six heures, a constaté la présence d'un calcul faisant hernie à l'ouverture du méat. Pas de coliques néphrétiques antérieures comme dans le cas de M. Reliquet. Le calcul fut saisi avec des pinces et extrait facilement.

M. Gillette a extrait, sur un homme de cinquante ans, un calcul placé à la partie moyenne et inférieure de la verge, où il présentait la dureté d'un noyau de cerise. Une incision pratiquée à la peau permit d'opérer rapidement l'extraction. La muqueuse uréthrale ne fut pas atteinte par l'incision, le calcul étant situé au-dessous de cette membrane.

Les calculs peuvent en effet se développer dans des loges. Dans les cas de gravier de l'urèthre, un calcul peut se fixer et laisser passer une sonde. Ce fait s'est produit, d'une manière irrécusable, à la seconde séance de lithotritie opérée sur Napoléon III. Dans le cul-de-sac du bulbe, on peut passer très-aisément sur un calcul.

Quant au débridement du méat, ajoute M. Reliquet, on a de tout temps proposé de le faire en bas, sauf dans le cas où la disposition du méat serait très-près du frein. L'incision en bas peut se faire sur le raphé ; en haut, elle expose à atteindre le corps spongieux, à provoquer une hémorrhagie, et même l'inflammation de ce tissu. (*Un. méd.*)

**Du mode d'action des insufflations de calomel dans l'œil.** — M. Kæmmerer, professeur de chimie, ayant été soumis pendant assez longtemps à des insufflations de calomel, voulut savoir si cet agent n'agissait que par son irritation mécanique, ou s'il agissait aussi par sa résorption sous forme de sublimé. L'examen de son urine, effectué à quatre époques différentes, a prouvé que ce liquide contient, dans de telles circonstances, du sublimé, ce qui prouve que le calomel agit sur l'œil, au moins partiellement, par sa transformation en sublimé, lequel est résorbé par la muqueuse oculaire. (*Virch. arch. et Rev. de thér.*)

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mars 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE

M. Desprès. Lorsque M. Farabeuf a dit que ses fonctions à l'École pratique lui permettaient de voir les cadavres morts d'infection purulente, il laissait entendre qu'il en avait vu un certain nombre venant de mon service ; je tiens à relever cet argument, car M. Farabeuf, qui n'est chef des travaux anatomiques que depuis cinq mois, n'a pu voir depuis ce temps, et même depuis quinze mois, qu'un seul cadavre venant de mon service à la suite de mort par infection purulente. Je vous ai présenté ici même l'histoire de ce malade, auquel j'avais pratiqué une désarticulation sous-astragalienne. M. Farabeuf a ajouté que mes résultats à l'hôpital Cochin n'étaient pas excellents ; je crois que ma statistique des tumeurs du sein (29 opérations, 29 succès) n'est pas à dédaigner. Quant à l'assertion que je fais le pansement à l'alcool, il a suffi de rechercher dans les bulletins de la Société pour voir que, bien loin de reconnaître que je fais ce pansement, M. Lucas-Championnière avait dit que je ne faisais pas plus le pansement à l'alcool que certains chirurgiens ne font le pansement de Lister.

J'ai avancé que les chirurgiens étrangers font des opérations inutiles ; on m'a contesté cette assertion. Cependant je cite, par exemple, dans la statistique des chirurgiens allemands, 23 ostéotomies pour courbures rachitiques des os faites à l'hôpital de Halle ; je vous demande combien vous avez fait d'ostéotomies de ce genre, et je n'enregistre qu'une seule opération de M. Lannelongue. Je crois avoir le droit de dire que c'étaient là des opérations inutiles. Dans cette statistique, on trouve encore que, sur 119 opérations de tumeurs du sein, il y a eu 6 morts, dont une par pustule maligne développée à la suite d'intoxication causée par la ligature de catgut. Le docteur Küster (un Desprès de l'endroit) ayant demandé des explications, on découvrit qu'il y avait encore eu un autre malade atteint d'une intoxication analogue, mais sans terminaison funeste. Il faut donc admettre ou que l'acide phénique ne désinfecte pas suffisamment pour préserver des bactéridies charbonneuses, ou que ce n'était pas de la pustule maligne. Je ne m'arrêterai pas à l'argument tiré de la conservation des prunes dans l'eau-de-vie, car ce n'est pas de la conservation ; le noyau, planté, ne repousserait pas ; la chirurgie n'a pas à conserver des cadavres, mais des sujets vivants.

L'exemple des chirurgiens qui ont accepté le pansement de Lister n'est pas plus convaincant. Que M. Gosselin, dont je respecte l'autorité et l'opinion, ait employé, de guerre las, le pansement de Lister, cela ne m'oblige pas à m'y rallier si, par d'autres pansements, je puis réaliser les mêmes succès opératoires.

Cherchons, encore une fois, si avec les statistiques on peut juger la question. Si je compare les opérations semblables et comparables, amputations de cuisse et extirpations de sein, dans les statistiques apportées par trois partisans du pansement de Lister, MM. Le Dentu, Panas et Guyon, en additionnant leurs résultats, je trouve un total de 11 amputations de cuisse, dont 6 guérisons et 5 morts

(45,4 pour 100 de mortalité), tandis que, pour mon compte, j'ai, sur 16 amputations de cuisse pratiquées en huit ans, 9 guérisons et 7 morts (43,7 pour 100 de mortalité); c'est le même résultat. Quant aux tumeurs du sein, leur statistique totale est de 22 amputations du sein, dont un cas de mort; et moi, sur 29 opérations, je compte 29 succès. Ce cas de mort dans la statistique de mes collègues, je ne l'attribue pas au pansement de Lister; je l'attribue uniquement à la tentative de réunion par première intention.

A propos de la statistique des opérations de hernies étranglées, je puis rappeler des chiffres cités par Malgaigne en 1847: Manec, qui ne faisait ni le pansement de Lister ni le pansement ouaté, a eu 26 guérisons sur 28 herniotomies; on pourrait défier les partisans de n'importe quel pansement de produire une pareille statistique.

M. Trélat nous a exposé son opinion, mais il ne nous a pas donné sa statistique.

L'année dernière, lorsque nous avons reçu la visite de M. Lister, je l'avais invité à venir dans mon service où je lui montrerais les plus graves blessures pansées avec le plus sale des pansements. M. Lister n'est pas venu, mais il a envoyé deux de ses élèves qui ont, par un heureux hasard, assisté à l'ouverture de deux pansements d'amputations de tumeur du sein, l'une au vingtième, l'autre au trentième jour; ces plaies n'étaient pansées qu'avec le vulgaire linge fenêtré enduit de cérat et recouvert de charpie. Les Anglais ont trouvé la plaie si belle et si rose qu'ils se sont écriés: « Mais vous mettez de l'acide phénique sur ces plaies! » Lorsque je leur ai demandé ensuite s'il y avait des cas de décès dans le service de Lister, où ils avaient passé trois années, ils ont répondu: « Pas un! » Quelques instants après, ils ont cependant avoué à mon interne qu'il y avait eu un cas de mort, mais chez un épileptique.

J'ai fait revenir aujourd'hui le malade dont je vous ai montré récemment la plaie de la main; il est au trente-quatrième jour, et vous pouvez constater qu'il n'a pas du tout un moignon difforme; il a été traité par le pansement par occlusion pendant vingt jours, puis actuellement par le pansement simple, car je ne crois pas qu'il faille prolonger trop longtemps le premier pansement.

On a dit que M. Verneuil n'avait plus eu d'infection purulente dans son service depuis trois ans; pas d'infection purulente avec grand frisson et abcès métastatiques, je le veux bien, mais il me permettra de dire que, dans les observations de ses grandes amputations, je considère comme une infection purulente celle de son amputé de jambe droite (au quart supérieur), mort dix-sept jours après l'opération et chez lequel on trouva dans les poumons des petites tumeurs secondaires et du pus dans l'articulation tibio-tarsienne gauche. Si ce malade était mort dans mon service, je le compterais comme mort d'infection purulente.

J'aborde maintenant la question de la réunion par première intention. Je crois que mes collègues, dans les amputations, n'ont pas obtenu de véritable réunion par première intention; ils n'ont pas eu cette réunion que nous voyons, par exemple, dans une plaie nette du cuir chevelu, qui se réunit en vingt-quatre heures et permet au malade de sortir quatre ou cinq jours après de l'hôpital. Voilà ce que j'appelle la réunion par première intention. Quant à celle obtenue par MM. Azam, Guyon, Lister, etc., dans leurs amputations, c'est une réunion incomplète et bâtarde, qui ne dure pas; un trompe-l'œil qui laisse souvent un point qui ne se maintient pas, et sous lequel on voit venir le pus; et, d'ailleurs, c'est heureux, car cela leur évite les abcès des moignons. Il y avait, par exemple, dans le cas de M. Guyon, un point qui a manqué; M. Verneuil a vu deux abcès après la réunion par première intention. Velpeau disait souvent qu'il n'y a pas de réunion par première intention dans les amputations: je veux bien reconnaître qu'on l'a vue quelquefois, dans des cas exceptionnels comme ceux de MM. Lucas-Championnière et Le Fort; mais on peut les avoir avec d'autres pansements que le pansement de Lister, et c'est trop exceptionnel pour en faire une règle. Et d'ailleurs, il faudrait être logique: pourquoi placer un drain, un corps étranger, si l'on cherche la réunion par première intention? On n'obtient cette réunion que pour la peau seule et non pour toute la surface de la plaie d'amputation. Sur les douze opérations de tumeurs du sein faites, à l'hôpital, par M. Panas, il a eu cicatrisation en dix, onze, treize jours, et les autres en plus de dix-sept jours, mais ses malades ne sont pas en état de sortir le jour où la cicatrisation existe: il y a réunion, mais non cicatrice. Avec le procédé de la réunion par seconde intention, , nous avons la cicatrisation au vingtième jour. Je ne sais pas quel intérêt on peut avoir à préférer la réunion par première intention. Les malades ne sont pas exposés à moins d'accidents le vingtième que le trentième jour. Ils ne sortent pas plus vite de l'hôpital, car on ne leur fera pas porter de jambe de bois quinze jours après l'opération, lors même que la réunion serait effectuée. La cicatrice n'est pas plus difforme, et, enfin, dans les amputations de cancer du sein, la récidive est plus probable, parce que, préoccupés de la suture, vous cherchez à conserver le plus de peau possible, vous enlevez moins de tissus autour du néoplasme. Il y a longtemps qu'on a observé que les plaies de tumeurs du sein qui se referment trop vite sont exposées à la récidive. La réunion par première intention exige aussi trop de tiraillements des lambeaux de la plaie, ce qui est, à mon avis, une des causes les plus efficaces d'érysipèles et d'érythèmes. Avec mon pansement à plat, je n'ai vu que deux érysipèles, et encore, c'était chez la même malade, à deux ans d'intervalle. Je ne suis pas éloigné de croire que ce que le chirurgien allemand a pris pour de la pustule maligne n'était peut-être que de la gangrène et une eschare produite par le tiraillement de la plaie. J'en appelle, dans deux ans d'ici, à une nouvelle décision. J'attends les statistiques des partisans du pansement de Lister; j'apporterai la mienne, et nous comparerons.

Si j'ai pris deux fois la parole dans cette discussion, c'est parce que je suis fermement convaincu: je ne veux pas de l'imitation servile d'un pansement étranger, et je pense que préconiser un pansement antiseptique panacée, c'est égarer la chirurgie française.

**M. TRÉLAT.** M. Desprès a raison de me demander ma statistique. Si je ne l'ai pas apportée, c'est parce qu'elle est trop peu importante, car, dans mon petit service de la Charité, les amputations sont rares.

J'ai fait cinq amputations de cuisse depuis six ans: deux chez des malades écrasés et mutilés, qui ont succombé aussitôt après l'opération. Mes amputations de bras et d'avant-bras, de jambes, ont été toutes suivies de guérison.

J'ai demandé la parole parce que je ne veux pas laisser dire par M. Desprès que nous ne pratiquons pas la réunion par première intention. Nous avons la réunion primitive, absolue, des plaies avec perte de substance. Lorsque nous l'affirmons, on ne peut dire que c'est impossible à réaliser. Ainsi, par exemple, chez une jeune fille de vingt-deux ans, j'ai enlevé une petite tumeur fibromateuse du sein, de la grosseur d'une noix; j'ai fait onze sutures de la plaie qui avait neuf à dix centimètres de longueur. La réunion fut complète après l'ablation de ce fuseau; le quatrième jour, la malade était délivrée de tout pansement et se promenait: le sixième jour, elle retournait dans son pays.

La réunion primitive des grandes plaies s'observe en dehors de tout pansement antiseptique: c'est un phénomène naturel qui se réalise chez des malades réunissant les diverses conditions favorables de bonne constitution, d'air pur, d'absence de diathèse, etc.; mais il est un fait d'observation incontestable, c'est que nos méthodes de pansement ont diminué les influences nosocomiales et contagieuses qui empêchaient cette réunion de se faire lorsque nous opérions sur les malades de nos salles d'hôpitaux. La méthode antiseptique permet de réaliser, dans les hôpitaux, un processus de la marche des plaies, identique à celui que l'on observait spontanément chez des opérés vigoureux et en pleine campagne. Les observations cliniques, auxquelles fait appel M. Desprès, ne suffisent pas pour juger cette méthode de la réunion par première intention: il faut la voir et la pratiquer. Où M. Desprès prend-il l'expérience qui lui permet de nier les résultats obtenus par ses collègues?

Quant à dire que la réunion n'est pas complète parce que l'on ne peut, au quinzième jour, mettre une jambe de bois à un opéré, il est évident qu'on ne fera pas marcher cet opéré, pas plus qu'on ne fait marcher un malade dont la fracture ne crépite plus : il faut que la réunion s'achève lentement, comme tout processus réparateur, pour qu'elle soit complète. Mais on ne peut absolument pas dire que la réunion profonde n'est pas obtenue parce qu'il reste quelques points qui ne sont pas réunis. Ce dont il faut se préoccuper surtout, c'est de la réunion au niveau de l'os; celle des parties molles s'obtiendra ensuite facilement et sans danger.

La séance est levée à cinq heures et demie.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A la suite du concours pour l'admission des médecins-majors dans le service hospitalier, sont désignés au choix du ministre :

*Médecine.* — MM. les médecins-majors de première classe : Jacob, Nogier, Luc et Guérin; MM. les médecins-majors de deuxième classe : Sorel, Viry, Pechaud, Oberlin, Lœvel, Liénard, Davignon, Blaise, Boncour, Jeunehomme, Gavoy et Laurens.

*Chirurgie.* — MM. les médecins-majors de première classe : Dieu, Blin, Breton. Madamet, Baudon, Deslandes, Galand, Sala et Molinier. — MM. les médecins-majors de deuxième classe : Van-Merris, Apté, Benoît, Zaepffel, Ramonet, Granjean, Régnier, Linon, Vieusse, Mounier et Ringeisen.

— Le corps de santé militaire vient de perdre un médecin principal de première classe, M. Mutel, et un médecin aide-major de première classe, M. Pilliard.

— M. le docteur Mallez fera, le mardi 1er avril, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, des projections photo-micrographiques d'anatomie pathologique des reins, de la vessie et de l'urèthre.

*Assistance publique.* — La distribution des prix aux élèves internes en pharmacie dans les hôpitaux et hospices de l'administration de l'assistance publique aura lieu le lundi 31 mars à une heure dans le grand amphithéâtre, avenue Victoria, n° 3. Dans cette même séance, sera faite la proclamation des nominations des élèves nommés internes en pharmacie à la suite du concours de 1879, et qui devront entrer en fonctions à partir du 1er avril.

**Agenda du chimiste,** pour 1879, avec préfaces de MM. Wurtz et Salet. In-12. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Hachette et Ce.

**De la ligue contre les vivisections, ou la nouvelle croisade,** par un Anglais. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, E. Leroux.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 7999.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOTEL-DIEU. — M. Richet.

### Fracture comminutive et compliquée de la jambe (1).

III

Après l'amputation, la dissection de la jambe a complètement confirmé notre diagnostic et justifié notre opération. Nous avons eu là un exemple très-intéressant à apporter à l'histoire des fractures comminutives avec déchirure de l'artère, et, ce qui est assez rare, nous avons pu en faire l'anatomie pathologique d'une façon très-exacte. Nous avons trouvé la fracture des deux os, tibia et péroné, mais, comme nous l'avions supposé, les esquilles appartenaient bien au tibia. Au tiers moyen de la longueur du tibia, ces esquilles, au nombre de deux, n'étaient pas complètement séparées des parties molles; elles étaient séparées des deux extrémités de l'os, mais elles pouvaient encore vivre et se nourrir par les tissus voisins.

La recherche des artères était la chose la plus importante; elle a été faite avec le plus grand soin par l'interne du service, M. Süss. La tibiale antérieure était intacte, mais un peu infléchie. La tibiale postérieure était aussi respectée. C'est l'artère péronière qui avait été déchirée; en passant une sonde par l'extrémité supérieure de cette artère, on découvre la déchirure de l'artère; elle est rompue à 2 centimètres environ au-dessus du point où le péroné est fracturé; le bout inférieur de l'artère est bouché par un caillot qui paraît encore assez résistant. La déchirure a été faite par les fragments osseux; on ne peut songer à l'attribuer à quelque manœuvre de réduction de la fracture, car l'examen de l'extrémité supérieure de l'artère nous donne la preuve de ce mécanisme. Le bout supérieur est enfoncé subitement dans la cavité du foyer de la fracture; il y tombe et y plonge au milieu des caillots provenant de l'hémorrhagie qui a eu lieu au premier moment de la fracture. Ce foyer hémorrhagique remonte bien à cette époque et il était déjà (au treizième jour) en voie d'organisation; c'est un véritable anévrysme faux consécutif. Depuis que ce fait a été constaté par la dissection, M. Süss, qui a fait la réduction de la fracture le jour même de l'accident, s'est rappelé une circonstance particulière qui a été alors considérée sans valeur, mais qui aujourd'hui nous aide à faire ce diagnostic; il avait cru percevoir des battements dans le foyer de la fracture au moment où il a pratiqué la réduction.

L'extrémité supérieure de l'artère est rouge, déchiquetée, friable, ramollie déjà par le travail inflammatoire ou par la gangrène. Si nous y avions placé un fil, pour combattre l'hémorrhagie d'après la méthode qui recommande la ligature dans le foyer de la fracture, de préférence à l'amputation, la ligature n'aurait certainement pas résisté et le fil aurait brisé la tunique artérielle. Pour pratiquer la ligature, dans ce cas particulier, il aurait fallu remonter à plus d'un ou deux centimètres pour trouver une paroi artérielle assez solide. La péronière présente ici un volume plus considérable qu'il ne l'est ordinairement; sa déchirure s'est faite juste au-dessous du point où elle se bifurque en deux branches.

Nous disons que l'artère a été déchirée par les fragments osseux; nous pouvons penser que c'est par le fragment supérieur du péroné, quoiqu'il en soit éloigné de près de 3 centimètres, car les fragments du tibia sont projetés en avant et avec le doigt on sent bien la pointe de l'esquille de cet os. Maintenant que nous connaissons l'anatomie pathologique de cette fracture, nous devons examiner si, au moment de l'opération, lors même que nous aurions pu constater tout ce que la dissection nous a appris dans la suite, nous aurions dû exécuter l'amputation ou la rejeter.

Eh bien! oui, il aurait fallu faire l'amputatiou et renoncer à la ligature dans le foyer, quand même on aurait eu la certitude que l'hémorrhagie se faisait par l'artère péronière et par son extrémité supérieure seule. Je n'aurais pas cherché à lier l'artère, parce que c'est une opération qui présentait ici des difficultés et des dangers presque insurmontables. Outre les difficultés de la recherche de l'artère, nous étions exposés, pour les jours suivants, aux dangers de la chute du fil et de l'inflammation ou de la gangrène de l'extrémité artérielle. Même connaissant toute la lésion, je n'aurais pas fait la ligature, et je pense encore maintenant que l'amputation était la seule ressource qui nous restât.

Deux jours après l'amputation, nous avons eu des accidents inflammatoires du côté du moignon; hier, le malade

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 mars 1879.

avait une température de 41°, et nous étions menacés d'un phlegmon du moignon. J'ai relâché toutes les sutures; le pus s'est mieux écoulé; la température est retombée à 38° ce matin.

Mais cet état satisfaisant ne dure pas; le douzième jour, un frisson se déclare, la température s'élève à 41°,5, le pouls à 120 et 140; la langue se sèche, les frissons se répètent, la suppuration du moignon s'arrête, l'anhélation s'accroît, etc.; c'est l'infection purulente qui nous emporte notre malade le dix-septième jour.

A l'autopsie, nous trouvons la veine fémorale grosse comme le pouce, fortement distendue par les caillots; un caillot s'étend du moignon jusqu'à une hauteur d'environ 6 centimètres au-dessous de l'arcade crurale; il est solide, volumineux, adhérent à la paroi. A ce point, à 6 centimètres au-dessous de l'arcade crurale, nous trouvons un point ramolli, fluctuant: c'est un abcès développé dans le caillot. Avec un tube préalablement chauffé au rouge et un bistouri trempé dans l'alcool, nous incisons la poche et nous recueillons de ce pus pour les recherches de M. Pasteur qui assiste à cette autopsie. Cette poche renfermait une quantité considérable de liquide sanieux et purulent; elle a 3 centimètres d'étendue. Au-dessus de cet abcès, la vessie est remplie par un caillot assez dur, analogue au caillot inférieur, mais qui en diffère parce qu'il est infiltré et surtout décollé de la paroi veineuse en un point, de sorte que le pus de l'abcès inférieur a pu passer entre ce caillot et la paroi veineuse pour gagner le torrent de la circulation générale.

Les viscères abdominaux étaient sains. Pas d'abcès métastatiques dans le foie, ni dans les reins, ni dans la rate. Mais c'est aux poumons que nous les trouvons sous forme d'indurations blanchâtres non encore ramollies.

Les symptômes cliniques nous ont démontré que certainement l'infection a commencé par la thrombose de la veine fémorale; puis un abcès fémoral s'y est formé; enfin le frisson a annoncé le début des accidents mortels. Cependant je dois dire ici que j'ai déjà observé la guérison d'une infection purulente avec abcès métastatiques dans la plèvre, ayant amené la suppuration de la plèvre et nécessité l'opération de l'empyème.

Comment le sang a-t-il été contaminé? Les uns pensent que le passage du pus dans le sang suffit pour l'infection; quelques globules de pus se mélangeraient au sang qui les laisserait dans les capillaires du poumon où les abcès se font toujours plutôt qu'ailleurs, parce que tout le sang y passe et à des intervalles très-rapprochés.

Cette théorie a été attaquée vivement; on lui a fait cette objection grave qu'on ne trouve pas toujours le pus dans les veines et que le sang ne renferme pas le pus. Enfin, le sang de sujets morts d'infection purulente, injecté dans la circulation d'autres animaux, n'y a jamais déterminé l'infection purulente.

On a repris la théorie des Allemands qui appellent sepsine ce poison inconnu dont on ignore la nature, mais dont les effets se traduisent par l'infection.

M. Pasteur pense que le sang est contaminé par des vibrions, et il croit avoir trouvé le vibrion spécial de l'infection purulente. C'est pour cette recherche qu'il nous a fait l'honneur d'assister à l'autopsie de notre malade. Mais, dans les préparations micrographiques faites immédiatement avec le pus de divers abcès, il n'a pas trouvé ce vibrion spécial. Il espère le reproduire par la culture. Mais je dois avouer que l'expérience, lors même qu'elle serait confirmative avec l'ensemencement, me paraît perdre beaucoup de son autorité; elle serait bien plus concluante si, à l'autopsie même, on trouvait ce vibrion dans le pus, sans avoir besoin de soumettre ce pus à diverses manipulations artificielles. Cependant, si l'on arrivait ainsi à un résultat positif, je reconnais que ce serait déjà un pas fait dans la théorie encore si confuse aujourd'hui.

Nous ne savons pas actuellement ce que c'est que l'infection purulente. Toutefois, dans ce cas particulier, nous en savons le point le départ incontestable, l'abcès de la veine fémorale; mais nous ignorons quel est le poison et comment il agit.

On ne peut guère supposer qu'il ait pu venir par la plaie qui était inondée d'alcool camphré pur; si on pouvait l'admettre, il paraîtrait rationnel de faire la ligature de la veine avant que l'infection ait pu se produire; mais, à moins de renoncer absolument à croire à l'effet des désinfectants, cette hypothèse ne pouvait être raisonnablement acceptée.

---

## HOPITAL TENON (Ménilmontant). — M. Duguet.

### Rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire acquis, consécutif à une endocardite rhumatismale chez un jeune homme non cyanosé et non tuberculeux.

M... (René), âgé de seize ans et demi, employé aux magasins du Printemps, entre à l'hôpital Tenon (Ménilmontant), salle Lelong, n° 19, le 11 février 1879, pour une attaque de rhumatisme articulaire subaigu.

Son père était Breton; il est mort il y a douze ans d'une bronchite chronique qui le tourmenta depuis l'âge de vingt et un ans jusqu'à sa mort, à cinquante-neuf ans, tout en lui permettant de diriger à Paris une fabrique d'horlogerie. Sa mère, Bretonne également, a succombé en trois jours à une fluxion de poitrine, deux ans avant la mort de son père.

M... eut neuf frères et sœurs, tous nés en province et morts en bas âge d'accidents divers ou de maladies; un seul, qui était parvenu à l'âge de vingt-sept ans, bien portant, fut tué pendant la guerre de 1870.

Les parents collatéraux jouissent tous d'une bonne santé, sauf une tante maternelle qui est atteinte d'une maladie de cœur compliquée fréquemment d'attaques de rhumatisme articulaire.

Quant à lui, né à Paris, il fut envoyé à Blesme (Marne) à l'âge de deux mois; il y fut élevé avec du lait de chèvre; son enfance se passa sans accidents; plus tard il fut recueilli par des parents qu'il avait à Saint-Dizier et qui lui firent donner une certaine instruction.

A dix ans, il eut la rougeole; sept mois plus tard, une fièvre typhoïde à forme cérébrale. A douze ans et demi, à la suite d'un bain froid pris imprudemment le 2 novembre dans la Marne, il fut pris d'une bronchite intense. Le 13 janvier suivant, il passa une grande partie de la nuit dehors, exposé à un froid rigoureux, et, deux jours après, se déclara un rhumatisme articulaire qui dura quinze jours. Ce rhumatisme occupa successivement les articulations des pieds, des genoux, de la hanche et des bras, s'accompagnant de fièvre. On administra au malade des bains de vapeur et on lui appliqua sur toutes les jointures douloureuses de l'avoine grillée arrosée de vinaigre.

Jusque-là point de palpitations; c'est à la suite de cette attaque de rhumatisme qu'elles se sont montrées pour la première fois.

Arrivé à Paris il y a huit mois, M... fut placé au Printemps. Il y était depuis trois mois, employé aux écritures, par conséquent occupé à des travaux qui n'exigeaient point de grands efforts, mais couchant la nuit sur les comptoirs, mal couvert, et en face de fenêtres mal closes, quand il fut atteint d'une deuxième attaque

de rhumatisme articulaire aigu beaucoup plus violente que la première. C'était au mois de novembre dernier. Après avoir été soigné pendant quelques jours chez son oncle, rue Oberkampf, il fut amené à l'hôpital Ménilmontant et placé dans le service de M. Rigal.

Le rhumatisme avait débuté le 18 par des douleurs occupant le pied, puis le genou du côté droit; il avait gagné ensuite le genou, puis le pied du côté gauche, puis les deux hanches; enfin, quatre jours plus tard, le bras droit était envahi et ensuite le bras gauche. A l'arrivée du malade à l'hôpital, le 25 novembre, toutes les jointures étaient occupées par le rhumatisme; la fièvre très-intense était accompagnée de sueurs abondantes, de palpitations, de délire même, et donnait à l'aisselle 39°,7. Sous l'influence du salicylate de soude administré le premier jour à la dose de 8 grammes, le second à 6 grammes, le troisième à 4 grammes et bientôt supprimé, la fièvre tomba et avec elle le délire et les sueurs; mais, au quatrième jour de l'entrée, M. Rigal, constatant une endocardite de la base du cœur, fit appliquer successivement deux vésicatoires volants assez étendus à la région précordiale. Les palpitations diminuèrent.

Huit jours après, reprise des accidents; le rhumatisme envahit de nouveau les jointures qu'il venait de quitter et de plus les articulations du cou et de la colonne vertébrale. Les sueurs abondantes reparurent; mais la fièvre n'atteignit pas cette fois le même degré. Sous l'influence du salicylate de soude donné pendant cinq jours aux doses successives de 8, 6, 5 et 4 grammes, la guérison eut lieu; elle dura neuf à dix jours. Après quoi survint une nouvelle rechute, moins sévère, mais plus longue, malgré le salicylate de soude administré de nouveau. On vit encore une troisième, puis une quatrième rechute, de moins en moins fortes, mais de plus en plus longues et toujours traitées par le salicylate de soude. Le malade sortit enfin de l'hôpital le 23 janvier, conservant une certaine raideur des diverses articulations. Il avait pris en deux mois 160 grammes de salicylate de soude.

Il fit la convalescence chez son oncle, puis retourna au Printemps. Quatre jours après il était repris de nouveau par ses rhumatismes : la fièvre reparut avec les sueurs; les palpitations s'accompagnèrent même de trois ou quatre lipothymies. Il se présenta à la consultation de l'hôpital Ménilmontant pour y être reçu, et nous le fîmes placer dans notre service, salle Lelong.

On put alors constater chez lui l'existence d'un rhumatisme subaigu occupant les membres supérieurs et surtout le poignet droit, les membres inférieurs et principalement le genou gauche qui était le siège d'un épanchement assez considérable. L'appétit était conservé, mais l'état général était déplorable; le malade, grand pour son âge, était maigre, d'une pâleur extrême, les yeux excavés; son visage était presque celui d'un cachectique. En dehors de la décoloration des muqueuses qui était générale, on percevait dans les vaisseaux du cou un bruit continu, saccadé, avec bourdonnement musical intermittent très-intense. Les palpitations, fréquentes, semblaient se rattacher à une affection organique du cœur prédominante à la base, et caractérisée par un bruit de souffle très-rude au premier temps. Au lendemain de l'entrée du malade dans le service, on ne précisa pas davantage l'état du cœur; on le soumit de nouveau pendant quelques jours au salicylate de soude à la dose de 4 grammes; de la teinture d'iode fut appliquée à plusieurs reprises sur le genou gauche, et le rhumatisme disparut encore une fois assez rapidement. Puis on institua un traitement tonique comprenant : vin de quinquina, bordeaux, viandes et sirop de tartrate de fer et de potasse, traitement qui, au point de vue général, réussit parfaitement, puisque, du 18 février au 28 mars, le malade a gagné 5 kilogrammes, bien qu'il conserve encore un aspect très-anémique et une certaine maigreur.

Mais, en auscultant chaque jour la région du cœur, nous fûmes frappé de l'intensité du bruit de souffle de la base, au premier temps, et de la fixité invariable de son maximum dans le second espace intercostal gauche tout contre le sternum.

Voici, en effet, ce que nous observons chez notre malade depuis six semaines.

Le thorax a peu d'ampleur; la région précordiale, plutôt déprimée que saillante, présente une large plaque carrée de pigmentation brune se rattachant aux vésicatoires volants qui y furent appliqués.

A l'œil on perçoit à peine un léger soulèvement du cinquième espace intercostal gauche sous le mamelon et un peu en dehors de lui; c'est là, en effet, qu'avec le doigt on sent battre la pointe du cœur, qui est par conséquent abaissée et légèrement portée à gauche, ce qui dénote un peu d'hypertrophie du cœur droit.

Les battements du cœur sont faiblement accusés à la main appliquée sur la région précordiale, et l'on y perçoit de temps en temps, mais non, à coup sûr, d'une façon constante, un *frémissement cataire*, qui, lorsqu'il existe, est très-marqué, principalement vers la base du cœur.

La percussion donne une *matité* un peu *exagérée*, de six centimètres verticalement et de cinq transversalement.

*Dans le deuxième espace intercostal gauche, à un centimètre environ du sternum existe un bruit de souffle systolique, prolongé, d'une force et d'une rudesse remarquables.* C'est dans ce point précis qu'il offre son *maximum d'intensité*. De là, il rayonne pour s'affaiblir de plus en plus et faire place au bruit systolique normal, en haut sous le cartilage costal de la première côte, dans le premier espace intercostal où il se perd, se dirigeant vers la partie interne de la clavicule qu'il n'atteint pas; en bas dans le troisième espace intercostal et jusque sous le cartilage de la quatrième côte qu'il ne dépasse pas, en dehors à trois ou quatre centimètres, en dedans jusque vers le milieu du sternum.

L'intensité de ce souffle rude est au maximum quand le malade est couché. Elle diminue sensiblement quand il est debout. On va presque jusqu'à l'éteindre, tant il s'affaiblit, quand, suivant la remarque ingénieuse de M. C. Paul, le malade, couché ou debout, se met à pousser, à faire *effort* pendant que la bouche et les narines sont fermées. Il reparaît bientôt avec son intensité habituelle quand le phénomène de l'effort cesse.

Sous le cartilage de la troisième côte droite et dans le deuxième espace intercostal du même côté, au voisinage du sternum, on constate un prolongement systolique doux, plus marqué également quand le malade est couché, et qui rayonne faiblement en bas dans le troisième espace intercostal droit, faiblement aussi en dehors, un peu plus en dedans sous le sternum, davantage en haut sous le cartilage de la deuxième et même de la première côte. Ce prolongement ne saurait en aucune façon être considéré comme un retentissement du souffle rude du deuxième espace intercostal gauche. Dans les vaisseaux du cou existe un murmure continu s'accompagnant d'un bourdonnement musical intermittent.

Le bruit diastolique est normal à la base, aussi bien à gauche qu'à droite du sternum.

A la pointe, dans la région du mamelon, et même en bas et en dehors, dans le sixième espace intercostal gauche, on entend les bruits normaux du cœur avec une netteté parfaite; il en est de même en prolongeant l'auscultation jusque vers l'aisselle, dans le sens de propagation des bruits mitraux. Sous le sternum, au même niveau, et jusque dans le quatrième espace intercostal droit, au foyer des bruits tricuspidiens, on perçoit les deux bruits normaux du cœur, qui offrent partout la même régularité.

Le pouls est peu développé, très-régulier, sans intermittence; il donne au sphygmographe une ascension un peu brusque, sans autre caractère particulier.

Le malade n'accuse point d'oppression : il peut marcher, monter rapidement, et même courir pendant quelque temps, sans éprouver autre chose que des palpitations; il est condamné à la lenteur des mouvements bien moins par son cœur que par l'enraidissement de ses jointures. Bien qu'empreint encore d'une certaine pâleur, le faciès est redevenu rosé. Les veines jugulaires se dessinent visiblement, mais il n'existe point et il *n'a jamais existé de cyanose* chez ce malade.

M... ne tousse jamais, et les poumons, examinés avec la plus minutieuse attention, n'offrent absolument rien à noter, au point

de vue de la *tuberculose* en particulier, ni à l'auscultation ni à la percussion.

Il en est de même, d'ailleurs, pour le fonctionnement de tous les autres organes : tube digestif, foie, rate, reins (les urines sont normales) et système nerveux.

En somme, il s'agit d'un jeune homme de seize ans et demi, présentant des antécédents de famille *peut-être tuberculeux, sûrement rhumatismaux*, qui s'est toujours bien porté jusqu'à sa fièvre typhoïde, survenue à l'âge de dix ans et demi.

Deux ans plus tard débute le *rhumatisme articulaire* et avec lui les *palpitations* que le malade n'avait jamais ressenties.

Ce rhumatisme polyarticulaire et fébrile reparaît avec des intensités variables à plusieurs reprises, et s'accompagne de rechutes.

Dans le cours de la seconde attaque, la plus forte et la plus longue, M. Rigal reconnaît une *endocardite de la base du cœur*, qu'il traite à l'aide de vésicatoires volants. Nous retrouvons le malade quelque temps après avec *un souffle systolique très-fort, rude, en dedans du deuxième espace intercostal gauche*, contre le sternum, au foyer même du souffle caractéristique du rétrécissement de l'orifice pulmonaire.

Ce malade, qui ne s'est jamais dans son travail livré à de grands efforts, n'est point cyanosé, ne présente rien de particulier du côté du pouls ; tous les autres orifices du cœur paraissent sains ; au foyer aortique existe un prolongement systolique, anémique, en rapport avec l'état général du malade convalescent d'une longue attaque de rhumatisme, en rapport également avec le murmure musical des vaisseaux du cou.

Rien, quant à présent, ne permet de songer chez lui à la tuberculose pulmonaire.

Nous croyons donc pouvoir résumer ce fait en disant que nous avons sous les yeux un exemple bien net de *rétrécissement de l'orifice pulmonaire*, indubitablement *acquis*, par le fait d'une *endocardite rhumatismale*, chez un jeune homme qui n'a exercé *aucune profession fatigante*, qui n'a *point de cyanose* et qui, pour le moment, n'offre *aucun signe de tuberculose pulmonaire*.

---

## ÉTUDE SUR LA PLEURÉSIE

### QUI SURVIENT DANS LE COURS OU PENDANT LA CONVALESCENCE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE (1)

Par M. le docteur Ch. La Saigne, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

*Conclusions.* — La pleurésie peut survenir à toutes les périodes de la fièvre typhoïde ; c'est surtout au moment de la chute de la température et pendant la convalescence qu'on l'observe. — Elle est souvent d'un diagnostic difficile, elle peut passer inaperçue, masquer la fièvre typhoïde, ou faire croire à une affection différente. — Elle devient purulente dans plus de la moitié des cas, et alors se vide par les bronches ou par une fistule pleuro-cutanée (10 fois sur 23 cas) ; cet accident, loin d'être grave, constitue en quelque sorte le mécanisme de la guérison. — Le pronostic, bénin au-dessous de treize ans, est grave chez l'adulte, et présente plus de gravité chez l'homme que chez la femme. — La thoracentèse, souvent indiquée lorsque l'épanchement est séreux, devient le seul traitement possible lorsque l'épanchement est purulent, et, dans ce cas, l'évacuation du pus étant l'indication capitale, on doit chercher à l'obtenir par les procédés chirurgicaux appropriés.

(1) In-8°, prix 2 fr. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

---

## INSTRUMENTS ET APPAREILS

### Porte-topique vaginal du docteur Belloc.

Ce porte-topique, dont les dimensions ont été réglées à la suite de nombreuses expériences faites dans le service de chirurgie du docteur Belloc, à l'hôpital d'Agen et dans sa clientèle privée, présente les avantages suivants sur les autres instruments destinés au même usage :

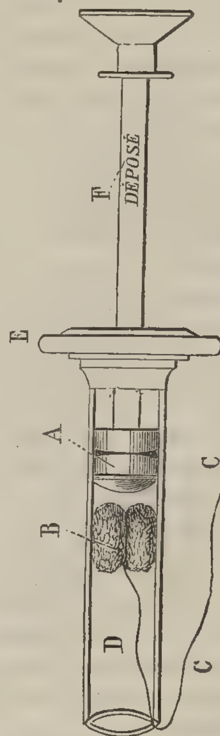
1° D'être d'un petit volume et, par conséquent, très-portatif ; 2° très-facile à manier par la femme elle-même ; 3° d'une innocuité absolue dans son application, car le large pavillon dont il est muni sert de point d'arrêt et empêche de l'enfoncer trop profondément et de blesser le col utérin ou les culs-de-sac du vagin ; 4° dépourvu de valves, il n'expose point à pincer les parois vaginales au moment où on le retire.

Le porte-topique vaginal du docteur Belloc sert à porter *isolément* sur le museau de tanche des poudres, des pommades, des sachets médicamenteux et des tampons, ou bien à introduire d'*un seul coup* les topiques et le tampon destiné à les maintenir. Dans ce dernier cas, qui est le plus fréquemment indiqué dans la pratique, on place au fond de l'instrument un tampon de coton aussi gros que possible, muni d'un fil résistant, et les poudres ou la pommade immédiatement au-dessus. Par le jeu du piston, les topiques se dégagent les premiers, et sont suivis du tampon qui se déploie au-dessous d'eux dans la région malade et les soutient.

Avec le secours de ce simple instrument, le docteur Belloc a pu, dans plusieurs cas d'hémorrhagies par lésions organiques de l'utérus, introduire successivement plusieurs bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer, et pratiquer un véritable tamponnement vaginal que les malades auraient pu certainement répéter elles-mêmes en cas d'urgence.

Dans les services hospitaliers où l'application du porte-topique est confiée à une infirmière ou à une garde-malade, on peut faire usage d'un modèle plus gros; mais l'expérience n'en a pas généralement démontré l'utilité.

Quant à la longueur de l'instrument, qui paraît insuffisante au premier abord, il suffit d'appliquer le spéculum immédiatement après avoir introduit des poudres, pour se convaincre qu'elles ont été directement projetées sur le col de l'utérus. La condition la plus importante pour le succès de l'opération est de ne faire mouvoir le piston que lorsque le porte-topique a été *suffisamment enfoncé* pour que son pavillon se trouve en contact immédiat avec l'orifice vaginal.




*Manière de se servir du porte-topique.*

Retirez le piston A jusqu'au fond du porte-topique. Prenez un tampon de coton B aussi gros que possible et muni d'un fil résistant C, de vingt centimètres de longueur ; poussez-le par une pression assez forte du doigt dans l'espace D resté vide, jusqu'à la rencontre du piston A, en laissant pendre le fil au dehors, le long de l'instrument.

Placez au-dessus du tampon B, toujours dans l'espace D, le contenu d'une demi-cuillerée à café de pommade ou de poudre médicamenteuse, et enduisez la surface extérieure du porte-topique d'huile d'olive ou de cérat pour faciliter son introduction dans le vagin, jusqu'au pavillon E, qui sert de point d'arrêt.

L'appareil mis en place et maintenu dans cette position par deux doigts de la main gauche appliqués sur le pavillon E, il ne reste plus qu'à *enfoncer complétement* la tige F du piston pour chasser le topique (pommade ou poudre) ainsi que le tampon dans la région malade. L'opération terminée, on retire l'instrument, en prenant la précaution de ne point exercer de tractions sur l'extrémité libre du fil C, qui pend en dehors de la vulve, et qui servira à extraire le tampon en temps opportun, ordinairement douze ou vingt-quatre heures après.

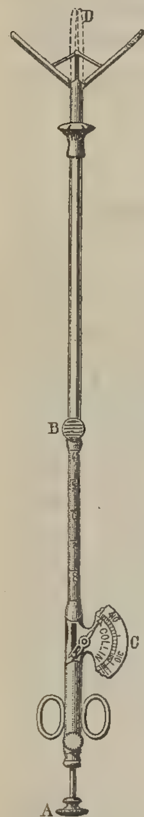
Des pommades ou des poudres peuvent être introduites sans le tampon; de même, celui-ci peut être appliqué seul, à l'état sec ou préalablement imprégné de topiques liquides, tels que glycérine, huiles médicamenteuses.

Il est cependant préférable de faire, le plus souvent possible, usage du tampon, car il sert à maintenir les topiques qui ont toujours une tendance à s'écouler au dehors et à souiller le linge. Les malades prendront de grands soins de propreté, feront de fréquentes injections d'eau *tiède*, notamment après avoir ramené le tampon et une demi-heure avant d'en appliquer un nouveau.

---

**Hystéromètre intra-utérin.**

M. le docteur Cambanis, de la Faculté d'Athènes, vient de faire construire chez M. Collin un hystéromètre intra-utérin servant à mesurer la cavité utérine à l'état de vacuité dans ses différentes directions. Cet instrument a été présenté à l'Académie de médecine, dans la séance du 18 mars, par M. le professeur Depaul.




A. Bouton de tirage.
B. Curseur.
C. Plate-forme graduée.
D. Point de réunion des deux valves.

L'idée en a été suggérée au docteur Cambanis par l'impossibilité dans laquelle on s'est trouvé jusqu'ici d'arriver à la mesure exacte, rigoureuse, des différents diamètres de la cavité utérine.

L'instrument, dont nous donnons la figure ci-contre, se compose d'une tige creuse ayant la longueur d'une sonde utérine ordinaire et terminée à son extrémité par deux valves articulées, légèrement courbes, destinées à mesurer l'étendue tranversale de la cavité utérine. Ces valves ont deux centimètres de longueur. Une tige, passant dans toute la longueur de l'instrument, s'articule aux valves par deux petites branches. En tirant le bouton A de cette tige on communique des mouvements à ces valves dont l'écartement est rigoureusement indiqué par une aiguille placée sur une plate-forme graduée. L'instrument porte, en outre, un curseur analogue à ceux des sondes intra-utérines, et qui, glissant sur la tige creuse extérieurement graduée, permet de mesurer le diamètre vertical de l'utérus.

Ajoutons encore que cet instrument est muni, à sa partie inférieure, d'une vis destinée à fixer la tige mobile, ce qui le rend propre à remplir l'emploi d'une pince ordinaire.

M. le docteur Cambanis a fait, à Clamart, un certain nombre d'expériences qui, toutes, ont donné des résultats pleinement satisfaisants.

---

**Du respirateur à ouate comme moyen préservatif des maladies infectieuses et contagieuses.**

Par M. le docteur Henri Henrot,
Professeur à l'École de médecine de Reims.

L'expérimentation et l'observation clinique ont établi d'une façon presque positive les points suivants :

1° Les agents miasmatiques infectieux, et virulents, résident dans des éléments solides, ayant une forme déterminée (corpuscules de pus, bactéries, etc.) ; 2° l'atmosphère viciée tient en suspension ces divers éléments figurés; ceux-ci, mêlés à l'air, sont arrêtés par une couche de ouate placée sur leur passage. Dans la dernière séance M. Pasteur disait qu'on pouvait aller au sein du foyer de la peste, parmi les malades, les mourants et les morts sans le moindre péril, en se couvrant la figure d'un masque fait en toile métallique doublé de coton, de manière à empêcher la pénétration des germes à travers la bouche et les fosses nasales.

Ce que propose cet illustre savant, M. Henrot croit l'avoir réalisé il y a cinq ans. Il a été amené par l'étude d'observations d'infection purulente dans lesquelles les poumons seuls étaient intacts, de septicémie où le sang rouge et le système artériel étaient fortement altérés alors que le système veineux était sain, à concevoir une théorie nouvelle.

L'infection est une fermentation du sang au sein même des organes, produite par le contact, dans les poumons, du sang veineux chargé de leucocytes, ayant la propriété phlogogène, avec le ferment, les bactéries, qui sont portées par l'air. Aussitôt que ce contact s'effectue, il se produit une véritable fermentation du sang dans tout le système artériel, et comme conséquence le sang perd son oxygène, son albumine, son sucre ; il se produit, en un mot, des accidents septiques. Le moyen d'empêcher cette fermentation est théoriquement très-simple : c'est de s'opposer au contact du sang phlogogène par le sang de l'artère pulmonaire avec l'élément infectieux qui pénètre par les voies aériennes.

Ce moyen est-il possible pratiquement? Oui, affirme M. Henrot, en plaçant un cornet très-souple dont il soumet deux modèles à l'Académie. L'air inspiré traverse une couche de ouate placée entre deux lamelles de toile métallique ; l'air expiré sort par un orifice muni d'une soupape très-facile à soulever.

Le pansement ouaté de M. Guérin et le pansement de Lister ont le double avantage d'empêcher les germes disséminés dans l'air d'arriver jusqu'à la plaie, et inversement ; et c'est peut-être là leur rôle le plus important, de retenir les germes qui se développent à la surface de la plaie et de les empêcher de se répandre dans l'air ambiant où ils deviendraient une nouvelle cause d'infection.

Cette théorie a été soumise à l'expérimentation, M. Henrot a injecté du pus mélangé à de l'eau à des lapins et a laissé les uns à l'air libre et a placé les autres dans une atmosphère viciée. Ceux-là seuls sont morts qui ont réuni les deux conditions nécessaires à la fermentation intra-organique, la leucocytose phlogogène et la bactérismie par absorption pulmonaire.

Si la théorie est vraie, la préservation de l'infection et de la contagion par les voies aériennes est possible, pourvu que les médecins, laissant de côté un faux amour-propre, et les personnes approchant les malades, se mettent un respirateur devant la bouche, comme les myopes s'appliquent une paire de lunettes sur le nez.

Du reste, des applications heureuses et démonstratives viennent affirmer l'efficacité de ce moyen.

Tyndall a pu arrêter au Lancashire une endémie de fièvre du foie qui sévissait sur un nombre considérable d'ouvriers et leur faisait déserter le travail en leur faisant porter devant la bouche une couche de ouate enveloppée de mousseline.

Des ouvriers de Londres à l'aide d'un appareil semblable séjournent sans danger dans les fumées les plus irritantes.

Deux internes de M. Henrot, atteints de fièvre et de diarrhée fétide, à chaque autopsie qu'ils faisaient dans les grandes chaleurs, ont vu tous ces accidents disparaître par l'usage d'un respirateur.

Enfin, cet appareil s'impose chez tous ceux qui soignent des croups.

Les pertes récentes que vient de faire le corps médical imposent à l'Académie le devoir de mettre un terme à ces suicides glorieux, mais inutiles ; le médecin contaminé ne devient-il pas un malade qu'il faut soigner et qui peut devenir le point de départ d'un nouveau foyer épidémique?

Les admirables découvertes de M. Pasteur ont ouvert un horizon nouveau pour la pathologie; la thérapeutique et surtout la prophylaxie peuvent largement en profiter.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 mars 1879. — Présidence de M. PAUL BERT.

**Modifications dans la constitution du pus.**— M. HOTTENIER fait une communication sur les modifications qu'on observe dans la constitution du pus en général et du muco-pus utérin en particulier.

**Développement de l'encéphale après la naissance.** — M. PARROT fait une communication sur ce sujet. Il résulte de ses recherches que l'encéphale des enfants nouveau-nés est un organe très-imparfait et se développant d'une manière très-lente. Sans vouloir suivre ce développement dans toutes ses phases, M. Parrot ne parle que de ce qui se passe dans l'année qui suit la naissance. Il ne s'occupera pas de la morphologie générale ni des modifications chimiques ou histologiques qui ont lieu dans la constitution de l'encéphale dans cette première année, il ne s'occupera que de ce qu'on peut suivre à l'œil nu.

Il a pratiqué 96 autopsies, portant sur des enfants depuis la naissance jusqu'à la fin de la première année, mais surtout sur des enfants de deux jours à quatre mois. Il laissera de côté les enfants qui n'ont pas leur âge réel, pour ne s'occuper que de ceux dont l'âge légal correspond bien exactement à leur âge réel. Il divisera son étude en plusieurs séries, une première série comprenant les enfants de un à quinze jours, les autres allant de mois en mois. Voici comment procède M. Parrot : il pose l'hémisphère cérébral sur une table par sa face interne et pratique des coupes parallèles à cette face, en commençant à 4 ou 5 millimètres d'elle et en faisant ensuite des coupes successives de 2 à 3 millimètres d'épaisseur. Cette étude est basée sur deux ordres de considérations, des considérations topographiques et des considérations chromologiques. Voici ce qui, d'une manière générale, ressort de ces recherches. Au point de vue topographique, lorsque l'une des parties du noyau présente une qualité quelconque, la partie qui est au-dessus présente des qualités inférieures. Au point de vue chromologique, il existe un rapport constant entre les couleurs des différentes parties au même âge.

En prenant pour centre le système de Rolando, dans lequel apparaît la substance blanche, on peut dire que ce système partage le cerveau en deux parties absolument différentes, la partie antérieure et la partie postérieure et que la première se développe plus lentement que la seconde. On doit conclure de ce qui se passe dans la substance blanche au développement corrélatif de la substance grise. M. Parrot fait observer, en outre, que la précocité du développement de la région occipitale est en rapport avec la précocité de la suture osseuse de cette région. Ayant recherché les relations qui existent dans le développement des deux hémisphères, M. Parrot dit que, dans les quatre cinquièmes des cas, le développement est plus précoce à droite qu'à gauche. Il a pu voir aussi que le cervelet se développe beaucoup plus rapidement que le cerveau. Dans l'encéphale c'est donc le cerveau qui se développe le plus lentement et dans le cerveau la partie antérieure. Ces faits paraissent être en rapport avec l'opinion généralement admise aujourd'hui, relativement à l'importance fonctionnelle des lobes frontaux.

M. LUYS fait remarquer que M. Parrot, dans ses recherches, ne s'en est rapporté qu'aux données fournies par la chromologie, c'est-à-dire par la comparaison des couleurs. Mais il faudrait tenir compte aussi de la masse et du poids des diverses parties du cerveau. Le système des pesées, employé par M. Luys, lui a montré que l'hémisphère gauche est plus lourd que le droit, ce qui n'est pas en rapport avec les observations de M. Parrot.

M. PARROT a fait un grand nombre de pesées et a vu que, de ce qu'un hémisphère est plus lourd que l'autre, il ne faut pas en conclure qu'il est arrivé à un développement plus parfait; c'est le contraire qui a lieu.

**Développement du facial.** — M. MATHIAS DUVAL montre sur le bulbe d'un éléphant la disposition que présente le facial qui est gros comme le sciatique de l'homme. Cette disposition est absolument celle que M. Mathias Duval a indiquée chez l'homme.

**Anesthésie chirurgicale par le protoxyde d'azote sous-pression.** — M. PAUL BERT communique la relation de l'opération pratiquée par M. Péan. (Voir le numéro du 29 mars 1879.) Il ajoute que cette seconde expérience, encore plus concluante que la première, puisqu'il s'agissait d'une opération beaucoup plus longue, a parfaitement réussi.

Pour éviter la nécessité de l'air comprimé, M. Paul Bert a essayé de mélanger le protoxyde d'azote à l'éther; il n'a pas obtenu de bons résultats. Le mélange de l'acide carbonique avec l'éther donne bien une insensibilité parfaite; mais, la température baissant de 6 à 7 degrés, cette expérience ne saurait être tentée chez l'homme. Enfin il rappelle qu'il y a plusieurs années, M. Péan, assisté de M. Rottenstein, a essayé un procédé fort ingénieux qui consiste à donner d'abord le protoxyde d'azote et à continuer ensuite l'anesthésie avec l'éther. On supprime ainsi la période si désagréable du début de l'anesthésie par l'éther seul. Ce procédé, employé deux fois par M. Péan pour l'ablation de tumeurs du sein, lui a donné de très-bons résultats. Mais il ne faut pas oublier, au cas où l'on aurait à se servir du thermo-cautère ou de toute autre source de chaleur, que ce mélange de l'éther avec le protoxyde d'azote est un mélange détonant.

La séance est levée.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 mars 1879. — Présidence de M. HERVIEUX.

### COMMUNICATIONS

**Rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire.—Phthisie consécutive.** — M. CONSTANTIN PAUL rapporte l'observation d'un malade qui présente cette affection. (Sera publiée.)

M. DUGUET rapporte une observation analogue. (Voir plus haut.)

**Lésions des lymphatiques dans la goutte.** — M. DAMASCHINO présente des pièces anatomiques provenant d'un goutteux mort récemment, dans son service, d'une affection pulmonaire. Les articulations, chez ce malade, présentaient les lésions caractéristiques de la goutte, c'est-à-dire la présence d'urates de soude en grande quantité. M. Damaschino met sous les yeux de la Société les poumons de ce malade ainsi que des pièces histologiques qui permettent de voir que les lymphatiques ont subi une excessive dilatation, et que plusieurs d'entre eux sont en pleine suppuration.

**Syphilis héréditaire.** — M. PARROT présente plusieurs enfants nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire. Ces enfants portent sur les os du crâne des lésions caractéristiques qui consistent dans la production d'ostéophytes prenant leur point de départ dans le diploé des pariétaux.

**Purpura hæmorrhagica.** — M. RIGAL lit une observation de purpura hæmorrhagica.

M. MAURICE RAYNAUD, à l'occasion de cette observation, insiste sur les relations intimes qui existent entre le purpura et le rhumatisme.

M. HILLAIRET fait observer qu'en effet, dans les huit dixièmes des cas, le purpura s'accompagne de rhumatisme. Il ajoute que le purpura simplex et le purpura hæmorrhagica sont deux maladies tout à fait différentes.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Paris a reçu, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1878-1879, 612 inscriptions de nouveaux élèves en médecine. Elle en avait reçu 611 l'année dernière pour le même semestre. Sur les 612 inscriptions, on ne compte que 7 femmes (2 russes et 5 françaises).

— M. le docteur A. Jounia vient d'adresser la pétition suivante à M. le préfet de la Seine et au conseil municipal à propos du dernier renouvellement des médecins des bureaux de bienfaisance.

« Monsieur le préfet, la place de médecin vérificateur des naissances et des décès a été accordée jusqu'à ce jour au plus ancien des docteurs des bureaux de bienfaisance, et ce mode de nomination n'ayant plus aucune valeur par suite du nouvel arrêté, j'ai l'honneur de vous prier, Monsieur le préfet, de vouloir bien mettre cette place au concours, ce mode de nomination ayant reçu l'approbation unanime du corps médical. Les concurrents seraient tous les médecins de l'arrondissement, le temps d'exercice serait limité, le jury serait choisi parmi les médecins des hôpitaux, le sujet du concours serait la pathologie interne.

« J'ose espérer, Monsieur le préfet, que vous voudrez bien faire bon accueil à notre demande, vous rappelant que, par suite du nouvel arrêté, un certain nombre de médecins des bureaux de bienfaisance et des plus anciens, n'ayant pas été élus, perdent ainsi tout espoir d'occuper le poste de médecin des décès. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Charpentier reprendra ses leçons d'obstétrique le jeudi 3 avril.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de chirurgie des voies urinaires (semestre d'été) le mardi 1er avril, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre nº 3 de l'École pratique et il le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Des Cloizeaux, professeur, commencera le cours de minéralogie le mercredi 2 avril 1879, à quatre heures trois quarts, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. Après avoir exposé les propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur fera l'histoire des espèces comprises dans la classe des pierres.

Des conférences auront lieu le jeudi à la bibliothèque du laboratoire de M. Frémy, rue de Buffon, 63, et dans la galerie. Une affiche spéciale annoncera l'heure et la date à laquelle ces conférences auront lieu.

— M. Ch. Vélain, maître de conférences, fera, du mercredi 9 avril au mardi 15, une excursion géologique dans la vallée de la Meuse, entre Sedan, Mézières et Givet. Cette excursion a spécialement pour but l'étude des terrains anciens qui forment la région montagneuse de l'Ardenne.

Le rendez-vous est fixé à la gare de l'Est, le mercredi soir à quatre heures un quart précises. Les personnes qui voudraient faire partie de cette excursion devront se faire inscrire au laboratoire de géologie de la Sorbonne avant le 2 avril.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 8008.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance publique n'a duré qu'une heure, la deuxième heure ayant été réservée pour la lecture, en comité secret, du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie. Après le dépouillement de la correspondance, qui a donné lieu à quelques courtes observations de M. Pasteur sur la maladie des vers à soie et la lecture de plusieurs rapports officiels de M. Poggiale sur les eaux minérales, l'Académie a entendu une communication de M. le docteur Féréol, sur les bons effets du sulfate de cuivre ammoniacal, dans le traitement de la névralgie de la cinquième paire. Nous résumerons, dans le prochain numéro, les points principaux de ce travail, qui a été accueilli avec faveur par l'Académie. Dr BROCHIN.

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

### De l'érythème noueux (1).

II

L'érythème noueux est une maladie à marche ordinairement aiguë et qui se termine le plus souvent, au bout de deux à trois septénaires, par la guérison absolue. Néanmoins il n'est pas rare de le voir se prolonger quelquefois pendant un mois, six semaines et même plus. Non pas que, dans ce cas, les taches soient plus longues à disparaître, mais c'est qu'il survient plusieurs poussées successives qui, se surajoutant les unes aux autres, prolongent la durée de la maladie.

Les malades qui ont déjà eu une éruption d'érythème noueux sont-ils sujets à en subir une nouvelle atteinte? Je crois que oui. Je ne saurais, il est vrai, affirmer ce fait d'une manière absolue; mais, ce que je puis dire, c'est qu'il m'est arrivé plusieurs fois déjà de donner des soins à des individus atteints d'une éruption d'érythème noueux, qui m'ont déclaré d'une façon bien positive avoir été antérieurement traités pour une maladie présentant exactement les mêmes caractères.

La guérison est la règle.

Cependant il arrive parfois de voir certains malades qui ont une éruption d'érythème noueux continuer à présenter, sur les jambes particulièrement, cinq, six ou sept taches, un peu plus arrondies, un peu plus dures, et qui se perpétuent ainsi pendant cinq ou six mois, quelquefois même un an. C'est ainsi que nous avons eu dans nos salles, il y a six semaines, une femme atteinte d'affection mitrale très-caractérisée, qui n'a cessé de présenter, pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, c'est-à-dire environ trois mois, des taches semblables sur les jambes.

Chez certains malades, il est quelquefois possible d'observer, sur chaque tache indurée, un petit abcès susceptible de s'ouvrir spontanément ou artificiellement, et qui donne lieu parfois à une suppuration plus ou moins longue et se prolongeant même, comme j'en ai vu des exemples, pendant plusieurs années.

Mais, pour que la maladie se termine de la sorte, il faut que les sujets présentent des conditions particulières. C'est en effet chez les scrofuleux, chez les individus jeunes, à tempérament lymphatique, chez les jeunes filles ayant de l'aménorrhée ou de la dysménorrhée, qu'on voit survenir cet érythème noueux d'une forme spéciale, susceptible de passer à l'état chronique ou de se terminer par suppuration.

Cela est si vrai que M. Bazin avait considéré l'érythème noueux, se présentant dans les conditions que je viens de vous décrire, comme un érythème scrofuleux et lui avait donné le nom d'érythème induré, établissant ainsi une distinction entre cet érythème et celui qu'il appelle ordinaire. Distinction inutile, à mon avis, car j'ai vu cet érythème induré persister indéfiniment, de sorte que je pense qu'il est plus philosophique de considérer l'érythème noueux comme une maladie unique, en faisant observer que, chez certains sujets, au lieu de se terminer, comme chez d'autres, en trois semaines, elle peut prendre la forme chronique ou devenir le point de départ d'ulcérations susceptibles de se prolonger pendant un temps très-long.

Le diagnostic de l'érythème noueux est généralement facile à établir. Il se trouve dans le caractère d'induration de l'éruption, dans son siège aux avant-bras et aux jambes, autour des genoux et des coudes, d'où il envahit quelquefois, mais toujours d'une manière très-discrète, les bras et les cuisses, mais jamais d'autres régions. Caractère impor-

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 mars 1879.

tant, car on pourrait confondre l'érythème noueux avec l'érythème papuleux, érythème polypiforme d'Hébra, maladie plus légère, moins longue et jamais susceptible de dégénérer en érythème induré. Enfin l'érythème papuleux a lui-même des siéges de prédilection qui sont surtout les poignets, le dos des mains, le cou, le front, etc.

Mais ce qui rend quelquefois le diagnostic difficile, c'est la combinaison sur les mêmes individus de ces deux variétés de l'érythème.

Quant à l'urticaire, il faut savoir qu'il peut compliquer quelquefois l'érythème noueux. On le reconnaît alors à l'existence de taches nombreuses, plus saillantes, plus larges que les précédentes, blanches à leur centre, rouges sur les bords, s'accompagnant de démangeaisons très-vives et présentant ce caractère unique d'apparaître et de disparaître successivement en quelques heures et sans laisser la moindre trace. Il n'y a en effet que l'urticaire qui présente cette marche sautillante, et ce caractère suffirait à lui seul pour empêcher de le confondre avec l'érythème noueux.

Enfin, on peut encore confondre celui-ci avec les fièvres éruptives et notamment avec la rougeole. Mais il me suffit, pour vous prévenir contre cette erreur, de vous rappeler que dans la rougeole les taches sont petites, non saillantes, qu'elles sont généralisées sur tout le corps après s'être montrées d'abord à la face ; qu'enfin il y a dans cette affection des phénomènes généraux tout-à-fait différents de ceux que l'on observe dans l'érythème noueux.

Un mot maintenant sur la nature de cette éruption, maladie singulière, qui ne se comporte pas comme la plupart des autres maladies de la peau, lesquelles sont ordinairement indépendantes de toute autre affection, chroniques ou aiguës, mais constituant autant de maladies distinctes.

Comme apparition, comme durée, comme marche, comme phénomènes généraux concomitants, on peut dire que l'érythème noueux ressemble aux fièvres éruptives. Comme ces dernières, il donne lieu à de la fièvre, à de l'embarras gastrique, et, comme elles, il a une marche assez régulière qui, après deux ou trois septénaires de durée, se termine ordinairement par la guérison. C'est, en un mot, comme celles-ci, une maladie exanthématique.

Mais ce qui distingue l'érythème noueux des fièvres éruptives, c'est ce phénomène singulier qu'elle apparaît fréquemment chez des individus sujets à avoir ou ayant des attaques de rhumatisme ; c'est que, pendant le cours de la maladie, il n'est pas rare de voir survenir des phénomènes qu'on peut rattacher au rhumatisme articulaire aigu.

En tenant compte de ces deux considérations, on arrive à cette conclusion : que l'érythème noueux est une dépendance du rhumatisme, une éruption d'origine rhumatismale. Telle est l'opinion qui a été émise par Schœnlein en Allemagne et qui a été développée en France par M. Bouillaud d'abord, puis, après lui, par deux de ses élèves, MM. Maximin Legrand et Biélan. Aussi ceux-ci lui ont-ils donné le nom de pyélose rhumatismale, dénomination qu'avant eux Schœnlein avait déjà proposée.

C'est peut-être aller un peu loin que de considérer cette éruption comme une forme larvée du rhumatisme ; mais, quoi qu'il en soit, on ne saurait nier qu'il y a quelque chose de vrai dans cette opinion qui rattache l'érythème noueux au rhumatisme. Les faits démontrent en effet d'une manière bien positive le lien qui existe entre ces deux affections, et surtout ce caractère particulier que l'érythème noueux survient chez des individus sujets au rhumatisme et se complique fréquemment de douleurs articulaires plus ou moins vives.

Il en est de même pour l'érythème papuleux et pour l'urticaire.

Quant au pronostic, je vous ai dit déjà que l'érythème noueux était une maladie légère, se terminant le plus ordinairement par la guérison. Seulement rappelez-vous que, chez les individus scrofuleux et particulièrement chez les jeunes filles mal réglées et lymphatiques, cette éruption peut prendre un caractère chronique, se terminer par la suppuration et donner lieu à des ulcérations qui, augmentant avec le temps, deviendront le point de départ de véritables ulcères.

Quant au traitement, il est ordinairement peu important, les taches disparaissant toujours spontanément. Aussi l'indication principale consiste-t-elle tout simplement à tenir compte de l'état général et à combattre l'embarras gastrique au moyen de boissons délayantes et d'un ou deux purgatifs.

Contre l'éruption, on pourra calmer la chaleur et les douleurs qu'elle détermine, lorsque ces phénomènes existent, en saupoudrant les régions malades avec un peu de poudre d'amidon ou de lycopode.

Enfin, comme ces individus sont sujets aux affections rhumatismales, on devra les empêcher de se refroidir et de s'exposer aux influences qui déterminent ordinairement l'explosion des attaques de rhumatisme.

Relativement au traitement topique, c'est celui de toute articulation atteinte de rhumatisme articulaire. Il consiste, par conséquent, comme à l'ordinaire, à appliquer des cataplasmes sur les jointures malades, à les envelopper de ouate, ou mieux à les entourer avec de la toile vulcanisée qui, en entretenant la chaleur autour de l'articulation, en facilitant la transpiration, contribue puissamment à la résolution.

Enfin, si vous avez affaire à un scrofuleux, vous rappelant que la maladie est susceptible dans ce cas de passer à l'état chronique et même à la suppuration, vous combattrez ces prédispositions fâcheuses en cherchant à modifier l'état général du sujet par un traitement approprié.

---

**HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.**

### Thrombose cachectique des sinus de la dure-mère et convulsions finales des maladies de l'enfance (1).

III

Obs. — *Convulsions finales, cinq semaines après une broncho-pneumonie consécutive à la rougeole.* — S..., deux ans, n° 48 salle Sainte-Catherine, entrée le 23 janvier, morte le 3 février 1879, a eu la rougeole il y a trois semaines, et ensuite une broncho-pneumonie ; prise de convulsions à cinq heures, elle meurt à sept.

A l'*autopsie*, une assez grande quantité de liquide s'écoule des ventricules du cerveau, et il y a un ramollissement assez manifeste de l'hémisphère central du côté droit.

Le sinus longitudinal supérieur est vide dans sa partie antérieure.

Dans le sinus latéral gauche, on trouve un caillot de couleur gelée de groseille, et ambré dans certaines parties. Sa grosseur est celle d'un lombric environ.

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 mars 1879.

Dans le sinus latéral droit, petit caillot. Au confluent de la veine jugulaire, et se prolongeant dans cette veine, grand caillot ambré de nature fibrineuse.

Les veines méningées sont dures, noires, comme injectées de suif.

*Poumons.* — Bord antérieur des deux poumons gris-rosé, emphysémateux.

Lobes postérieurs violacés, parsemés de petites ecchymoses sous-pleurales. A la coupe, splénisation, nombreux noyaux de broncho-pneumonie allant au fond de l'eau.

Pas de grains jaunes.

Cœur sain. — Rein pâle à la coupe.

Obs. — *Broncho-pneumonie. — Convulsions ultimes. — Mort. — Caillots dans les sinus de la dure-mère et thrombose des veines de la rétine.* — Louise T..., âgée de deux ans, entrée le 26 août 1871 au n° 38 de la salle Sainte-Catherine. Elle a une bronchite capillaire avec fièvre ardente, respiration expiratrice et cyanose incomplète. Trois jours après, elle eut une convulsion d'environ dix minutes dans le côté gauche du corps. Cette convulsion disparut laissant après elle un peu de raideur dans le côté.

Le lendemain, les yeux étant examinés *à l'ophthalmoscope*, on trouve de chaque côté un œdème papillaire qui masque le limbe de la papille, les veines rétiniennes très-dilatées et flexueuses, et dans l'œil droit, à l'émergence de ces veines et de la papille, une thrombose veineuse signalée par une dilatation partielle plus grande des vaisseaux et une coloration brune très-marquée.

Avec ces lésions de circulation existe une lésion de mouvement, car les deux yeux ont une déviation conjuguée à droite.

*Nécropsie.* — Le *sinus latéral droit* de la dure-mère est complètement oblitéré par un coagulum noir, volumineux, qu'on parvient à dissocier par des lavages répétés. Un long caillot occupe toute l'étendue du sinus longitudinal supérieur; noir et presque diffluent à son extrémité postérieure, il devient de plus en plus consistant et blanchâtre vers sa pointe antérieure complètement fibrineuse dans une étendue d'environ 4 centimètres.

La *pie-mère* n'offre rien de particulier, sauf la thrombose des veines méningées.

Les ventricules encéphaliques sont légèrement distendus par du liquide. Leurs parois semblent macérées et sont érodées par places. Rien dans le cerveau.

Du côté du poumon il existe une congestion de la plus grande partie de l'organe, congestion qui contraste avec l'aspect exsangue et emphysémateux des sommets. Le lobe inférieur gauche et le lobe moyen droit présentent les lésions de la broncho-pneumonie. Le tissu est résistant, imperméable; par la pression, on fait sourdre à la surface des coupes, des gouttelettes de pus contenu dans les extrêmes bronches.

La déviation conjuguée des yeux à droite s'explique par la thrombose du sinus transverse droit.

Ici, c'est dans le cours d'une bronchite capillaire assez récente que les convulsions ont éclaté et étaient accompagnées de déviation conjuguée des yeux à droite.

L'ophthalmoscope révèle la suffusion séreuse de la papille, la dilatation et la thrombose des veines rétiniennes laisse croire que des thromboses semblables existent dans le crâne.

*A l'autopsie.* — Thrombose du sinus latéral droit, du sinus longitudinal supérieur. Thrombose des veines méningées et hydrocéphalie ventriculaire.

Obs. — *Pneumonie lobulaire. — Œdème cérébral. — Thrombose des sinus de la dure-mère. — Convulsions ultimes. — Mort.* — Henriette M..., deux ans, entrée le 2 février 1872 au n° 50 de la salle Sainte-Catherine. Elle est malade depuis longtemps. Début par une bronchite. Elle a pris douze à quinze vomitifs. Constipation combattue par des lavements. Hier soir elle a eu, nous dit la mère, des convulsions pendant une demi-heure. La nuit a été très-calme. Elle a été reprise ce matin. Il paraît que dans sa première enfance elle a eu des convulsions. Depuis son entrée à l'hôpital elle a eu des crises pseudo-épileptiformes, face cyanosée, écume à la bouche, contractions spasmodiques des membres, spasmes fibrillaires de la paupière supérieure. Strabisme. Respiration stertoreuse. Sueurs profuses et localisées à la tête.

T. 40°,6. Pouls filiforme, 158. Haleine froide, glacée. Mort à huit heures le 2 février.

*Autopsie* faite le 4 février à huit heures du matin, trente-six heures après la mort.

*Crâne et encéphale.* — Méninges congestionnées. Les *sinus de la dure-mère* paraissent distendus. En incisant une de leurs parois on trouve dans leur cavité des coagulations sanguines brunes noirâtres remplissant tout leur calibre. Ces thrombus paraissent être à peu près tous de même date, sauf celui qui remplit les sinus latéral et pétreux inférieur gauche, qui est blanchâtre, opaque.

Injection vasculaire intense de la pie-mère.

Ramollissement de *la pulpe cérébrale* et infiltration œdémateuse des couches corticales des hémisphères.

Pas d'épanchement intra-ventriculaire. Légère infiltration séreuse des plexus choroïdes.

*Induration et sclérose pulmonaire* à la base droite. — Ces lésions d'origine ancienne doivent être consécutives à une pneumonie de cette partie de l'organe. Le *foie*, la *rate*, les *reins* sont normaux.

Ici, dans une broncho-pneumonie datant de longtemps déjà, le jour de l'arrivée, des convulsions générales avec strabisme se produisirent. Elles étaient causées par des caillots de tous les sinus de la dure-mère, l'œdème de la pie-mère et du cerveau qui est ramolli.

Obs. — *Convulsions finales. — Pneumonie lobulaire chronique non tuberculeuse. — Thrombose des veines rétiniennes indiquant la thrombose des sinus de la dure-mère.* — T..., trois ans, morte le 13 mars 1874 à la salle Sainte-Catherine, d'une pneumonie lobulaire datant de six semaines et passée à l'état chronique. Huit jours avant la mort convulsion à droite, de trois heures, avec déviation conjuguée des yeux à gauche et laissant une hémiplégie droite incomplète. La convulsion s'est renouvelée trois fois avant la mort de la même façon, puis elle s'est un jour produite à gauche. Sensibilité intacte, mouvements réflexes abolis, pas de connaissance dans l'intervalle des convulsions. Enfin dernière attaque convulsive et mort.

Les yeux, examinés tous les jours depuis la première convulsion, ont offert des stases sanguines des veines rétiniennes et une hyperémie optique très-intense voilant la papille, enfin une choroïdite atrophique pointillée.

*A l'autopsie.* — Pneumonie lobulaire confluente du lobe inférieur gauche et pneumonie lobulaire discrète du poumon droit. Endocardite végétante mitrale et tricuspide. Pas de tubercules.

*Sinus longitudinal supérieur* rempli par un caillot ambré en blanc sur quelques points noirs. Caillots du sinus caverneux en partie décolorés, caillots noirs du sinus pétreux. Quelques caillots des veines méningées. Avec cela œdème considérable de la pie-mère et du cerveau. Pas de lésion organique ou tuberculeuse de la substance cérébrale.

Ici pneumonie catarrhale chronique et, depuis huit jours, convulsions à droite avec déviation conjuguée des yeux à gauche et hémiplégie droite; après un moment de repos, semblable nouvelle convulsion à droite, puis il en est survenu à gauche.

A l'ophthalmoscope, suffusion séreuse de la papille et stases des veines rétiniennes.

*A l'autopsie.* — Caillots de presque tous les sinus et suffusion séreuse de la pie-mère et du cerveau.

Obs. — *Pleuro-pneumonie. — Érysipèle du cuir chevelu. — Convulsions finales. — Thrombose des sinus et méningite.* — B..., âgée de trois ans, entrée le 7 mai 1875, salle Sainte-Catherine, lit n° 38. Cette enfant, entrée pour une pleuro-pneumonie dont elle n'était pas guérie, a été prise d'érysipèle de la tête occupant le cuir che-

velu et les paupières qui se sont tuméfiées de façon à recouvrir le globe oculaire.

Cet érysipèle a duré quinze jours et a donné lieu à un petit phlegmon superficiel de la paupière: puis il y a eu de l'abattement, de la somnolence, pas d'appétit ni de vomissements, et, enfin, des convulsions avec contracture se sont montrées dans le côté droit où elles ont duré trois jours.

Les deux papilles sont infiltrées de sérosité, gonflées, diffuses, et les veines rétiniennes, fort dilatées, sont remplies de thromboses. Mort le 11 juin.

Les *sinus de la dure-mère* sont remplis de sang liquide, et, dans le sinus longitudinal supérieur et le sinus transverse, le sang est coagulé sous forme d'un caillot considérable, très-compacte et en grande partie décoloré et n'offrant que çà et là des parties cruoriques. Les veines méningées afférentes sont également remplies de caillots considérables formés de fibrine blanchâtre obstruant le vaisseau.

A la superficie des deux hémisphères *la pie-mère est infiltrée de pus* dans toutes les circonvolutions, sans tubercules, et il n'y a rien à la base, dans la scissure de Sylvius et dans l'espace interpédonculaire.

La gaîne du nerf optique et le fond des deux orbites ne présentent aucune infiltration purulente.

Toute la *substance cérébrale* est ramollie, diffluente.

La *plèvre droite* présente un peu de pleurésie purulente sans aplatissement du parenchyme pulmonaire. Le reste des *poumons* est fortement congestionné. Sans tubercules.

Dans le *cœur* un peu d'endocardite végétante mitrale.

Dans cette observation, l'enfant, déjà minée par une fièvre hectique de pleurésie purulente, a été prise d'érysipèle de la face et du cuir chevelu, puis de convulsions avec contracture dans le côté droit.

A l'ophthalmoscope, on voyait des thromboses veineuses rétiniennes avec suffusion séreuse de la papille indiquant ce qu'on trouverait à l'autopsie du cerveau.

Par l'autopsie, on voit les sinus longitudinal supérieur et transverse remplis de caillots, de l'infiltration purulente de la pie-mère à la surface des hémisphères et un ramollissement général de la pulpe cérébrale.

Obs. — *Pneumonie chronique. — Convulsions ultimes. — Végétation d'un sinus.* — Cl... Marie, âgée de deux ans, entrée le 21 mars 1877, salle Sainte-Catherine; morte le 29 avril.

Cette enfant, amenée pour une pneumonie chronique, a séjourné dans les salles pendant quarante jours. Elle était dans un état de cachexie assez prononcé lorsque, le 29 avril, elle a été, dans le jour, prise de convulsions générales avec cyanose, écume aux lèvres, et au bout de deux heures elle succomba.

*A l'autopsie.* — Thrombose fibrineuse blanche du sinus longitudinal supérieur. Thrombose du pressoir d'Hérophile et du sinus transverse, là le sang est noir. Thrombose fibrineuse blanche du sinus pétreux descendant jusque dans le golfe de la veine jugulaire et dans cette veine. Thrombose des veines méningées.

Le sinus pétreux renfermait du côté droit une végétation polypiforme adhérente du volume et de la couleur d'un petit haricot cuit. Elle était blanc-jaunâtre, assez résistante, facile à couper. A la coupe, on aurait dit de la fibrine compacte dont le centre eût été ramolli. Vue au microscope, cette matière ressemblait à un amas de leucocytes.

Dans le *cerveau* point de lésions, si ce n'est une infiltration séreuse de la pie-mère, et de l'hydrocéphalie des ventricules latéraux.

Les *poumons* présentent l'induration pulmonaire chronique dure lobulaire dans les deux lobes inférieurs. Pas de granulations tuberculeuses nulle part.

Dans cette observation de pneumonie chronique et de cachexie, des convulsions générales subites avec cyanose du visage et mousse aux lèvres ont emporté l'enfant en deux heures, et ce qu'elle offre de curieux, c'est la thrombose du sinus longitudinal supérieur et des transverses, la thrombose du sinus pétreux descendant dans le golfe de la veine jugulaire, et dans ce sinus une végétation adhérente grosse comme un haricot et formée d'un caillot ancien condensé. Œdème de la pie-mère et hydrocéphalie ventriculaire.

Obs. — *Pneumonie catarrhale. — Thrombose des sinus de la dure-mère. — Convulsions finales.* G... Léonie, âgée de deux ans, entrée le 25 mars 1878, n° 31 de la salle Sainte-Catherine; morte le 27 mars.

Cette enfant est malade depuis quinze jours; elle toussait beaucoup, et elle arrive avec un peu de fièvre et du râle sous-crépitant dans les deux poumons, qui sont remplis. Le lendemain, convulsions pendant trois heures, et mort.

*Autopsie.* — Pneumonie catarrhale des deux poumons. Sans tubercules. Endocardite végétante mitrale. Cerveau très-congestionné avec un piqueté sanguin très-considérable, œdème énorme de la pie-mère. Caillots noirs non adhérents, assez fermes, du sinus longitudinal et des veines méningées. Caillots des sinus transverses, pas d'hydropisie ventriculaire, pas de tubercules.

Dans cette note, relative à une bronchite chronique et pneumonie catarrhale, les convulsions ont achevé la vie et étaient dues à des thromboses du sinus longitudinal supérieur transverse et des veines méningées et à une forte congestion cérébrale.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 mars 1879 (1). — Présidence de M. Richet.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE

**M. Depaul** sera bref, d'autant plus que c'est la quatrième fois que les faits dont il doit parler se reproduisent devant l'Académie, M. Guérin n'étant jamais vaincu et revenant sans cesse à ses idées, alors même qu'on croyait être parvenu à les modifier.

M. Depaul fait un court historique de la question; il rappelle qu'en 1858, lors d'une discussion sur la fièvre puerpérale à laquelle prirent part Dubois, Danyau et M. Depaul lui-même, M. Guérin, le prenant à part et lui répondant personnellement, apprit à l'Académie qu'il avait déposé à l'Académie des sciences, en 1846, un pli cacheté qu'il avait intitulé : Conception étiologique de la fièvre puerpérale. Dans deux discours successifs, M. Guérin, exposant les bases de cette conception étiologique de la fièvre puerpérale, traita un peu légèrement les cliniciens, les praticiens, et chercha à démontrer qu'ils n'avaient pas compris l'importance de sa grande découverte; alors il apporta des observations à l'appui de cette théorie que chez la nouvelle accouchée la matrice se rétracte, se plisse sur elle-même, et que toute nouvelle accouchée chez laquelle, après quatre jours, l'utérus n'est pas revenu ainsi sur lui-même, est atteinte de fièvre puerpérale. M. Guérin considérait et considère encore aujourd'hui ce fait comme établi, malgré les contestations et les protestations unanimes dont il a été l'objet de la part de tous les accoucheurs. En effet, depuis plus de vingt ans que M. Depaul se trouve à la tête du service de la clinique, il examine chez les femmes en couches ce que devient l'utérus, et montre tous les jours à ses élèves qu'il ne peut être admis par personne qu'après trois ou quatre jours l'utérus soit rentré dans la cavité pelvienne. Or toutes ces femmes qui, d'après M. Guérin, devraient être atteintes de la fièvre puerpérale, que deviennent-elles? M. Depaul profite de cette occasion peur apprendre à l'Académie que depuis assez longtemps déjà la fièvre puerpérale semble avoir complètement disparu de son service. Les femmes n'y meurent plus, si bien qu'il y a peu de temps le garçon d'amphi-

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 mars 1879.

théâtre de la clinique a demandé son changement, sous prétexte qu'il n'y a plus rien à faire à la clinique. A quoi cela tient-il?

Lorsque M. Richet et M. Depaul se trouvaient ensemble à la clinique, dirigeant l'un le service de chirurgie, l'autre celui d'accouchement, ils se reprochaient mutuellement de s'infecter. Or, c'est depuis que le service de chirurgie a été supprimé à la clinique pour cause de démolition, que la fièvre puerpérale a disparu du service d'accouchements. M. Depaul, se tournant alors vers M. Pasteur, demande ce que sont devenus les microbes qui doivent produire la fièvre puerpérale.

M. PASTEUR répond que précisément ils pourraient bien venir du service de chirurgie.

M. DEPAUL, reprenant son argumentation, rappelle qu'après la conception étiologique de la fièvre puerpérale, est venue ce qu'on pourrait appeler la conception thérapeutique.

Croyant avoir démontré la véritable origine de la fièvre puerpérale, M. J. Guérin propose d'abord, comme moyen de traitement, une application de sa méthode sous-cutanée, une ponction et des lavages pratiqués ainsi dans la cavité péritonéale. En 1878, laissant la méthode sous-cutanée pour l'aspiration, il proposa d'extraire, d'aspirer par le vagin, le col, la cavité de la matrice et les trompes, les liquides épanchés dans la cavité péritonéale, se basant sur le fait, admis par lui seul, du passage possible par les trompes, des liquides et des gaz soit de l'extérieur dans la cavité péritonéale (théorie de l'infection puerpérale), soit de la cavité péritonéale à l'extérieur (mode de traitement). M. Depaul, reproduisant les arguments qu'il a déjà fait valoir dans les discussions précédentes, s'applique à démontrer l'impossibilité d'admettre, d'une part, cette théorie de l'infection puerpérale et, d'autre part, l'application de la méthode thérapeutique.

En admettant, d'ailleurs, le passage possible des liquides ou des gaz à travers les trompes, si on fait le vide dans la cavité utérine, les parois de cette cavité se rapprochent, s'appliquent l'une contre l'autre; il en est de même des orifices des trompes, et dès lors aucun liquide, aucun gaz, en admettant qu'ils pussent passer antérieurement, ne le peuvent plus. La théorie est donc inadmissible et le mode de traitement inapplicable.

Dans une seconde étape, M. J. Guérin a proposé d'administrer du seigle ergoté aux nouvelles accouchées dans le but de prévenir le défaut de rétraction de la matrice et les accidents puerpéraux.

Aucun clinicien n'admettra qu'avec du seigle ergoté on puisse prévenir la fièvre puerpérale. En outre, s'il est vrai que le seigle ergoté augmente la rétractilité utérine, il n'est pas moins vrai qu'il provoque aussi des contractions, et on a vu ces contractions, souvent fort douloureuses, devenir la cause de métrites ou même de métro-péritonites. Enfin M. Depaul cite deux faits qu'il a observés récemment et qui prouvent que des matières septiques peuvent séjourner dans la cavité de la matrice sans déterminer forcément des accidents mortels. Il s'agit de deux femmes chez lesquelles il n'a pas été possible d'extraire le placenta qui s'est putréfié dans la matrice; ces femmes, après avoir été soumises à un traitement antiseptique et reconstituant, sont sorties toutes deux de l'hôpital complètement guéries après quinze jours.

En résumé, M. Depaul pense qu'il est bien démontré que les théories successivement proposées par M. Guérin en 1846, en 1858 et en 1879 ne sont nullement applicables, et que, particulièrement, l'aspiration à travers les trompes des liquides intra-péritonéaux ne s'est jamais faite et ne se fera jamais.

M. JULES GUÉRIN ne peut s'expliquer cette nouvelle prise d'armes de M. Depaul que par la crainte qu'il doit éprouver de n'avoir pas entraîné la conviction dans l'esprit de ses collègues. M. Guérin se contentera, pour toute réponse à M. Depaul, de lire devant l'Académie le texte même des propositions qu'il a émises dès 1846 et qui se trouvent à la page 780 de l'année 1858 des bulletins de l'Académie. La simple lecture de ces propositions pourra, mieux que la traduction libre qu'en a faite M. Depaul, éclairer l'Académie.

1° La plaie placentaire à la suite de l'accouchement se présente sous deux états physiologiques différents : comme plaie fermée, non exposée suivant qu'elle reste et se cicatrise à l'abri du contact de l'air, c'est-à-dire s'organise immédiatement; comme plaie exposée, suppurante, suivant qu'elle reste en communication plus ou moins permanente avec l'atmosphère.

2° Les conditions physiologiques qui décident de l'un ou de l'autre de ces deux états sont : la persistance du gonflement de l'utérus, dont le retrait s'arrête sous l'influence d'une sorte d'inertie ou de paralysie, et la persistance de l'ouverture du col du vagin, dépendant de la même cause.

3° Les accidents pathologiques qui sont liés directement à la condition de la plaie utérine suppurante sont les suivants : altérations spéciales des caillots sanguins et des lochies; suppression plus ou moins complète de la sécrétion lochiale, remplacée par la suppuration; résorption des liquides altérés par les veines, les lymphatiques et le passage des mêmes liquides à travers les trompes utérines.

4° La fièvre puerpérale, qui a son principal point de départ dans cette altération *sui generis* de la plaie utérine, doit comprendre dans sa formule étiologique l'état puerpéral antérieur du sujet, l'infection ou l'intoxication puerpérale, résultant du milieu infecté, comme le caractère de la plaie utérine exposée comprend la nature particulière de la plaie, du liquide qui la baigne, et de la fonction spéciale dont elle était le siège immédiat.

5° La fièvre puerpérale, considérée comme effet collectif et comme résultante de tous ces éléments étiologiques, peut et doit conserver cette dénomination, et rester comme une maladie à part, dont la nature et les caractères sont aussi distincts que les éléments étiologiques qui lui donnent naissance.

6° La fièvre puerpérale épidémique n'est que la fièvre puerpérale ordinaire à laquelle vient s'ajouter une plus grande dose de miasme puerpéral, porté à sa plus haute propriété toxique; et la fièvre puerpérale foudroyante n'est elle-même que la plus haute expression de cet empoisonnement.

7° La contagion de la fièvre puerpérale existe comme fait de transmission de la maladie d'un individu à un autre; elle se présente sous deux formes principales : sous la forme infectieuse, miasmatique, générale, et sous la forme d'inoculation directe, utérine. Les deux formes sont presque toujours simultanées chez les femmes qui accouchent dans les maternités.

8° Le traitement de la fièvre puerpérale présente deux grandes indications : 1° favoriser la cicatrisation immédiate de la plaie utérine; ramener autant que possible la plaie utérine, qui tend à suppurer, à la condition physiologique de plaie fermée. Les moyens propres à remplir cette double indication sont le seigle ergoté administré immédiatement après l'accouchement et lorsque l'inertie de l'utérus parait vouloir persister. Les autres indications sont fournies par les différents états par lesquels passent l'utérus, ses annexes et l'économie entière, sous l'influence de l'altération et de la résorption des liquides utérins.

L'étude approfondie de la fièvre puerpérale, la considération de ses divers éléments pathologiques, s'accordent avec les résultats de la statistique pour faire considérer les établissements de maternités comme des institutions dangereuses et meurtrières, et demander comme un grand progrès la suppression radicale de ces établissements, sous quelque forme et sous quelque dénomination qu'ils se présentent.

Voilà, ajoute M. Guérin, ce que j'écrivais en 1846. A l'heure qu'il est, je n'ai rien à y changer, et l'avenir n'y changera rien, si ce n'est pour y ajouter quelque chose.

**Sur un signe des affections pulmonaires arthritiques. —** M. COLLIN, médecin inspecteur des eaux de Saint-Honoré, lit une note sur un bruit particulier de froissement pleurétique comme signe diagnostique des affections pulmonaires de nature arthritique; en voici les conclusions :

C'est en général chez les rhumatisants qui ont ressenti des douleurs aux épaules ou aux bras que l'arthritisme se manifeste sur les voies respiratoires.

Le premier retentissement a lieu sur la plèvre, et le plus souvent sans douleur ni fièvre purulente. Il se forme alors une sorte de

pleurésie sèche, et plus tard, par continuité d'organes, a lieu la congestion pulmonaire elle-même.

Le signe caractéristique est un bruit qui simule le râle crépitant du premier degré de la pneumonie et qui n'est entendu qu'à l'inspiration. Son siège a lieu à la partie moyenne d'une ligne qui, partant du creux axillaire, se dirigerait perpendiculairement à la base du thorax.

Ce bruit, que j'ai nommé *froissement arthritique*, est, comme le rhumatisme lui-même, essentiellement migrateur; il peut être entendu à la fois des deux côtés de la poitrine, mais son siège de prédilection est à droite. (Comm. : MM. Pidoux et Woillez.)

La séance est levée à cinq heures un quart.

---

Séance du 1er avril 1879. — Présidence de M. RICHET.

**CORRESPONDANCE**

M. le docteur Pierre Thomas adresse à l'Académie un pli cacheté contenant la description d'une méthode mixte d'embryotomie par le crochet de Braun et la ficelle-scie de M. Thomas. (Accepté.)

M. Masquart, sériciculteur, écrit une lettre dans laquelle il proteste contre les affirmations de M. Pasteur relativement à l'extinction, par son procédé, de la maladie des vers à soie dans le Gard et les autres départements séricicoles.

M. le docteur Boëns envoie une brochure intitulée : *Des plaies en général, pansements et soins divers.*

**M. PASTEUR**, à l'occasion de la correspondance, présente quelques observations en réponse à la lettre de M. Masquart. Il y a, dit-il, une distinction à faire dont M. Masquart n'a pas tenu compte, entre la maladie des corpuscules et la maladie des vers à soie connue sous le nom de flacherie. Quoi qu'en ait dit M. Masquart, qui paraît avoir un parti pris sur cette question, la pébrine, c'est-à-dire la maladie des corpuscules, n'existe plus dans les pays séricicoles. Quant à la flacherie, si elle existe encore dans quelques localités du Midi, c'est qu'on n'y a pas suivi les indications qu'il a données. M. Pasteur a fait récemment un voyage dans la haute Italie, où un sériciculteur habile de ce pays l'a mis à même de s'assurer qu'il n'y avait plus de pébrine dans toutes les régions où l'on s'est conformé à ses instructions.

**PRÉSENTATION**

**M. BERGERON** offre en hommage de la part de M. Proust, membre du comité consultatif d'hygiène de France, un rapport général sur les travaux des conseils d'hygiène des départements.

**RAPPORTS**

**M. POGGIALE** lit une série de rapports officiels sur des demandes relatives à diverses sources minérales. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

**LECTURE**

**M. LE DOCTEUR FÉRÉOL**, médecin de l'hôpital Lariboisière, lit un travail intitulé : *Bons effets du sulfate de cuivre ammoniacal contre la névralgie de la cinquième paire* (tic douloureux). (Renvoyé à une commission composée de MM. Pidoux, Oulmont et M. Raynaud.)

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Marc Sée, au nom de la section d'anatomie et physiologie, sur les candidats à la place vacante dans cette section.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

### Liste des prix de la Faculté pour l'année 1877-1878.

I

La Faculté avait à décerner pour l'année scolaire 1877-1878 :

1° Les prix provenant des libéralités de : MM. le baron Barbier, de la valeur de 2,000 francs; la comtesse de Châteauvillard, de la valeur de 3,000 francs ; Corvisart, une médaille et 400 francs ; de Montyon, une médaille de vermeil et 700 francs ; Lacaze, d'une valeur de 10,000 francs ;

2° Les prix pour les thèses les plus remarquables soutenues devant elle pendant l'année.

3° Elle avait, en outre, à attribuer le legs Trémont dans les conditions indiquées par le testateur.

Dans les séances des 28 novembre, 12 décembre 1878, 6 février 1879, l'assemblée de la Faculté, après avoir entendu les rapports des Commissions chargées d'examiner les titres de chacun des candidats, a dressé la liste des lauréats. Cette liste a été approuvée par M. le ministre de l'Instruction publique.

1° *Legs Trémont.* (Commission : MM. A. Vulpian, doyen, Bouchardat, Depaul, Verneuil et Trélat.) — Le legs, de la valeur de 1,000 francs, a été partagé en parties égales entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

2° *Prix Barbier.* (Commission : MM. Richet, Depaul, Verneuil, Trélat, Léon Le Fort.) — Neuf mémoires ont été présentés. La Faculté a décerné le prix à M. Martin, dentiste à Lyon (Rhône), pour un *nez artificiel* avec appareil de prothèse dentaire.

3° *Prix Châteauvillard.* (Commission : MM. Gavarret, Richet, Charcot, Gubler, Jaccoud, Ball.) — Cinq mémoires ont été présentés. La Faculté a décerné le prix de 2,000 francs à M. le docteur Proust, agrégé libre de la Faculté de Paris, pour son ouvrage sur *l'Hygiène publique ou privée et l'hygiène professionnelle.* Elle a accordé : 1° Une mention très-honorable à M. le docteur Lacassagne, agrégé de la Faculté de Montpellier, professeur agrégé à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce, médecin-major, pour ses *conférences de médecine légale;* 2° une *mention honorable* à M. le docteur Hennequin, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'administration des bâtiments civils, et une *mention honorable* à M. le docteur Manouvriez, de Valenciennes.

4° *Prix Corvisart.* (Commission : MM. Lasègue, Hardy, G. Sée, Potain et Ball.) — Trois mémoires ont été présentés. La Faculté a décidé que le prix serait partagé de la manière suivante : 1er prix, M. de Brun du Boisnoir (Hippolyte-Marie-Antoine), né à Arlans (Puy-de-Dôme), le 22 août 1855, 300 francs ; 2e prix, M. Augé (Denis-François-Narcisse), né le 5 octobre 1855, à Sernin (Aveyron), externe à la Charité, 100 francs. La Faculté a décidé que le sujet du concours pour l'année 1879 serait : les *Ictères.*

5° *Prix Montyon.* (Commission : MM. Bouchardat, Chauffard, Gubler, Parrot.) — Trois mémoires ont été soumis à la Faculté. Elle a décerné le prix à M. le docteur Liégeois (Charles-Auguste), né à Bainville-aux-Saules (Vosges), le 21 août 1854, pour son travail sur une *épidémie de scarlatine.*

6° *Prix Lacaze.* (Commission : MM. Lasègue, G. Sée, Charcot, Potain, Jaccoud, Peter, Hardy.) — Le prix a été décerné à M. le docteur Colin, médecin principal de 1re classe, professeur à l'École militaire du Val-de-Grâce, pour ses travaux sur *la Fièvre typhoïde dans l'armée et les épidémies et milieux épidémiques.*

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 13 mars 1879, M. le docteur Kelsch a été nommé professeur d'anatomie pathologique et d'histologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

— Par décret en date du 20 mars 1879, a été nommé : M. Castan, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, professeur de pathologie interne à ladite Faculté.

— Le ministre de la guerre a accordé un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à MM. les docteurs Perronnier (de Romans), Morère (de Palaiseau), Seurat (d'Essonnes), Louis (de Livarot), Blanc (d'Uzès), Vy (d'Elbeuf), Rousseau (d'Hirson) et Porquet (de Vire).

— La distribution des prix aux élèves en pharmacie a eu lieu avant-hier lundi, à une heure, dans le grand amphithéâtre de l'assistance publique, sous la présidence de M. Möring, directeur. Ont été proclamés lauréats des hôpitaux :

Première division. — Prix (médaille d'or): M. Guilhochel. — Accessit (médaille d'argent): M. Léger. — Mention honorable: M. Jolivet.

Deuxième division. — Prix (médaille d'argent): M. Morel. — Accessit: M. Leidié. — Mentions honorables: première, M. Garnaud; deuxième, M. Schmidt.

Ont été proclamés internes en pharmacie : MM. 1. Anthoine, Bonnet, Puy, Heinbach, Foulon, Alexandre, Pinot, Bouillot, Vaudin, Chéreau, Rousseau-Langwal, Gamel, Mercier, Dardaillon, Popelard, Robin, Vaillant, Prion, Lemaire, Collin.

21. Patein, Goulven, Trouette, Doux, Verne, Crépin, Gondard, Gibart, Luneau, Delcourt, Vaux, Frémont, Virlogeux, Jaillet, Claverin, Bazin, Quillard, Fraudin, Cazeaux, Blaque.

41. Requier, Quéry, Cazin, Peccate, Peuvrier, Chaumeton, Guillouet, Millet, Vurlin, Mille, Martin, Thurissey, Jeanniot, Mellet, Naline, Rosel, Barré, Debacq, Anglade et Vansteenberghe.

— Le banquet annuel de l'internat en médecine aura lieu cette année, le samedi 19 avril, dans les salons du café Riche, 1, rue Lepelletier.

Le montant de la souscription, fixé à 16 francs, pourra être remis dans les hôpitaux, à l'interne économe de la salle de garde, ou à l'un des commissaires du banquet : MM. Piogey, rue Saint-Georges, 42; Bottentuit, boulevard Malesherbes, 19; Émile Tillot, rue Fontaine Saint-Georges, 42.

— La Société française de tempérance a tenu sa séance solennelle le 30 mars, sous la présidence de M. le professeur Bouillaud, membre de l'Institut.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. Bouillaud, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre, par M. Lunier, secrétaire général, ceux de MM. Dujardin-Beaumetz et Edmond Bertrand sur le concours de 1879, et le rapport de M. Briant sur les récompenses, la Société a décerné: à M. Metman, un prix de 1,500 francs; à M. Lailler, une médaille d'argent et une récompense de 300 francs; à M. Schœllhammer, une médaille de vermeil; à M. François Lemaire, une médaille d'argent. La Société a décerné en outre 81 diplômes d'honneur, 23 médailles d'argent, 360 médailles de bronze et 47 livrets de caisse d'épargne de 25 francs.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Étude sur les paralysies du nerf cubital,** par le docteur Fèvre, In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Alex. Coccoz.

**Contribution à l'étude des causes empêchant l'ablation définitive de la canule après la trachéotomie chez les enfants** (variété de rétrécissement trachéal, bourgeons charnus de la plaie), par le docteur Louis Carrié. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Alex. Coccoz.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 8023.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Accidents asphyxiques formidables survenus pendant le cours d'une pleurésie avec épanchement modéré.

Une femme du service de M. Hardy, à la Charité, atteinte de pleurésie d'étendue et d'intensité moyenne, a présenté au plus haut degré un exemple de la disproportion qui existe quelquefois entre les symptômes et les signes physiques. L'auscultation et la percussion faisaient constater chez cette malade de la matité dans la moitié inférieure de la cage thoracique du côté gauche, avec absence de vibration et de murmure vésiculaire. Il existait un souffle retentissant de la voix intermédiaire à la bronchophonie et à l'égophonie, qui est devenu depuis tout à fait égophonique. Il y avait évidemment un épanchement limité à la partie inférieure de la poitrine. Avec ces signes très-caractéristiques, mais n'indiquant en somme qu'une lésion très-circonscrite et d'une médiocre intensité, cette malade avait présenté la veille un accès de suffocation des plus violents, avec 80 respirations, un pouls à 140 et une anxiété extrême. Il y avait dans ce désaccord un motif de chercher si cette malade n'avait pas autre chose qu'une pleurésie. L'élève à qui avait été confié l'examen de cette malade a cru à une pneumonie en se fondant sur l'existence d'un râle humide sous la clavicule. Mais ce râle était plus gros, plus humide et plus disséminé que celui de la pneumonie; il appartenait plutôt à la congestion pulmonaire; d'ailleurs, il n'y avait ni toux ni expectoration. M. Hardy n'a pas accepté ce diagnostic dans ce cas-ci, sans se dissimuler toutefois qu'on rencontre de loin en loin certaines pneumonies qui simulent à s'y méprendre la pleurésie par l'absence complète du bruit respiratoire. Il a vu, il y a quelques années, à l'hôpital Saint-Louis, un malade qui présentait, comme cette femme, tous les signes d'une pleurésie et chez lequel il a trouvé, à l'autopsie, une hépatisation du poumon. Un médecin dont tout le monde connaît la grande habileté en auscultation, M. Grancher raconte, dans un mémoire très-intéressant, publié dans la *Gazette médicale de Paris*, qu'étant en présence d'un cas semblable, il crut si bien avoir affaire à un épanchement qu'il n'hésita pas à faire une ponction. Cette ponction n'ayant point donné lieu à l'issue du liquide pleural, il en pratiqua une seconde sur un autre point, avec le même insuccès. Ce malade ayant succombé quelques jours plus tard aux progrès de son affection, on constata à l'autopsie qu'il n'existait pas trace d'épanchement, mais que le poumon, adhérent à la plèvre pariétale par des tractus fibrineux, était hépatisé dans ses deux tiers inférieurs, congestionné dans son tiers supérieur, et que les bronches étaient remplies dans toute leur étendue d'un exsudat fibrineux, si bien que l'arbre aérien tout entier était absolument imperméable à l'air. On sait que c'est aux faits de ce genre que M. Grancher a donné le nom de pneumonie massive. Nous reviendrons sur ce point dans une autre Revue.

Avait-on affaire ici à quelque chose de semblable? Non. La malade n'a ni toux, ni expectoration. Le râle que l'on entend au sommet n'est point celui de la pneumonie. Enfin le caractère du pouls, fréquent il est vrai, mais petit, serré, n'est pas du tout celui des pneumoniques. En présence de l'état dans lequel se trouve cette malade, on pouvait encore se demander s'il n'y avait pas derrière la pleurésie de la granulie, une dissémination de tubercule. On serait d'autant plus autorisé à admettre cette complication, que cette femme a été débilitée par des pertes de sang, qu'elle a subi un traitement hydrargyrique et iodé et qu'elle a une fièvre intense. Mais, considérant que la granulie est toujours généralisée et qu'ici on n'en trouve pas trace à droite, il a fallu également éliminer cette hypothèse.

En résumé, on ne trouvait ici que les signes d'une pleurésie du côté gauche avec un épanchement médiocre n'occupant tout au plus que la moitié inférieure de la cavité pleurale, sans déplacement du cœur, autre preuve du peu d'abondance de l'épanchement. Comment, avec une lésion aussi minime, expliquer ce phénomène d'asphyxie tellement formidable qu'on a pu craindre un instant que cette femme y succombât? L'opinion de M. Hardy a été que, dans ce cas, l'intensité de l'inflammation de la plèvre l'emportait de beaucoup sur l'étendue de l'épanchement et que les phénomènes si graves qui sont survenus étaient dus à une parésie pulmonaire passagère, fait analogue à ce qui se passe dans les péritonites, qui amènent souvent à leur suite une paralysie des muscles intestinaux, ou dans les péricardites par rapport au cœur.

Était-ce le cas de piquer la plèvre? M. Hardy ne l'a pas pensé, les accidents ne pouvant être attribués ici à la com-

pression du poumon par l'épanchement. Il a eu recours à une médication antiphlogistique et révulsive aussi énergique que l'état général de la malade pouvait le comporter. Il consisté en applications de ventouses scarifiées sur le côté gauche de la poitrine, suivies d'un grand nombre de ventouses sèches pour décongestionner le poumon. La saignée générale, qui eût été indiquée, a été éloignée ici, ainsi que l'administration du tartre stibié à titre de contre-stimulant, à cause de l'état de débilité de la malade. On a remplacé ce dernier agent par la digitale à la dose de dix gouttes d'abord, puis de vingt gouttes plus tard. Enfin on a eu recours à des injections de chlorhydrate de morphine, qui ont amené du calme et un peu de sommeil. Sous l'influence de cette médication, les phénomènes si graves de la veille se sont graduellement calmés, si bien que le pronostic, qui eût été d'une gravité extrême aux yeux de ceux qui ont pu assister à cette scène, était très-modifié et comporte actuellement l'espoir d'une guérison possible et même probable. Il ne reste plus maintenant qu'à chercher à favoriser la résorption du liquide épanché dans la poitrine par l'application des vésicatoires.

**Traitement de la névralgie de la cinquième paire (tic douloureux) par le sulfate de cuivre ammoniacal.**

Dans notre Revue clinique du 21 septembre dernier, nous avons fait connaître les bons effets que M. le docteur Féréol avait obtenus de l'emploi du sulfate de cuivre ammoniacal dans deux cas de névralgie faciale épileptiforme, chez un malade de son service de l'hôpital Lariboisière et chez un second malade qui s'était présenté à la consultation. Dans la communication qu'il a faite mardi dernier à l'Académie de médecine, M. Féréol a exposé la relation de deux faits nouveaux de sa pratique qui viennent donner un nouveau témoignage à l'appui, sinon de l'efficacité absolue de ce moyen de traitement, du moins de son action palliative temporaire.

Voici le résumé de ces deux nouveaux faits :

Mme X., âgée de quarante-trois ans, délicate et nerveuse, mais non hystérique, ayant eu de grands chagrins, est prise dans le courant de l'été dernier d'une névralgie de la cinquième paire avec redoublements qui se produisent deux ou trois fois par jour à heures irrégulières et qui parfois se succèdent sans interruption pendant vingt-quatre heures; la malade est alors comme folle ; on n'ose la quitter un instant. Devant l'inutilité des traitements mis en usage pendant deux mois dans sa province, elle vient à Paris en octobre dernier, et consulte M. Charcot qui lui prescrit d'abord le sulfate de quinine, puis les pilules d'aconitine et le quinium.

Appelé près de la malade au cours même de ses grandes crises, M. Féréol la calme avec une injection hypodermique de morphine et il continue la médication prescrite par M. Charcot. Les choses paraissent se modifier quelque peu d'abord, et, au moyen d'une ou de deux piqûres de morphine par jour, les grandes crises sont à peu près conjurées. Mais alors la malade tombe dans l'inappétence; état saburral, débilité profonde. Il fallut renoncer à la morphine. Les grandes crises reparaissent, la malade perd le sommeil. C'est dans ces circonstances que M. Féréol donne le sulfate de cuivre ammoniacal à la dose de 15 centigrammes dans une potion de 30 grammes de sirop de fleurs d'oranger. Dès la fin de la première potion, il y a une grande sédation; la malade dort toute la nuit. Cette sédation continue pendant trois jours. La malade ayant supprimé le médicament, les crises reviennent. M. Féréol le fait reprendre et continuer pendant douze jours. La malade quitte Paris, sinon absolument guérie, débarrassée du moins de ses crises qui mettaient sa raison en péril. Il a eu de ses nouvelles depuis; elle a encore de temps en temps des accès, mais beaucoup moins forts et moins prolongés.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un homme âgé d'une soixantaine d'années environ, qui a fait appeler M. Féréol dans le courant de décembre dernier, pour une névralgie horriblement douloureuse, ayant son point de départ dans le rameau nasal de la cinquième partie droite. Les douleurs sont tellement atroces qu'à plusieurs reprises M. X. a senti des impulsions presque irrésistibles à se jeter par la fenêtre. Il y a dix-huit mois au moins que le mal a commencé. Plusieurs médications ont été essayées : le bromure de potassium, le sulfate de quinine, les narcotiques sous toutes les formes. En novembre 1877 les douleurs devinrent si vives qu'il fallut recourir aux injections hypodermiques de morphine, sous l'influence desquelles le mieux s'établit lentement; le malade passa le printemps et l'été de 1878 sinon sans douleurs, au moins sans crise trop intolérable.

Mais en octobre les douleurs reparurent aussi intenses que l'année précédente : nouvelles médications sans résultat. De nouvelles injections de morphine furent moins efficaces que les premières. Lorsque M. Féréol vit ce malade, il était en proie à une crise terrible qui, depuis cinq jours et cinq nuits, lui enlevait tout sommeil et lui faisait pousser des cris déchirants.

L'examen ne révéla aucune lésion appréciable; pas d'écoulement sanieux, ni d'odeur suspecte; pas de ganglions.

M. Féréol prescrivit, sans beaucoup y compter, le sulfate de cuivre ammoniacal à la dose de 10 centigrammes en potion à prendre dans les vingt-quatre heures. L'effet fut surprenant, le malade dormit la nuit entière ; le lendemain, il se levait, pouvait manger quelque peu, sans que les douleurs reparussent, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plus de deux mois. La potion fut continuée pendant cinq ou six jours à peine. Le malade éprouvait bien encore quelques douleurs; mais il pouvait s'occuper. Toutefois cette amélioration ne dura pas plus d'une quinzaine de jours. Il fut repris de nouveau de ses accès, et, cette fois, le sulfate de cuivre ayant déterminé des vomissements, le malade dut en cesser l'emploi et recourir à d'autres moyens.

Dans le premier de ces deux faits, comme on a pu le voir, l'action du médicament a été prompte et efficace. Il s'est fait du jour au lendemain une véritable transformation. Le retour des douleurs, lors de la cessation momentanée du médicament, leur disparition nouvelle après la reprise du médicament, ne peuvent laisser de doute sur son action.

Dans le deuxième cas, la guérison n'a pas été complète, il y a eu rechute, mais on ne peut méconnaître l'effet sédatif considérable qu'il a produit au cours d'une crise d'une acvité et d'une intensité extrêmes. Peut-être l'administration n'en a-t-elle pas été continuée assez longtemps. On a vu, du reste, qu'à sa reprise, le médicament n'a pas été toléré. Ce fait reste à ce point de vue incomplet.

Ajoutons que les essais que M. Féréol a faits depuis le mois d'août dernier, en dehors des cas de névralgie faciale, dans divers états spasmodiques ou douloureux, particulièrement dans la sciatique, dans la névralgie deltoïdienne, dans la chorée, dans les spasmes et les contractions douloureuses des hystériques, dans l'hystéro-épilepsie, etc., ne lui

ont donné que des résultats à peu près nuls. D'après ses expériences, l'action du sulfate de cuivre ammoniacal semblerait se circonscrire dans la sphère où il a constaté tout d'abord son efficacité. Il est bon que les praticiens soient prévenus de ces échecs comme de ces succès en même temps, pour qu'ils ne s'exposent pas à des tentatives inutiles et à des revers prévus.

Quant au mode d'administration, M. Féréol a essayé d'abord le médicament en poudre, dans du pain à chanter avec du sucre. Sous cette forme, il a causé des douleurs stomacales assez vives. En potion, il est beaucoup mieux supporté.

Voici la formule :

| | |
|---|---|
| Eau distillée. . . . . . . . . . . | 100 grammes. |
| Sirop de fleurs d'oranger ou sirop de menthe . . . . . . . . . . | 30 — |
| Sulfate de cuivre ammoniacal . | 10 à 15 centigr. |

Trois à quatre cuillerées sont prises au courant de chaque repas, et le reste dans l'intervalle. Dr BROCHIN.

## PLAIE PROFONDE DE LA MAIN

AVEC LÉSION PROBABLE DE L'ARTÈRE PALMAIRE ; GUÉRISON PAR SIMPLE COMPRESSION.

Par le docteur H. GUINIER, agrégé libre, médecin aux Eaux de Cauterets.

Les articles du docteur Sorbets et du docteur Sonrier, médecin principal en retraite (*Gazette des hôpitaux*, 10 décembre 1878 et 13 février 1879), provoquent des communications analogues. C'est rendre service aux praticiens que de leur indiquer la sécurité d'une intervention immédiate, simple et facile, dans certains cas de plaies profondes, d'apparence dangereuse. Voici un fait ancien du début de ma pratique, qui porte avec lui son enseignement ; c'est un des types les plus communs du traumatisme de la main :

Un boucher, grand et fort, d'une vigoureuse santé, fait une chute à travers une trappe, dans un sous-sol, sur des ustensiles de poterie qu'il brise en tombant. L'un des débris aigus lui fait une plaie profonde dans la paume de la main gauche, entre l'index et le médius. Une hémorrhagie abondante se déclare ; on comprime fortement l'avant-bras au-dessus du poignet, et on applique quelques compresses vinaigrées, serrées sur la plaie. Le sang cesse de couler, et le blessé, heureux d'en être quitte à si peu de frais, va faire son repas de midi. Il n'a pas achevé ce copieux repas que, sous l'influence du début de la digestion, l'hémorrhagie reparait plus abondante, traverse tous les linges de pansement, et laisse sa trace sur le sol, dans le trajet effectué pour venir me trouver. La plaie est découverte, elle est profonde, en entonnoir ; elle pénètre au-delà de l'arcade palmaire superficielle, peut-être jusqu'à l'arcade profonde. Le sang est rutilant, il arrive par grandes ondées isochrones avec les pulsations du pouls ; son écoulement s'arrête avec la compression méthodique des artères de l'avant-bras.

J'étais fort embarrassé, en présence d'un accident en apparence insignifiant, mais avec une lésion artérielle grave, dans une région peu accessible; et, tout en annonçant la nécessité probable d'une ligature, c'est-à-dire d'une *opération*, chose dont mon client paraissait se soucier fort peu, je cherchais un moyen de retarder l'urgence. N'est-ce pas là, d'ailleurs, l'attitude de la plupart des praticiens, au premier moment d'un accident de ce genre ?

La plaie préalablement séchée et maintenue sèche par une compression méthodique de l'avant-bras, je me borne à la tamponner avec ce que je trouve sous la main, de l'agaric imbibé de collodion (comme je l'aurais fait pour des piqûres de sangsues). J'obtiens ainsi un tampon, à couches superposées, imperméable, parfaitement adapté à la forme de la plaie qu'il pénètre dans sa plus grande profondeur, exactement adhérent par toute sa surface, et exerçant une compression par son rapide durcissement. La compression de l'avant-bras est maintenue, le membre est mis en écharpe, et je me contente de surveiller le blessé auquel je prescris le repos et la diète liquide. Rien ne survient, et le malade conserva son pansement *provisoire*, jusqu'au moment où le tampon se détacha et tomba de lui-même. La plaie était déjà toute cicatrisée, sans la moindre suppuration. Après environ trois semaines, tout appareil était enlevé, et, bientôt après, le malade reprenait ses occupations.

J'ai suivi cet homme pendant plusieurs années ; il ne lui est resté qu'une légère atrophie de l'index et du médius, avec diminution de la sensibilité de ces doigts.

On le voit, la simplicité du moyen démontre la sécurité du procédé.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 avril 1879. — Présidence de M. TARNIER.

CORRESPONDANCE

**Réunion profonde des lambeaux d'amputation avec l'os.** — M. TRÉLAT. Dans une lettre adressée à la Société, M. Le Fort a réclamé la priorité au sujet de la réunion des lambeaux avec le tissu osseux dans les amputations. Il a recommandé dans son Manuel de médecine opératoire (1874) d'affronter les lambeaux en avant de l'os au moyen de compresses appliquées de chaque côté ; la figure démontre évidemment qu'il cherche la réunion des parties molles, au niveau de l'os sectionné. Un an auparavant, je disais à M. Houzé de l'Aulnoit que je préconisais la méthode des manchettes périostiques depuis longtemps. Ce que recherche M. Le Fort, Laugier et M. Broca le recherchaient au moyen de bandelettes de liége ou de carton. J'ai négligé de prendre un titre écrit au sujet de cette pratique de la réunion profonde, parce qu'il s'agissait d'une chose qui était depuis longtemps dans le domaine public. Il ne suffit pas de mettre sa marque un jour sur une chose presque usuelle pour en faire sa propriété. Je l'ai dit notamment dans l'observation d'une amputation de Choppart, en 1861 ou 1862 ; la réunion primitive parfaite des lambeaux avec les surfaces osseuses a été obtenue dans cette opération ; si je n'ai pas insisté davantage, c'est parce que je ne suis point possédé du génie des inventions quand même. Il est bien évident que, si l'on ne savait pas que les lambeaux peuvent se réunir à l'os et aux surfaces articulaires, on ne chercherait pas avec tant de soin à obtenir ce résultat. C'est parce que les chirurgiens l'ont vu qu'ils poursuivent ce but ; quant aux moyens et procédés, je reconnais volontiers que M. Le Fort a fait de louables tentatives dans ce sens par un procédé particulier. Tout ce que je veux dire, c'est qu'il n'est ni le premier ni le seul qui soit entré dans cette voie. Pour mon propre compte, j'aime beaucoup mieux ne pas être le premier, mais être avec beaucoup d'autres, et, dans le cas particulier, je me trouve avec beaucoup de partisans de la réunion primitive et profonde ; cela me suffit.

RAPPORT

**Ulcères des téguments dans la paralysie atrophique de l'enfance.** — M. NICAISE lit un rapport sur le mémoire présenté par M. Nepveu. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, page 122.) Parmi les quatre observations analysées, la première paraît la plus probante. Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans qui portait sur les orteils des ulcérations analogues à des engelures, arrondies, larges

de plus d'un centimètre, violacées, avec diminution de la température et atrophie musculaire. Les courants électriques et les pansements avec la charpie phéniquée ont, à la longue, amené la guérison. Chez les autres sujets, âgés de onze, dix-sept et vingt ans, les ulcérations ont été moins nettes; il n'y a eu que des vésicules ou des cicatrices. On ne peut attribuer absolument les lésions ulcéreuses à la paralysie infantile, dans laquelle il n'y a pas d'altérations de la peau, mais qui joue simplement le rôle de maladie prédisposante, parce que le membre est de moindre résistance.

M. VERNEUIL. Ces observations ont été recueillies dans mon service; elles sont toutes de même nature. On ne peut dire que les luxations observées dans deux cas ont été pour quelque chose dans le développement des ulcérations, parce que c'étaient des luxations paralytiques consécutives à la paralysie atrophique de l'enfance. Les ulcérations et les taches étaient identiques; j'ai pensé même que les troubles trophiques pouvaient atteindre jusqu'à l'os lui-même, car le jeune homme auquel j'ai fait une amputation de jambe ne présentait pas d'autre cause de son ostéite que l'affaiblissement et la nutrition imparfaite du membre. Je crois qu'il faut attribuer une influence à l'atrophie, et que le froid agit en outre comme cause déterminante sur des parties où, d'abord, l'atrophie a joué le premier rôle.

M. NICAISE. Il y a des troubles trophiques directs spontanés et des troubles trophiques qui ne peuvent se développer que sous l'influence d'une cause déterminante. Ceux qui se produisent dans la paralysie atrophique de l'enfance ne tiennent peut-être pas certainement à l'entité morbide spéciale. Je crois qu'on pourrait trouver les mêmes phénomènes, par exemple dans les coxalgies de l'enfance accompagnées d'atrophie des os, des muscles, des artères, de diminution de température, etc. Je pense, en un mot, que les troubles trophiques n'ont été que secondaires sur des membres déjà atrophiés, mais que la lésion médullaire ne doit y être engagée pour rien.

M. VERNEUIL. Je n'ai jamais vu de coxalgies amenant des résultats analogues; toutes les atrophies ne prédisposent donc pas à ces accidents.

M. TH. ANGER. J'ai actuellement dans mon service un homme, âgé de quarante ans, atteint de pied-bot paralytique et qui porte précisément un ulcère, de guérison très-lente, quoiqu'il ne siège pas sur une partie portant sur le sol. Cet ulcère doit être dû à une lésion atrophique remontant à l'enfance. J'ai observé un assez grand nombre de troubles trophiques de l'enfance, atteignant la peau et les os. Je rappellerai entre autres l'observation d'un enfant auquel j'ai fait la suture osseuse pour une fausse articulation dans un membre atteint d'atrophie. Les fils d'argent furent laissés en place pendant cinquante-quatre jours; les os avaient été taillés en biseau et suturés dans le sens vertical et dans le sens horizontal. Cependant la consolidation ne s'est pas maintenue; j'attribue cette sorte de résorption du cal à la paralysie infantile dont était atteint ce petit enfant. Je traite en ce moment une petite fille de trois ans qui, à l'âge de quinze mois, marchait très-bien; un jour d'été elle fut laissée au lit exposée à un courant d'air, et à son réveil elle présentait de la douleur au cou et elle pouvait à peine tourner la tête. Peu de jours après, elle boitait et sa jambe se déviait. J'ai pensé que, sous l'influence du froid, s'était développée soit une myélite, soit une lésion rhumatismale des enveloppes de la moelle. Pour traiter le pied-bot accidentel, j'ai recommandé l'usage d'un lien élastique destiné à aider les extenseurs du pied et l'application de courants continus pendant la nuit sur le membre atrophié. J'avais noté avec soin les dimensions du membre et j'ai pu constater que, pendant l'hiver de 1878, ce traitement, suivi régulièrement, avait amené un développement relativement plus marqué du membre paralysé que du membre sain. Les vacances étant survenues, le traitement fut interrompu pendant trois ou quatre mois; au retour de la campagne, l'enfant avait perdu ce que l'on avait gagné par le traitement antérieur. Instruit par cette observation, je pense que la moindre cause, le froid par exemple, peut suffire pour déterminer des ulcérations sur les membres atrophiés; au contraire, une irritation quelconque, telle que l'électricité, excitera la nutrition du membre.

M. NICAISE maintient l'opinion qu'il n'est pas établi d'une manière absolue que les faits décrits soient sous la dépendance d'une lésion de la moelle, de la lésion des cornes antérieures qui caractérise la paralysie spinale aiguë sur laquelle, d'ailleurs, l'électricité ne produit aucun effet.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. La question soulevée par M. Perrin ayant été un peu déplacée, je suis obligé de reprendre la parole pour répondre à quelques arguments importants opposés à la théorie de Lister. A M. Desprès, je dirai d'abord qu'il ne pratique pas le vieux pansement de Velpeau, de Laugier, etc.; il fait un véritable pansement à l'alcool. Au sujet de la dépense comparative de l'alcool ou de l'acide phénique, M. Desprès, autrefois, était plus sévère, et il insistait, dans son travail sur la chirurgie de guerre, sur ce fait qu'il avait fait beaucoup de bien avec peu d'argent. Ce n'est pas de 1875 que date la méthode antiseptique en France; je l'avais fait connaître dès 1868 et 1869 après mon voyage chez Lister; le traité de Holmes est de 1870. A propos des détails donnés sur la pratique de Volkmann, je ferai remarquer que l'œdème aigu des Allemands n'est autre chose que le phlegmon diffus : de même pour l'ostéotomie, M. Desprès la juge tantôt une opération grave, tantôt un simple raclage des os. Elle n'est pas une opération inutile : en tous cas, elle est une opération innocente avec les procédés antiseptiques, tandis qu'elle serait criminelle avec les méthodes anciennes. M. Desprès a tort d'accuser les chirurgiens étrangers, qu'il n'a jamais vus agir, de pratiquer des opérations inutiles : je n'ai jamais vu les chirurgiens anglais faire des amputations pour leur bon plaisir. Pourquoi d'ailleurs jongler avec les statistiques? En dehors des statistiques, il faut tenir compte du mode de réparation des plaies et de leur marche ultérieure. Or M. Desprès a eu bon nombre d'érysipèles dans son service : depuis le mois de janvier, j'en ai recueilli six observations; grâce à la fidélité de ses internes, je n'ai pu m'en procurer davantage, mais on m'a dit qu'il y en avait neuf, ce qui prouve que l'érysipèle peut se produire même avec un pansement sale.

M. DESPRÈS. Il n'était pas besoin de recourir à ce procédé pour avoir ma statistique : ce n'est pas neuf, mais douze érysipèles que j'ai observés dans mon service; quatre venaient du dehors, et le cas auquel il est fait allusion était celui d'un malade portant une plaie pour laquelle, avant son entrée, on avait tenté la réunion par première intention.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. M. Le Dentu a exprimé la crainte que le pansement de Lister ne soit pas d'une application facile en temps de guerre; la preuve en a été faite complètement, et l'on s'est trouvé à l'abri de l'infection purulente. A M. Perrin, qui me demande des preuves, je répondrai qu'en 1873, dans le service de Volkmann, il y avait eu douze cas de suite d'infection purulente; après l'application du pansement de Lister, il n'a plus eu un seul cas de mort par infection purulente. Soixante-quatorze fractures compliquées ont toutes été suivies de guérison. Les accidents observés par M. Le Dentu tiennent à ce qu'il n'a pas suivi complètement la prescription du pansement de Lister : les suppurations fétides, survenant sous les sutures, indiquent les pansements imparfaits. On n'a pas vu que le catgut ait le moindre inconvénient pour les grosses ligatures : Demarquay lui a attribué les hémorrhagies secondaires, mais il en avait peu d'expérience. M. Trélat n'a voulu voir, dans les méthodes antiseptiques, qu'un avantage résultant particulièrement de l'emploi de matériaux neufs, préservés de toute contagion, je ne crois pas que ce soit le point capital du pansement de Lister. M. Le Fort, tout en proclamant les beaux résultats de ce pansement, a insisté sur les cas où il a eu aussi de beaux succès sans l'emploi de l'acide phénique; il a opposé une théorie chimique à la théorie des germes, auxquels, d'ailleurs, nous n'attachons pas une importance absolue. Jamais Lister n'a dit : pas de germes, pas de suppuration; car tout le monde admet

que les plaies peuvent guérir tout en restant empoisonnées par les vibrions. Nous disons seulement qu'en écartant les vibrions, nous faisons de meilleure chirurgie qu'autrefois.

Il ne suffit pas d'additionner des statistiques différentes : il est beaucoup préférable de comparer la statistique du même chirurgien aux diverses périodes de sa pratique chirurgicale ; c'est ce qui donne une valeur réelle à la statistique de Volkmann, qui a toujours réalisé le pansement de Lister, depuis qu'il l'a adopté. Si j'emploie une solution caustique, c'est seulement lorsque je suis appelé dans les services de mes collègues, où linges et instruments sont largement empoisonnés. Dans mon service, je me sers d'une solution plus faible d'acide phénique. L'infection purulente peut se produire dans les plaies les plus simples, lorsqu'on ne fait pas le pansement de Lister : j'en ai vu des exemples dans des cas de fistules rectales, de fistules de la bourse prérotulienne, etc. Ce n'est pas seulement d'après son action sur les plaies d'amputation qu'il faut juger le pansement de Lister ; c'est sur toutes les plaies où il est applicable, et d'après leur marche, qu'il faut l'apprécier. Ainsi, j'ai opéré dans les conditions les plus défavorables, dans des services où l'on voyait l'érysipèle sur presque toutes les plaies que l'on touchait ; or je n'ai jamais vu d'infection purulente, ni jamais d'érysipèle, depuis les opérations les plus simples jusqu'aux opérations les plus impossibles, telles que les ouvertures d'abcès froids, les plaies des séreuses, les ouvertures d'articulations, etc. J'ai vu guérir les fractures compliquées, même en les laissant dans la mobilité. J'ai obtenu la réunion immédiate même dans des cas d'amputation du sein, où je faisais les tractions les plus violentes, au point de casser les fils en tirant sur les lambeaux. Si l'on meurt *après* les opérations où les malades sont traités par le pansement de Lister, il est, en tous cas, certain qu'on ne meurt plus *de* l'opération, tandis que nos maîtres perdaient au moins le tiers de leurs opérés par le fait même de l'opération. Il est permis d'espérer qu'en présence de tels résultats, on se ralliera au pansement de Lister, comme on s'est rallié à l'opération de l'ovariotomie jadis si énergiquement proscrite, et acceptée aujourd'hui parce qu'on sait la faire.

M. PANAS. Depuis deux ans j'emploie le pansement de Lister aussi consciencieusement que possible ; je présente à la Société un malade auquel j'ai ouvert l'articulation du genou pour une hydarthrose chronique. Cet homme était atteint de cette lésion à la suite d'un traumatisme, d'un choc violent de la tête d'un aliéné contre son genou. Depuis un an, l'hydarthrose existait : le genou était dur et fortement distendu : on ne pouvait refouler la rotule en arrière, et l'on percevait des bourrelets énormes d'induration. Je fis une large incision latérale à la partie interne, et je fis sortir un liquide jaunâtre et louche renfermant quelques flocons fibrineux ; je m'assurai avec le doigt (préalablement trempé dans une solution phéniquée forte) que l'os et les surfaces cartilagineuses n'étaient pas altérés, mais les franges synoviales étaient très-développées et polypiformes. J'appliquai le pansement de Lister et je laissai le malade sans gouttière. Il n'y eut pas augmentation de température de un dixième de degré. Vers le neuvième jour, survint un peu de fièvre : j'enlevai le pansement, et, du côté externe, je constatai l'existence de clapotement de liquides et de la douleur ; je fis une nouvelle incision pour assurer l'écoulement complet, et je plaçai un deuxième drain. Le lendemain, la fièvre était tombée, et le malade était guéri deux mois après. Un an s'est écoulé, la synoviale a recouvré toute sa souplesse, et le malade a repris son service au chemin de fer du Nord. Il fait tous les mouvements absolument comme si le genou avait toujours été sain.

C'est la quatrième ouverture d'articulation pratiquée dans mon service et avec succès, grâce au pansement de Lister. Un de mes collègues me disait jadis qu'en ouvrant une articulation du genou je serais justifiable de la police correctionnelle ; je crois actuellement que celui-là le serait qui ouvrirait aujourd'hui une articulation sans se servir du pansement de Lister (ou du pansement ouaté).

Pour les amputations du sein, j'en ai fait quatorze, et toutes avec succès : je ne compte pas une opération chez une femme de quatre-vingt-deux ans, morte au quatrième jour par épuisement sénile. Toutes mes opérations ont guéri en un délai moyen de trois à quatre semaines, tandis que, dans la méthode de pansement à plat, on ne voit pas de guérison avant six à huit semaines. Depuis que j'ai fait le pansement de Lister, je n'ai pas vu l'érysipèle qui était si fréquent jadis, surtout dans les amputations du sein. Treize de ces malades ont guéri sans aucune complication ; une seule, à la suite de tiraillement de la plaie, a eu un mouvement érysipélatoïde insignifiant : j'étais pourtant dans les conditions les plus favorables à l'érysipèle, à l'hôpital Lariboisière, et j'avais eu souvent à enlever des ganglions axillaires, une fois même à lier une énorme artère collatérale avec le catgut. La méthode antiseptique a donc supprimé l'érysipèle ainsi que l'infection purulente, dont je n'ai pu trouver de cas, alors que je voulais en soumettre aux recherches de M. Pasteur.

Les hernies étranglées ont aussi été des cas graves ; je n'ai eu que deux morts sur quatorze opérations, et encore étaient-ce des cas exceptionnels, l'un où il a fallu pratiquer un anus artificiel, l'autre dans lequel la mort est venue à la suite du tétanos. Une fois, j'ai lié au catgut une petite perforation intestinale, et j'ai réduit l'intestin sans avoir d'accident. La statistique heureuse de Manec s'explique parce que Manec ne faisait jamais de taxis ; il habitait l'hôpital, et, dès qu'il se produisait un vomissement, il opérait.

Quant à l'ouverture des abcès froids, tandis que le précepte était de leur laisser suivre leur cours, aujourd'hui on peut les ouvrir facilement et sans danger avec le pansement de Lister. Sur ce sujet, j'ai abandonné mon nihilisme chirurgical d'autrefois, et je les ouvre, à l'exemple de Lister, dont vous vous rappelez la communication sur cette question.

Dans les grandes amputations, la mortalité a baissé considérablement depuis le pansement ouaté et le pansement de Lister ; je ne pourrais dire ici lequel des deux pansements mérite absolument la supériorité. Je cite enfin une ovariotomie faite avec succès suivant la méthode antiseptique.

En présence de pareils résultats, il est évident que les jeunes générations, qui n'ont pas suivi nos anciens errements, ne doivent pas hésiter un instant à accepter la pratique nouvelle, qui permet de faire tant de choses impunément. Quant à l'idée de la simplifier, tous ceux qui ont tenté de supprimer quelque chose du pansement de Lister ont échoué. Dans ce sens, je puis citer, entre autres, une tentative récente, celle de Callender, qui traite les abcès froids en les ouvrant largement, en faisant couler le pus, puis en pratiquant de nombreux lavages avec l'acide phénique au vingtième. Il supprime les diverses manœuvres du pansement de Lister. J'ai répété récemment ce pansement de Callender ; je n'en ai pas obtenu de bons résultats : au sixième jour, mon malade a eu de la fièvre, et j'ai dû le remettre au pansement de Lister. A ce propos, je ferai remarquer ce que Lister a enseigné, que son pansement n'est efficace que sur les plaies fraîches et non contaminées. Si l'on a affaire à une plaie ancienne, il faut la rafraîchir, la remettre à nu, en la cautérisant avec une solution de chlorure de zinc, puis seulement la traiter comme une plaie récente. Esmarch l'a aussi proposé. Il a même voulu munir chaque soldat allemand des pièces nécessaires pour un pansement de Lister.

Je dirai en terminant qu'il convient de rejeter complètement l'usage de l'eau potable pour les pansements, parce qu'elle a des propriétés très-infectieuses.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. FARABEUF présente, de la part de MM. Wietkowski et Gorecki, les phalanges de l'annulaire gauche d'une femme qui, portant une bague à ce doigt, s'accrocha à un clou (dans lequel la bague s'engagea), en descendant de voiture avec une grande rapidité. Les deux dernières phalanges furent littéralement arrachées.

La séance est levée à six heures.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

**Liste des prix de la Faculté pour l'année 1877-1878** (1).

II

7° *Thèses récompensées.* (Commission : MM. Béclard, Baillon, G. Sée, Gubler, Pajot, Regnauld, Robin, Richet, Verneuil.) — La Commission a eu à examiner 102 thèses qui avaient mérité les notes *extrêmement* et *très-satisfait*. Parmi ces thèses, la Faculté en a distingué particulièrement et en a signalé à M. le ministre 49 qui lui ont paru mériter des récompenses, savoir : Pour la médaille d'argent, 9 ; pour la médaille de bronze, 19 ; pour une mention honorable, 21.

M. le ministre, par décision du 31 décembre 1878, a approuvé les propositions de la Faculté. En conséquence, la liste des lauréats a été arrêtée de la manière suivante :

1° *Médailles d'argent.* — MM.: Bouveret (Léon). Sur une tumeur osseuse généralisée à laquelle conviendrait le nom : tumeur à ostéoblastes. — Dreyfus-Brisac (Lucien). De l'ictère hémaphéique principalement au point de vue clinique. — Duret (Henry). Études expérimentales sur les traumatismes cérébraux. — Henninger (Arthur). De la nature et du rôle physiologique des Peptones. — Huette (Georges). Bromure de potassium. Étude historique. — Geoffroy (Jules). L'Anatomie et la Physiologie d'Aristote. — Porak (Charles). Considérations sur l'ictère des nouveau-nés et sur le moment où il faut pratiquer la ligature du cordon ombilical. — Remy (Charles). Recherches histologiques sur l'anatomie normale de la peau de l'homme à ses différents âges.—Tapret (Odile). Étude clinique sur la péritonite chronique d'emblée.

2° *Médailles de bronze.* — MM.: Bardet (G.). Étude physiologique et clinique sur la valeur thérapeutique des trois alcaloïdes soporifiques de l'opium (codéine, morphine, narcéine). — Coronado (Daniel). Annotations sur les quinquinas des États-Unis de Colombie et sur l'emploi thérapeutique de la cinchonitine. — Calmettes (Gaston - Édouard - René). De la suture médico-frontale ou métopique. — Cuffer (Louis). Recherches cliniques et expérimentales sur les altérations du sang dans l'urémie et sur la pathogénie des accidents urémiques de la respiration de Cheyne-Stokes dans l'urémie. — Dupont (Baptiste). Étude sur le développement des organes génito-urinaires, à propos d'un cas nouveau de vice de conformation utéro-vaginale.— Graux (Gaston). De la paralysie du moteur oculaire externe avec déviation conjuguée (paralysie par lésion du noyau de la sixième paire). — Joannet (Henri). Le poil humain, ses variétés d'aspect, leur signification en médecine judiciaire. — Linarix (Edmond-Charles). De l'emploi du myrtol ou essence de myrte principalement dans les maladies des voies respiratoires et génito-urinaires. — Lavieille (Ernest). Du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants et de son traitement par le salicylate de soude. — Pinet (Camille). De l'état de nos connaissances sur l'affection ourlienne ou oreillons. — Peton (Henri). De l'action physiologique et thérapeutique de l'ergot de seigle. Étude expérimentale et clinique. — Raulx (Adrien). De quelques troubles des fonctions génitales dans la phthisie pulmonaire de la femme. — Rafinesque (Félix-Gaston). Étude sur les invaginations intestinales chroniques. — Rousseau (Henri). Contribution à l'étude de l'acide chromique, des chromates et de quelques composés du chrome (physiologie, thérapeutique et toxicologie). — Saleh-Choukry. De la trachéotomie et de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne au moyen des instruments incandescents. — Suc (Charles-Denis). Recherches historiques et critiques sur les changements de volume des organes périphériques dans leurs rapports avec la circulation du sang, applications médicales et chirurgicales.— Schwartz (Charles-Édouard). Recherches anatomiques et cliniques sur les gaînes synoviales de la face palmaire de la main. — Tiryakian (Parseg.) Étude expérimentale et clinique sur la conine et ses sels. — Torres-Melchior. Des calculs du rein et de la néphrotomie.

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 avril 1879.

3° *Mentions honorables.* — Bellon (Maurice). Des symptômes de l'étranglement interne dans leurs rapports avec le siège de la lésion. — Butruille (Hippolyte). Le mal perforant. — Boullet (Léon). Essai sur les plaies et fractures de la portion mastoïdienne du temporal. — Coingt (Maurice). Contributions à l'étude des symptômes oculaires dans les maladies du système nerveux central. — Castaneda y Campos (J.-M.). Du phlegmon de la cavité prépéritonéale de Retzius ou phlegmon périvésical. — Dziewonski (Constantin). Étude sur les injections hypodermiques de bromhydrate et de sulfovinate de quinine. — De Brinon (Jean-Charles). Recherches sur l'anesthésie chirurgicale obtenue par l'action combinée de la morphine et du chloroforme. — Gil (Juan-B.). — Recherches expérimentales sur l'insufflation d'air dans l'appareil gastro-intestinal. — Guebhard (Jacques). Étude sur la cystite tuberculeuse. — Garnier (Alfred). De l'inflammation des gaînes synoviales de la paume de la main. — Moutard-Martin (Robert). Étude sur les pleurésies hémorrhagiques néo-membraneuses, tuberculeuses et cancéreuses. — Moreau (Jules-Henri). Recherches sur la trachéotomie. — Morisset (Martial). Étude sur la pression intra-labyrinthique. — Osman Caleb. De l'œuf dans la série animale. — Oulmont (Paul). Étude clinique sur l'athétose. — Pepper (Edward). Note pour servir à l'étude clinique de l'insomnie dans les maladies fébriles nerveuses et mentales. — Patey (Étienne-Gédéon). Étude d'ensemble sur les fractures spontanées considérées spécialement au point de vue de leurs causes, leur pronostic et leur traitement. — Reuss (Louis-Jean-Marc). De l'ostéotomie dans la courbure rachitique des os. — Serrand (René). Étude clinique sur les rapports entre la congestion pulmonaire et la pleurésie aiguë avec épanchement. — Tautain (Louis-Frédéric). De quelques lésions des artères coronaires comme causes d'altérations du myocarde.

Le doyen : VULPIAN.

Pour extrait conforme :

*Le secrétaire de la Faculté.*

A. PINET.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers de l'instruction publique :

MM. les docteurs Didiot, directeur du Val-de-Grâce ; Béclard, Broca, Gubler, Hardy et Sappey, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; Nicolas (Adolphe-Charles) ; Personne, chargé de cours à l'École supérieure de pharmacie de Paris ; Seux, directeur de l'École de médecine de Marseille ; Bitot, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Hecht, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; Morisson et Pilat, professeurs à la Faculté de médecine de Lille ; Fonssagrives, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Faguet, préparateur du laboratoire de botanique de l'École des hautes-études.

Sont nommés officiers d'académie : MM. les docteurs Baillon, Guyon, Potain et Parrot, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; Baudrimont, chef des travaux de physique et de chimie à la Faculté des sciences de Bordeaux, agrégé à la Faculté de médecine de ladite ville ; Pennetier, professeur à l'École de médecine de Rouen ; Tarnier, professeur à l'École de médecine de Dijon ; Allard, professeur à l'École de médecine de Grenoble ; Cauvet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Jouon, professeur à l'École de médecine de Nantes ; Pitois, professeur à l'École de médecine de Rennes ; Feillé, professeur à l'École de médecine d'Angers ; Lereboullet, médecin-major de première classe ; Pupin, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris ; Barbin (de Montoir) ; Guillon, vice-président de l'association des anciens élèves du lycée de Versailles ; Le Dentu, Nicaise, et Damaschino, agrégés libres ; Devillers (de Guise) ; Milton Ross, médecin à Montréal ; Vast (de Vitry-le-François) ; Delestre, publiciste ; Armieux, médecin en chef de l'hôpital de Toulouse ; Le Sourd, directeur de la *Gazette des hôpitaux;* Munier-Chalmas, préparateur

des cours de géologie à la Faculté des sciences de Paris; Oustalet, préparateur au Muséum; Leménager, délégué cantonal; Hardy, Laborde, Bochefontaine, préparateurs à la Faculté de médecine de Paris; Gellé, professeur libre à l'École pratique. — MM. Courbes, pharmacien à Fumel et Missonnier, pharmacien à Saint-Flour.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Négrié, docteur en médecine, est chargé d'un cours annexe de clinique médicale des maladies des enfants.

M. le docteur Bitot est chargé d'un cours annexe de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

Sont chargés des fonctions de maître de conférences : M. Périer, chargé des fonctions d'agrégé à ladite faculté (conférences de toxicologie). — M. Carles, chargé des fonctions d'agrégé à ladite Faculté (conférences de chimie et de pharmacie).

M. Grégory (Walter), né le 15 février 1854, à Caudéran (Gironde), est nommé prosecteur.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Held, ancien agrégé libre de la Faculté de médecine de Strasbourg, mort subitement le 24 mars dernier.

— La Société des sciences, des arts et des lettres du Hainaut met au concours les questions suivantes :

1° Quels sont, au point de vue du traitement des maladies, les avantages et les inconvénients des hôpitaux permanents?

2° Guide médical pour le choix des professions contenant : les conditions physiques, morales et intellectuelles nécessaires aux principales d'entre elles; leurs avantages, leurs inconvénients, leurs écueils; les renseignements propres à fixer le choix sur l'une d'elles et à en faciliter le début.

Les mémoires devront être remis franco, sous les formes académiques, avant le 31 décembre 1879, chez M. le président de la Société, rue du Grand-Quiévroy, à Mons (Belgique).

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa première séance mercredi 9 avril, à huit heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique. — Ordre du jour : 1° Élections de membres titulaires et d'associés libres nationaux; 2° Compte-rendu des élections du 23 mars; 3° les meilleurs modes de nomination des médecins-adjoints des bureaux de bienfaisance.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 8028.

N° 41. — MARDI 8 AVRIL 1879. 52e ANNÉE. MARDI 8 AVRIL 1879. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Constantin Paul.

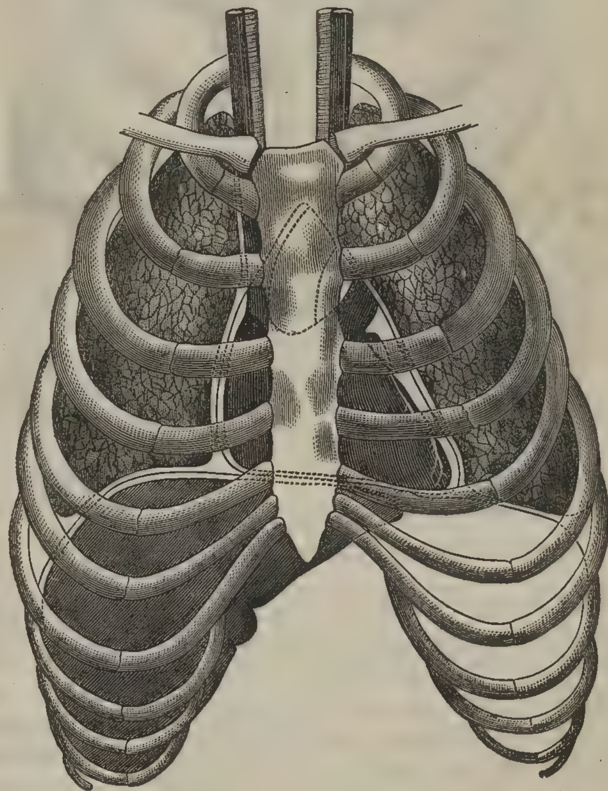
### Rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire. — Phthisie consécutive.

Le malade qui présente cette affection est un portefaix, employé au chemin de fer du Nord, qui n'avait jusqu'ici présenté aucune trace de maladie, et qui a pu exercer ce métier pénible jusqu'au mois de mai dernier. Il raconte qu'en mai 1878, il fut pris, étant en sueur, d'un frisson et d'un tremblement, et qu'il alla, pour se remettre, s'asseoir sur un banc voisin où il s'endormit. A son réveil, il se trouva mal à l'aise et ne put retourner à son travail. Rentré chez lui, il dut se mettre au lit, et appeler un médecin qui diagnostiqua une congestion pulmonaire et fit appliquer un vésicatoire. Le malade resta un mois au lit pour cette affection aiguë; mais, depuis, il est resté malade et, bien qu'il puisse aller et venir, il n'a pu reprendre son travail. Il est entré à Lariboisière le 9 novembre 1878.

En janvier 1879, en prenant possession du service, je trouvai le malade dans l'état suivant : visage suffisamment coloré, pas d'émaciation ; le malade se plaint de perdre ses forces depuis son accident ; il tousse et paraît atteint d'une affection pulmonaire. L'examen des voies respiratoires permet de constater les phénomènes suivants : la poitrine est notablement amaigrie, les muscles pectoraux sont très-atrophiés et les côtes forment une saillie très-marquée. Le poumon droit est complètement sain. A gauche, on perçoit de la matité sous la clavicule et dans le premier espace intercostal ; l'auscultation révèle en ce point une inspiration faible avec un grand nombre de râles sous-crépitants, humides et très-rapprochés. Au-dessous, la respiration est normale, mais l'oreille est frappée par un phénomène insolite, celui d'une impulsion artérielle considérable, avec bruit de souffle. Nous reviendrons plus loin sur ces phénomènes.

En arrière, on constate une diminution de la sonorité dans la fosse sous-épineuse ; l'auscultation permet de percevoir, comme en avant, une inspiration faible avec râles sous-crépitants très-nombreux, très-serrés, très-humides, sans bruit de souffle à l'expiration. On constate, en outre, du retentissement de la toux et de la voix. Ces phénomènes sont limités aux fosses sous et sus-épineuses ; ils font croire positivement à l'existence d'un groupe de tubercules occupant le sommet du poumon et arrivés à une période avancée de ramollissement. Les crachats sont du reste nummulaires.

Les troubles vasculaires constatés plus haut engagent à faire un examen très-détaillé du cœur; voici ce qu'on trouve : la pointe du cœur bat derrière la cinquième côte, à dix centimètres de la ligne médiane. Le bord supérieur obtenu par la percussion correspond au niveau du



Rapports normaux du cœur et de l'origine des vaisseaux avec la paroi thoracique.

cinquième cartilage droit. En réunissant cette ligne du bord du foie à la pointe du cœur, on obtient une ligne qui correspond au bord inférieur du triangle cardiaque. Cette ligne est presque horizontale, et il n'y a qu'un centimètre de différence entre la hauteur de la pointe du cœur et la hauteur du bord du foie. L'examen du bord droit ou vertical du triangle cardiaque place cette ligne à un centimètre et demi du bord droit du sternum. Il résulte de cette mensuration

que le cœur est gros, mais que l'hypertrophie ne porte pas sur le cœur gauche, sans quoi la pointe du cœur serait descendue dans le cinquième et même dans le sixième espace intercostal, avant d'atteindre un éloignement aussi considérable de la ligne médiane. On doit donc supposer que cette augmentation de volume du cœur porte plus sur le cœur droit que sur le cœur gauche.

L'auscultation du cœur, faite aux lieux d'élection des bruits appartenant aux divers orifices, ne révèle rien à l'orifice aortique, à l'orifice mitral ni à la tricuspide. Il n'en est pas de même aux foyers des bruits de l'artère pulmonaire; on y constate un bruit de souffle qui présente les caractères suivants :

*Siège.* — Il est placé dans le deuxième espace intercostal gauche, commence au bord gauche du sternum, s'étend vers l'aisselle jusqu'à 8 centimètres des bords du sternum; on l'entend également dans le troisième espace, tout près du bord du sternum, dans une étendue de 1 à 2 centimètres. Il

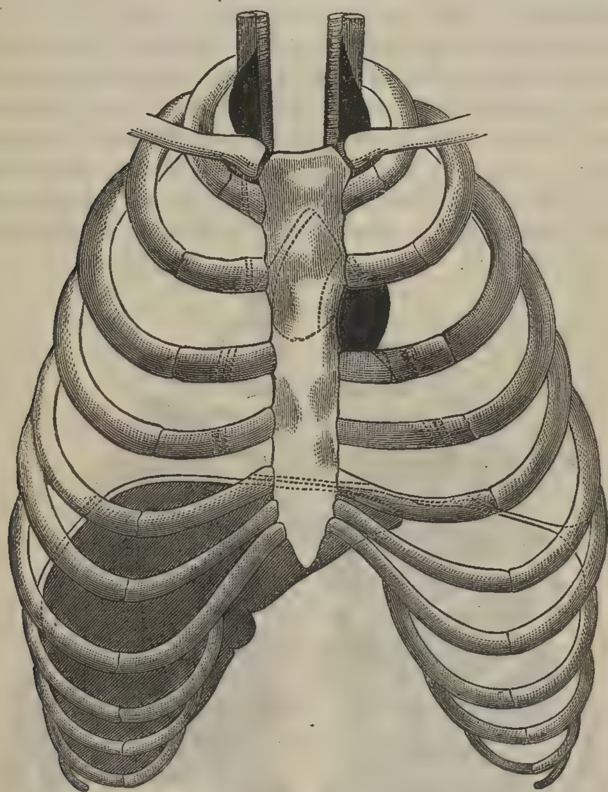


Schéma du bruit de souffle de l'artère pulmonaire.

déborde un peu le sternum à droite, mais on perçoit nettement qu'il s'agit d'un bruit lointain. Le maximum du bruit se trouve à 3 centimètres du bord gauche du sternum.

*Temps.* — Le bruit est systolique; il commence avec la systole, se développe pendant la durée de la systole et se termine un peu avant le claquement des valvules sigmoïdes qui donne un deuxième bruit nettement frappé. Mais ce bruit de souffle présente les caractères spéciaux que j'avais déjà reconnus aux bruits de nature anémique qui se produisent dans l'artère pulmonaire. Le premier de ces caractères est la différence considérable qui existe dans l'intensité du bruit, suivant que le malade est debout ou couché; quand il est couché dans un plan sensiblement horizontal, le bruit de souffle atteint son maximum d'intensité et s'accompagne d'un frémissement cataire; au contraire, quand il est debout, le bruit diminue considérablement, tout en restant perceptible. Cette différence dans les deux positions tient à ce que dans la station debout la circulation de l'artère pulmonaire est ralentie par la pesanteur, tandis que dans le décubitus horizontal le sang de cette artère, suivant la direction de la pesanteur, y coule avec plus de rapidité et donne lieu à des bruits plus intenses.

Le deuxième caractère des bruits de l'artère pulmonaire est le suivant : si l'on vient à fermer les narines et la bouche du malade et à faire faire un effort violent d'expiration sans que l'air puisse sortir, on voit l'ondée sanguine de l'artère pulmonaire se réduire peu à peu, le bruit morbide diminuer de longueur et arriver à disparaître presque complètement; à ce moment, si l'on rend au malade la liberté de sa respiration, il fait des aspirations très-grandes, le sang de l'artère pulmonaire afflue sans obstacle, et les bruits reprennent progressivement leur intensité première et la dépassent même pendant un moment.

Tous ces phénomènes sont des signes évidents d'une lésion de l'artère pulmonaire siégeant à son orifice et en rétrécissant le calibre. Comme corollaire on trouve qu'à l'appendice xiphoïde l'impulsion cardiaque a une intensité remarquable et que, à ce niveau, au bord gauche du sternum, les bruits du cœur tendent à prendre le rhythme du pendule, c'est-à-dire que les petit et grand silences tendent à s'égaliser, phénomène qui appartient à l'hypertrophie du cœur droit. On trouve enfin dans les veines du cou un bruit léger musical. Il est bien évident que tous ces caractères appartiennent à la lésion que nous avons supposée dans l'artère pulmonaire et qu'il ne s'agit pas d'une affection de l'aorte. Au foyer des bruits aortiques, c'est-à-dire à droite du sternum, dans le deuxième espace intercostal, on n'entend qu'un bruit doux et lointain. Il faut également écarter l'hypothèse d'un anévrysme de l'aorte donnant des bruits de souffle dans le deuxième espace intercostal gauche; de pareils anévrysmes existent; il siègent habituellement dans la partie descendante de la crosse, immédiatement au-dessous de l'émergence de la sous-clavière. Ils entraînent une altération du nerf récurrent et l'aphonie. Rien de semblable n'existe chez notre malade, et l'on ne constate aucun battement d'expansion.

Enfin nous dirons que le pouls est régulier, qu'il n'y a pas de cyanose, pas d'œdème pulmonaire, ni de congestion du foie, pas d'œdème des membres inférieurs, en un mot pas de phénomènes secondaires du côté des organes circulatoires ou des voies digestives. Pour compléter l'histoire du malade, nous dirons que, depuis un mois environ, il est sujet à des attaques nerveuses qui consistent dans une douleur anxieuse de la région cardiaque, du spasme pharyngien, des pleurs avec conservation complète de la connaissance. Ces attaques ont la forme des névralgies extrinsèques symptomatiques des affections du cœur; elles ressemblent un peu aux attaques hystériques.

En résumé, la persistance des lésions depuis plusieurs mois ne permet pas de croire qu'il s'agit d'une simple anémie, mais bien d'un rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire avec phthisie consécutive. Cette observation vient confirmer la description que nous avons donnée il y a huit ans (voir *Gazette des hôpitaux* 1871, page 202) des rétrécissements acquis de l'artère pulmonaire, laquelle n'a fait que corroborer les différents exemples qui ont été produits depuis cette époque.

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

### De l'inoculation.

L'inoculation est une pratique expérimentale qui consiste à introduire par une piqûre dans l'économie une substance morbide réputée contenir le principe matériel d'une maladie contagieuse.

On distingue l'auto-inoculation et l'hétéro-inoculation, suivant que l'inoculation est faite sur le sujet qui porte déjà la maladie ou sur un sujet sain. Il est évident que nous ne pratiquons que l'auto-inoculation. Communiquer ou risquer de communiquer un virus à un sujet qui n'en est pas atteint, est une pratique défendue par la morale la plus élémentaire.

Le procédé d'inoculation est très-simple; il consiste à recueillir le pus de la lésion que l'on veut étudier et à l'inoculer par une piqûre faite en un point quelconque du corps par une surface de peau saine.

Lorsque l'on fait une inoculation vénérienne, il peut se passer deux choses : 1° ou bien il ne se produit rien, au point où a été faite l'inoculation, on la dit alors inoculation stérile négative; 2° ou bien il se produit en ce point une lésion tout à fait spéciale, pathognomonique, un chancre simple. Après vingt-quatre ou quarante-huit heures, il est facilement reconnaissable. C'est une pustule qui, lorsqu'elle est crevée, laisse un ulcère creux, à bords abrupts, entaillés, à fond jaunâtre, avec une auréole extensive qui peut, en quelques jours, faire des progrès considérables.

Relativement au diagnostic de la syphilis, quel parti peut-on tirer de l'inoculation? L'inoculation rend un service signalé au médecin en produisant les deux résultats suivants : 1° l'inoculation sert à différencier le chancre simple du chancre infectant, syphilitique; 2° elle sert à différencier du chancre simple les syphilides ulcéreuses.

A. *L'inoculation sert à distinguer le chancre simple non infectant du chancre syphilitique.* — Cette loi repose sur les deux considérations suivantes :

1° Le chancre syphilitique n'est pas susceptible de s'inoculer sur le sujet qui le porte.

2° Le chancre simple est toujours inoculable au sujet qui le porte; il est auto-inoculable.

Le chancre simple est un « pus fort », comme on disait autrefois; il prend invariablement et indéfiniment. Liebmann s'est fait sur lui-même 2,700 inoculations de chancre simple; toutes étaient positives, les dernières aussi bien que les premières. On peut donc dire que l'on peut différencier les deux espèces de chancres par l'inoculation.

Dans un grand nombre de cas, on ne peut diagnostiquer la qualité d'un chancre; le diagnostic du chancre est un de ceux sur lesquels les malades ont hâte d'être fixés; atteints d'un chancre, ils sont dans une anxiété indescriptible et accourent éperdus, affolés, chez le médecin; ils ne sont pas gens à attendre et veulent savoir oui ou non, et sur-le-champ, s'ils ont la vérole.

L'inoculation sera donc un utile moyen de préciser le diagnostic, lorsque les caractères objectifs ne suffiront pas pour éclairer la conscience du médecin. A ce propos, je me rappelle, il y a quatre ans, avoir vu un de mes élèves accourir, bouleversé, auprès de moi, pour me demander si l'érosion qu'il portait à la verge était syphilitique; ne pouvant immédiatement affirmer le diagnostic, je lui proposai l'inoculation qu'il accepta avec empressement; trente-huit heures après, il accourait auprès de moi, me criant qu'il était sauvé, car cela avait pris; une superbe pustule existait en effet; le diagnostic de chancre simple, non infectant, était posé d'une façon péremptoire.

B. *L'inoculation sert à distinguer le chancre simple de certaines syphilides ulcéreuses.*

Certaines syphilides ulcéreuses se cantonnent dans les organes génitaux, ne se manifestant nulle part ailleurs; elles risquent alors d'être prises pour des chancres simples dont elles présentent des caractères peu distinctifs; comme le chancre simple, elles sont constituées par des ulcérations creuses, entamant plus ou moins les tissus, à bords bien découpés, suppurant abondamment; elles sont même susceptibles de revêtir un caractère phagédénique.

Ce diagnostic différentiel représente une des plus grandes difficultés du diagnostic de la syphilis. On ne tranchera la question que par les inoculations; le chancre simple répondra positivement à l'inoculation; l'inoculation des syphilides sera négative. Si donc vous avez un doute, inoculez.

En certains cas, l'inoculation peut rendre les plus grands services; par exemple, j'ai vu un malade de province qui était traité pour de prétendus chancres simples, depuis plus de deux ans; l'ulcération avait décortiqué les corps caverneux.

Le malade vint me consulter; il niait absolument avoir eu la syphilis; il refusa l'inoculation; il refusa même de prendre un traitement antisyphilitique. Deux mois après, le phagédénisme continuait, les dégâts étaient encore plus considérables. Le malade revint me voir et se laissa inoculer; l'inoculation, pratiquée à deux reprises successives, fut négative, ce qui démontrait la nature syphilitique de ces ulcères. Il subit le traitement spécifique, et cette ulcération, qui durait depuis vingt-huit mois, s'étendant continuellement, s'arrêta immédiatement sous l'influence du traitement, et, en deux mois, entra en complète réparation. La guérison confirmait encore le diagnostic.

Tels sont les résultats que fournit l'inoculation; mais elle n'en donne absolument pas d'autres; il ne faut pas lui demander davantage. Elle restera muette si vous lui demandez de différencier les accidents de la période primitive des accidents de la période tertiaire de la syphilis; le pus des ulcérations de l'une ou l'autre de ces périodes répondra toujours d'une façon négative à l'inoculation.

De même, il ne faut pas chercher dans l'inoculation le moyen de différencier le chancre de l'égratignure d'herpès, des érosions traumatiques qui ne s'inoculent pas. L'inoculation serait donc toujours négative.

Ainsi restreints, les résultats de l'inoculation ont leur valeur, et il ne faut pas en exiger davantage.

*Pratique, surveillance et traitement de l'inoculation.* — 1° Formulons d'abord un précepte absolu : l'inoculation ne doit jamais être pratiquée que par un intérêt afférent au malade. Il est moralement indispensable qu'elle ne soit faite que si elle est d'une nécessité pratique et si l'intérêt du malade l'exige. Elle ne doit jamais dégénérer en expérience *in anima vili*. S'il n'y avait qu'un intérêt de science pure, le médecin devrait expérimenter sur lui-même et non pas sur ses malades.

2° L'inoculation ne doit être faite que sur une indication sérieuse, dont l'importance légitime cette opération. Il faut savoir en effet que l'inoculation présente quelques dangers; les dangers, en un mot, du chancre simple, qui peut prendre une forme ulcéreuse, extensive, amener des décollements, des lymphangites, des érysipèles, et enfin le phagé-

dénisme. Sans doute, ces cas sont rares, mais ils sont authentiques. J'ai vu et j'ai ouvert plusieurs fois des bubons suppurés de l'aisselle succédant à des inoculations faites sur le bras. On en a signalé un exemple où le phagédénisme envahit une partie des téguments de la cuisse et menaça même l'existence du malade.

Le médecin est responsable de l'inoculation ; c'est lui qui l'a fait, ce chancre qui menace les téguments ou même la vie du patient; il ne doit pas l'oublier. Des inoculations malheureuses ont mis certains praticiens dans une situation des plus désobligeantes et parfois des plus navrantes.

Soyez donc sobres de l'inoculation, en général. Ne l'employez qu'à bon escient, sur une indication sérieuse qui autorise son emploi.

3° L'inoculation ne doit jamais être faite que du libre et plein consentement du malade qui doit être averti de ce que l'on va faire, de l'intention que l'on poursuit et même des dangers que comporte cette pratique. Je condamne formellement les inoculations par surprise sur des malades inconscients, transformés ainsi en sujets à expériences. La dignité médicale nous interdit ces procédés inqualifiables.

4° Où doit-on pratiquer l'inoculation? Le choix de la région n'a pas une grande importance. Cependant on doit de préférence la faire sur la région deltoïdienne ; 1° parce que le membre supérieur est moins exposé aux fatigues que le membre inférieur, et par conséquent le danger des bubons est moindre ; 2° parce que la cicatrice est recouverte par les vêtements; 3° parce que, placée à côté des cicatrices vaccinales, la cicatrice de l'inoculation n'est pas accusatrice et passe absolument inaperçue.

5° Procédé opératoire. C'est avec la lancette à vaccin, aiguë et cannelée, que l'inoculation doit être faite; cette lancette est infiniment supérieure à l'aiguille, à l'épingle, etc. On charge la lancette de pus recueilli sur la plaie douteuse, sans gratter, sans faire saigner. On fait la piqûre de façon à n'atteindre que la peau, à un ou deux millimètres au plus de profondeur; la piqûre doit être faite horizontalement, parallèlement à la surface de la peau. Sans cette précaution, la piqûre serait intra-dermique, trop profonde et deviendrait dangereuse tout en étant encore moins démonstrative.

Il faut protéger l'inoculation ; on la recouvre avec un verre de montre que l'on maintient en place avec plusieurs circulaires de diachylon. Cette pratique assure le libre développement de la pustule de l'inoculation et la protège contre tout risque d'inoculation accidentelle et contre tout contact irritant.

On attend alors l'œuvre de la nature : 1° on n'obtient rien; 2° on obtient un chancre simple. Dans ce dernier cas, le médecin doit surveiller attentivement le mal qu'il a fait; il faut le traiter immédiatement et en venir à bout aussitôt que possible. On n'a, en effet, nul besoin et nul intérêt à conserver ce chancre ; il faut en finir le plus vite possible et l'éteindre pendant qu'il est tout petit encore.

L'expérience la plus probante a montré que, de tous les caustiques recommandés, celui qui réussit le mieux et de beaucoup pour détruire le chancre d'inoculation est la *pâte carbo-sulfurique de Ricord*. Cette pâte est faite avec un mélange de charbon et d'acide sulfurique en proportions telles que ce mélange ait la consistance et l'aspect du cirage. On applique une lentille de cette pâte sur le chancre d'inoculation et on la laisse en place, maintenue avec de la ouate. La pâte produit une croûte noire, adhérente aux tissus, qui se dessèche lentement, en quinze jours ou trois semaines.

Il est exceptionnel que cette cautérisation manque son but; 99 fois sur 100, au moins, elle est couronnée de succès.

Ainsi pratiquée, ainsi surveillée et traitée, l'inoculation devient une pratique inoffensive, exempte de tout danger et autorisée pour établir le diagnostic et, partant, le pronostic des cas douteux.

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 avril 1879. — Présidence de M. Malassez.

### COMMUNICATIONS

**Anesthésie chirurgicale par le protoxyde d'azote sous pression.** — M. Regnard fait connaître à la Société la seconde opération pratiquée par M. Péan, assisté de MM. Rotteinstein, Regnard, Lutaud et A. Brochin sur un malade endormi par le protoxyde d'azote, sous l'une des cloches de l'établissement de M. Fontaine. Il s'agissait, cette fois, d'un homme de quarante-sept ans, souffrant horriblement depuis plus d'un an d'une névralgie du nerf sous-orbitaire qui était restée rebelle à tous les moyens employés pour la combattre. M. Péan avait intentionnellement choisi un malade souffrant beaucoup, une opération très-douloureuse et devant être pratiquée sur la face. Le sac, employé la première fois, a donc dû être remplacé par un gros tube, en caoutchouc durci, qu'on introduit dans la bouche pendant qu'on pince le nez pour empêcher l'air de pénétrer dans les voies respiratoires. Malgré la mauvaise disposition des appareils, qui a été cause que le malade s'est réveillé quelques secondes pendant l'opération, cette seconde expérience n'a pas été moins concluante que la première et les résultats obtenus n'ont pas été moins satisfaisants. La pression a été montée de 17 centimètres, c'est-à-dire à 92 centimètres; l'opération, qui consistait à mettre à nu le nerf sous-orbitaire pour en réséquer la plus grande partie possible, a duré douze minutes, pendant lesquelles le malade ne s'est réveillé que quelques secondes; tout le reste du temps il a été profondément anesthésié ; son pouls est monté à 136, mais il est aussitôt redescendu à 96; la respiration, pendant un très-court espace de temps, est devenu très-précipitée. Aussitôt l'opération achevée, le malade s'est réveillé, a déclaré n'avoir rien senti et ne plus sentir du tout l'atroce douleur dont il souffrait depuis plus d'un an. Il s'est levé et n'a éprouvé aucune espèce de malaise. Il avait été employé environ 200 litres de mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène, mais il en avait été perdu une certaine partie.

M. Regnard ajoute que dans les prochaines opérations toutes les dispositions seront prises pour éviter les petits accidents dus à la mauvaise disposition des appareils, et il est absolument convaincu qu'après ces perfectionnements indispensables cette méthode d'anesthésie ne laissera plus rien à désirer et rendra les plus grands services. En effet, la nécessité de la cloche et de l'air comprimé ne saurait être considérée comme un obstacle sérieux à l'application de la méthode, surtout dans les hôpitaux ou les maisons de santé dans lesquelles se pratiquent souvent des opérations.

**Des modifications dans la constitution histologique du pus en général et du muco-pus utérin en particulier à diverses périodes.** — M. Hottenier communique une note sur ce sujet dont voici les conclusions :

1° Les hématies sont susceptibles de s'altérer pathologiquement et expérimentalement, leur hémoglobine se changeant d'abord en hématine, puis l'hématine se détruisant complètement ;

2° Il y a lieu de distinguer deux espèces d'éléments blancs dans le pus : l'un, corps discoïde, lenticulaire, irrégulier, crevassé, sans noyaux, évolution ultime de l'hématie morte pendant le phénomène inflammatoire aigu, et réduite à l'état de caillot élémentaire décoloré ; l'autre, corps sphéroïde, à noyaux discoïdes, véritable cellule lymphatique du pus louable, état embryonnaire des éléments épithéliaux en voie de formation ;

3° Relativement à l'ordre de succession de ces faits histologiques, la clinique et l'histologie pathologique démontrent parallèlement : que le début de la suppuration, ou période inflammatoire, est caractérisé par la sortie hors des vaisseaux sanguins des éléments rouges bicolores et blancs du sang plus ou moins altérés, et que la période terminale de la suppuration, coïncidant avec une réparation organique, est caractérisée par une exsudation presque exclusivement lymphatique, qui permet de considérer la lymphe comme un liquide embryonnaire rénovateur des tissus.

**Thromboses des vaisseaux rétiniens.**—M. GALEZOWSKI fait une communication sur les thromboses des vaisseaux rétiniens. Jusqu'à présent on ne connaissait que les embolies des artères rétiniennes, résultant d'affections cardiaques, mais les thromboses de ces vaisseaux n'avaient pas encore été décrites.

Les signes qui caractérisent ces deux affections se ressemblent d'une manière si frappante, qu'il est très-facile de les prendre l'une pour l'autre. Le docteur Galezowski a eu l'occasion d'observer deux cas de thromboses rétiniennes : dans l'un, il s'agissait d'une oblitération veineuse, et dans l'autre, d'une thrombose de l'artère centrale, tout à fait semblable à une embolie d'origine cardiaque.

Le premier de ces faits se rapporte à un homme âgé de trente ans, serrurier, qui avait reçu, le 4 novembre 1878, un éclat d'acier dans l'œil droit, qui devint aussitôt rouge, et sensible à la lumière. Cet individu est venu consulter au mois de mars 1879, et, à l'examen ophthalmoscopique, on a découvert le corps étranger attaché à la choroïde dans la région du cercle ciliaire; la choroide était altérée partout au voisinage de la plaie; de là aussi partait une branche vasculaire blanche, oblitérée, qui s'étendait jusqu'à la papille. Une autre branche pareille sortait de la papille et se répandait dans la moitié supérieure de la rétine. Il ne restait sur la papille que l'artère centrale. Il s'agissait donc, sans nul doute, d'une thrombose veineuse. Un bouchon fibrineux, venu du point voisin de la plaie, s'était introduit dans la veine, ne s'arrêtant qu'à l'endroit où les deux veines, supérieure et inférieure, se réunissent dans la papille optique. Le champ visuel, chez cet individu, est réduit à 5 centimètres de diamètre.

Le second fait est non moins intéressant. Un homme, âgé de quarante-neuf ans, blanchisseur, reçut, en pleine figure, un jet de vapeur brûlante. A la suite de cet accident, il perdit subitement la vue de l'œil gauche. A l'examen ophthalmoscopique, le docteur Galezoswki reconnut une thrombose artérielle avec quelques taches hémorrhagiques, présentant tous les signes d'une embolie de l'artère centrale. L'infiltration de la rétine a disparu, ainsi que les hémorrhagies, mais la papille s'est atrophiée comme dans l'embolie cardiaque, et la vue s'est complètement perdue. Pour le docteur Galezowski, les thromboses rétiniennes se développent, assez souvent, sous l'influence d'endartérites goutteuses, syphilitiques ou rhumatismales. On les reconnaîtra à la transformation des vaisseaux rétiniens en cordons blancs, ce qui n'a pas lieu dans les embolies et ce qui les en distingue.

**Métallothérapie.** — M. BURQ adresse une note intitulée : *De l'action opposée des applications métalliques et des enveloppements isolants chez les hystériques; expériences à répéter, à l'effet de déterminer quelle peut bien être la nature de l'attaque d'hystérie et quel en est le but.*

Des expériences, faites en très-grand nombre dans les hôpitaux, depuis l'année 1848, ont mis hors de doute ce premier ordre de faits, savoir :

A. Que, lorsqu'une hystérique est manifestement sensible à un métal, si on lui fait de larges applications de ce métal sur tous les membres, sur le tronc et sur le front, contre une de ses attaques, dans la majorité des cas, on prévient les désordres convulsifs et cérébraux, ou bien on les fait cesser tout aussitôt, ou, tout au moins, on les atténue grandement, suivant que l'application est faite au moment des prodromes ou pendant l'attaque même;

B. Que, pendant tout le temps qu'aurait duré l'attaque, on reste maître, en quelque sorte, de la situation, à ce point que l'on peut faire revenir ou disparaître encore à volonté les phénomènes convulsifs, même partiellement, dans un seul membre, par l'enlèvement prématuré ou par la réapplication totale ou partielle de l'armature;

C. Que l'on est averti du moment où il est possible de *désarmer* impunément la malade, par un fourmillement général, parfois même par un frisson intense, par un retour plus ou moins marqué vers la sensibilité cutanée, par la souplesse des membres jusque-là restés plus ou moins raides, et par un sentiment de détente générale;

D. Que, pour peu que l'application métallique ait été prolongée au-delà du temps nécessaire, il y a fatigue finale, prostration des forces, et, souvent, comme une sorte d'anéantissement ou de vide, après lesquels le besoin de sommeil se fait impérieusement sentir.

D'autre part, voici ce que nous écrivions déjà en 1851, dans notre thèse inaugurale : « Si, au lieu d'appliquer une armature sur une hystérique, on l'enveloppe à nu d'un épais tissu de soie ouatée, au moment des prodromes d'une attaque, les résultats de cette application sont inverses. Ainsi une fois, à l'hôpital Cochin (en 1848), nous avons enfermé, jusqu'au cou, une hystérique qui allait avoir une attaque, dans une sorte de sac formé de soie capitonnée d'ouate, et, deux heures après, les désordres nerveux, qui ne duraient jamais plus d'une heure, n'avaient rien perdu de leur intensité.

Bien mieux, différentes fois, chez cette malade, chez une autre hystérique du même hôpital, un ou plusieurs membres ayant été enveloppés de même avant l'attaque, ils restèrent ensuite après celle-ci comme paralysés et à demi contracturés pendant toute une journée et plus que l'enveloppement du membre fut maintenu. Ces deux malades *étaient l'une et l'autre sensibles au cuivre;* il est bon de l'ajouter, parce que c'est là peut-être une condition indispensable pour le succès de l'expérience.

Mais, si le cuivre ou tout autre métal bon conducteur de l'électricité se comporte vis-à-vis d'une attaque d'hystérie, ainsi que le fait le paratonnerre en présence d'un nuage qui porte la foudre; si, de même qu'il a le pouvoir d'enlever du calorique, il peut soustraire ou sinon atténuer ou éliminer d'une façon quelconque la force nerveuse, ou en d'autres termes produire une *spoliation nerveuse* véritable dont témoigne du reste la prostration des forces, la fatigue finale, parfois extrême, des malades, et si, d'autre part, l'enveloppement à nu avec des matières isolantes donne lieu à des effets complètement opposés, comment ne pas être autorisé à conclure :

1° Que dans l'hystérie il y a une sorte de *pléthore nerveuse* née surtout du défaut de fonctionnement de la sensibilité générale ou spéciale et de la motilité, *ces deux grandes prodigues* de l'économie à l'état normal, comme nous les avons appelées, et que l'attaque d'hystérie, aussi bien que tous les symptômes *hyponerviques* qui lui sont propres, fussent-ils cérébraux, ne sont au fond qu'une seule et même chose qui n'a point d'autre but qu'une dépense artificielle ou mieux une décharge véritable par n'importe quels organes, de la force nerveuse proportionnée toujours à l'économie qu'en a faite l'organisme;

2° Que, tant que persistent les phénomènes *hyponerviques* et à leur tête l'anesthésie ou l'analgésie d'un côté et l'amyosthénie de l'autre, qui caractérisent cette névrose, cette décharge périodique est fatale et les moyens contentifs ne peuvent rien contre elle tandis que sont efficaces ceux-là seulement qui, comme les armatures, peuvent opérer une soustraction de l'influx nerveux, si bien que, dans tous les asiles spéciaux, il serait utile à tous les points de vue de remplacer camisoles de force et tous autres liens par des cellules capitonnées de fucus, afin que les malades transportées ou venues d'elles-mêmes à chaque *nouvelle marée montante,* pussent sans péril bondir, se tordre et vociférer tout à leur aise pour vider leur trop plein, et en avoir ainsi plus tôt fini?

La séance est levée.

## VARIÉTÉS

L'évènement de la semaine qui vient de s'écouler a été certainement le discours prononcé jeudi dernier, 3 avril, par M. Renan, prenant séance à l'Académie française. Nos lecteurs liront avec intérêt le portrait de notre grand physiologiste tracé par l'éminent académicien.

### Claude Bernard

I

Claude Bernard fut le plus grand physiologiste de notre siècle...

Il naquit au petit village de Saint-Julien, près Villefranche, dans une maison de vignerons, qui lui resta toujours chère, et où il passa, jusqu'aux derniers temps, ses moments les plus doux. « J'habite, écrivait-il, sur les coteaux du Beaujolais, qui font face à la Dombes. J'ai pour horizon les Alpes, dont j'aperçois les cimes blanches, quand le ciel est clair. En tout temps, je vois se dérouler à deux lieues devant moi les prairies de la vallée de la Saône. Sur les coteaux où je demeure, je suis noyé à la lettre dans des étendues sans bornes de vignes, qui donneraient au pays un aspect monotone s'il n'était coupé par des vallées ombragées et par des ruisseaux qui descendent des montagnes vers la Saône. Ma maison, quoique située sur une hauteur, est comme un nid de verdure, grâce à un petit bois qui l'ombrage sur la droite, et à un verger qui s'y appuie sur la gauche : haute rareté dans un pays où l'on défriche même les buissons pour planter de la vigne ! »

Bernard fut de bonne heure orphelin de son père ; dans ses premières années, comme au début de la vie de presque tous les grands hommes, se plaça l'amour d'une mère, qu'il adorait et dont il était adoré. Comme il apprenait bien à l'école, le curé le choisit pour enfant de chœur et lui fit commencer le latin. Il continua ses études au collège de Villefranche, tenu par des ecclésiastiques ; et, comme la situation de sa famille ne lui permettait pas les années de loisir, il vint le plus tôt qu'il put à Lyon, où il trouva, chez un pharmacien du faubourg de Vaise, un emploi qui lui donnait la nourriture et le logement. Cette pharmacie desservait l'école vétérinaire située près de là, et c'était Bernard qui portait les médicaments aux bêtes malades. Déjà il jetait plus d'un regard curieux sur ce qu'il voyait, et il y avait dans « monsieur Claude », comme l'appelait son patron, bien des choses qui étonnaient ce dernier. C'était surtout à propos de la thériaque qu'ils ne se comprenaient pas. Toutes les fois que Bernard apportait à l'apothicaire des produits gâtés : « Gardez cela pour la thériaque, lui répondait ce digne homme ; ce sera bon pour faire de la thériaque. » Telle fut l'origine première des doutes de notre confrère sur l'efficacité de l'art de guérir. Cette drogue infecte, fabriquée avec toutes les substances avariées de l'officine, quelle que fût leur nature, et qui guérissait tout de même, lui causait de profonds étonnements.

Il était jeune, et sa voie était encore obscure devant lui. Il essayait toute chose, eut un petit succès sur un théâtre de Lyon avec un vaudeville, dont il ne voulait jamais dire le titre, vint à Paris, ayant dans sa valise une tragédie en cinq actes et une lettre. Il tenait naturellement plus à la tragédie qu'à la lettre ; mais le fait est que la lettre valut pour lui mille fois plus que la tragédie. Elle était adressée à notre regretté confrère, M. Saint-Marc Girardin. L'honnête homme que nous avons connu se montra bien dans cette circonstance. Il lut la tragédie, fut très-net et conseilla au jeune homme d'apprendre un métier pour vivre, quitte à faire ensuite de la poésie à ses heures. Claude Bernard suivit cette précieuse indication, et combien cela fut heureux, messieurs ! Auteur dramatique, il eût ajouté quelques tragédies de plus au tas énorme de celles qui attendent à l'Odéon les réparations de la postérité ; il est douteux qu'il fût devenu votre confrère. Ainsi, en tournant le dos à la littérature, il prit le droit chemin qui devait le mener parmi vous. En réalité, sa vocation était scientifique. La médecine, qui est à la fois le plus honorable des états et la plus passionnante des sciences, fut l'occupation de son choix.

Les facilités qu'on a créées depuis aux abords des carrières scientifiques n'existaient point alors. La société humaine a été jusqu'ici ainsi faite que la recherche pure de la vérité ne rapporte rien à celui qui s'y livre. Le nombre de ceux qui s'intéressent à la vérité étant imperceptible, le savant vit, non de la science, mais des applications de la science ; or, de toutes les applications de la science, la plus indispensable a toujours été la médecine. Aux siècles barbares, la science n'en connut guère d'autre ; presque tous les savants du moyen âge, musulmans ou chrétiens, ont trouvé l'appui nécessaire à la vie en se disant médecins ; car l'homme le plus brutal et le plus fanatique, quand il est malade, veut être guéri. On peut dire que, si l'humanité s'était toujours bien portée, la science et la philosophie seraient vingt fois mortes de faim. Claude Bernard, déjà invinciblement attiré par les problèmes de la nature vivante, embrassa la profession qui se trouvait en quelque sorte à sa portée ; mais, des deux grandes parties de la médecine, l'art de guérir et la connaissance du sujet à guérir, la seconde eut toutes ses préférences. Disons-le, Bernard était aussi peu médecin que possible. Il était sceptique à l'égard de l'autel qu'il desservait. Le médecin, comme le magistrat, applique des règles qu'il sait n'être pas parfaites, et, de même que le meilleur magistrat fait souvent faire peu de progrès à la législation, de même le meilleur praticien n'est pas toujours un savant. Sa tâche est presque aussi difficile que celle de l'horloger à qui on demanderait de corriger les irrégularités d'une montre qu'il lui serait défendu d'ouvrir. Or, ce que cherchait Bernard, c'était le secret même des rouages intérieurs ; cette montre, il la brisait, l'ouvrait violemment, plutôt que d'admettre qu'il fût permis de la manier à l'aveugle et sans savoir clairement ce que l'on fait.

Il expia comme il convient sa supériorité et ses dons exceptionnels. La physiologie, quand il débuta, n'avait guère de place dans l'enseignement. Lors de la division des sections dans le sein de l'Académie des sciences, en 1795, division qui, par un privilège singulier, est venue jusqu'à nos jours presque sans modifications, on ne conçut la science de la vie que sous le nom de médecine. Claude Bernard paya cher sa gloire d'être créateur. Il n'y avait pas de cadre pour lui. Le temps était plus favorable à une littérature souvent de médiocre aloi qu'à des recherches qui ne prêtaient pas à de jolies phrases. De son entresol de la cour du Commerce, Bernard lutta seul. Il y avait dans la vie pauvre, ardente, du quartier latin d'alors, tant de foi, d'espérance, de loyale et généreuse fraternité, que nulle épreuve ne l'arrêta. Avec son ami, le docteur Lasègue, il essaya, vers 1845, d'établir un laboratoire de physiologie. Cela se passait rue Saint-Jacques, près du Panthéon, avant que des trouées, désolantes pour ceux dont elles dérangent les souvenirs, eussent fait pénétrer l'air et le jour dans ces sombres ruelles qui n'avaient point changé depuis le quatorzième siècle. Le laboratoire n'eut pas plus de cinq ou six élèves, et l'établissement ne fit jamais les frais du hangar qui l'abritait ni des lapins qu'on y sacrifiait. Mais Claude Bernard y conçut l'idée de ses expériences sur la corde du tympan, sur le suc gastrique. Il essaya les concours et y échoua complètement ; il n'avait pas les qualités superficielles qui font réussir en des épreuves où c'est un défaut d'avoir des idées, et où l'on est perdu si un moment on se laisse aller à suivre sa propre pensée. Son air était gauche et embarrassé, et les brillants sujets qui croyaient se partager l'avenir ne lui prédisaient qu'une carrière médicale des plus modestes.

Quelqu'un qui ne s'y laissa point tromper, ce fut M. Magendie. Le sort, on serait tenté de dire une harmonie préétablie, avait attaché Claude Bernard au service de cet homme éminent, à l'Hôtel-Dieu. Jamais le hasard n'opéra un rapprochement plus judicieux. Bernard et Magendie étaient en quelque sorte créés pour se joindre, se compléter et se continuer. Si Magendie n'eût pas eu Bernard pour élève, sa gloire ne serait pas le quart de ce qu'elle est. Si Bernard n'eût pas trouvé la direction de Magendie, il est douteux qu'il eût pu surmonter les énormes difficultés matérielles que la fortune, par un jeu malin, semblait avoir semées devant lui, comme pour lui rendre méritoires les brillantes faveurs qu'elle lui réservait.

Chose singulière ! Le premier abord de l'homme qui devait être son initiateur à la vie scientifique lui fut désagréable, presque pénible. Magendie, avec ses rares qualités, était peu aimable. Son accueil rude déconcerta le jeune interne, et un moment Bernard méconnut la rare chance qui lui était échue. Magendie, lui, n'hésita pas longtemps. Au bout de quelques jours, sachant à peine le nom de son jeune élève, ayant remarqué ses yeux et sa main pendant une dissection : « Dites donc, lui cria-t-il d'un bout de la table à l'autre, je vous prends pour mon préparateur au Collège de France. » A partir de ce jour, la carrière de Claude Bernard était tracée. Il avait trouvé l'établissement qui seul pouvait convenir au développement de son génie.

Grâce, en effet, à la complète liberté dont jouit le professeur dans cette école unique, Magendie, suivant les traces de Laënnec, faisait, sous le titre de « Médecine », un cours de recherches originales sur les phénomènes physiques de la vie. Magendie n'était pas l'idéal du médecin ; il était trop critique envers lui-même pour pratiquer un art qui consiste aussi souvent à consoler le malade qu'à le guérir. Mais c'était l'idéal du professeur au Collège de France, toujours cherchant le nouveau, ne visant en rien au cours complet, uniquement attentif à éveiller chez ses auditeurs l'esprit d'investigation. Comme le vrai professeur au Collège de France, il ne préparait pas son cours, et donnait à ses élèves le spectacle de ses doutes, de ses perplexités. Bien différent de ceux qui prennent d'avance leurs précautions pour éviter l'embarras que leur causerait un entretien trop immédiat avec une réalité qui leur est peu familière, il interrogeait directement la nature, souvent sans savoir ce qu'elle répondrait. Quelquefois, quand il se hasardait à prédire le résultat, l'expérience disait juste le contraire. Magendie alors s'associait à l'hilarité de son auditoire. Il était enchanté ; car, si son système, auquel il ne tenait pas, sortait ébréché de l'expérience, son scepticisme, auquel il tenait, en était confirmé. Avec ce caractère, il devait laisser à son préparateur une part considérable dans la préparation du cours. Claude Bernard faisait l'expérience de chaque leçon avec sa prodigieuse habileté d'opérateur, et, à la troisième ou quatrième séance, Magendie sortait de la salle en disant du ton bourru qui lui était habituel : « Eh bien ! tu es plus fort que moi. »

Ce que Magendie, en effet, avait voulu, prêché, désiré pendant quarante ans, Claude Bernard le faisait. L'expérience en physiologie n'était assurément pas une chose absolument neuve. Descartes, dans les heures fécondes qu'il consacra à la science de la vie, en eut l'idée la plus claire. Harvey avait vérifié la circulation du sang sur les daims des parcs royaux, que lui livrait Charles I^er. Haller, Réaumur, Spallanzani, avaient imaginé les moyens les plus ingénieux pour prendre la nature sur le fait. De graves objections s'élevaient pourtant contre l'application de la méthode expérimentale à la vie. Le grand Cuvier s'en fit l'interprète. La vie est une, disait-on ; l'attaquer dans sa simplicité est impossible ; attaquer chaque partie, la séparer de la masse, c'est la reporter dans l'ordre des substances inertes. On opposait trop la nature inorganique à la nature organisée. On se figurait que la vie résulte de forces à part, que les faits qui se passent dans l'être vivant sont assujettis à des lois toutes particulières, qu'un principe secret préside en chaque individu à sa naissance, à la maladie, à la mort. Lavoisier et Laplace rompirent le charme et créèrent la physique animale en prouvant que la respiration est une combustion, source de la chaleur qui nous anime. Bichat secoua le joug de l'ancien vitalisme, sans pourtant réussir à s'en dégager complètement. Il restait un principe mystérieux, en vertu duquel les phénomènes vitaux, contrairement aux lois des corps bruts, semblaient n'être pas identiques dans des circonstances identiques. Voilà ce que Magendie nia tout à fait ; voilà ce que Claude Bernard réfuta par des expériences sans nombre. En s'appliquant à produire les faits mêmes de la vie, en s'ingéniant à les gêner, à les contrarier, il réussit à les soumettre à des lois précises. La physiologie ainsi conçue devint la sœur de la physique et de la chimie. Dans les corps vivants, comme dans les corps bruts, les lois sont immuables. Le mot d'exception est antiscientifique. Ce qu'on appelle exception est un phénomène dont une ou plusieurs conditions sont inconnues.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Notre collègue, M. le docteur de Ranse, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris*, vient d'avoir le malheur de perdre son fils, âgé de onze ans. L'église Saint-Séverin, où a eu lieu hier le service religieux, suffisait à peine à contenir l'affluence des médecins qui avaient tenu à lui donner, ainsi qu'à sa famille, ce témoignage de leur affectueux intérêt. Que notre collègue reçoive ici, à cette triste occasion, l'expression de notre vive et profonde sympathie.

— Un concours pour la nomination à deux places de chirurgiens au Bureau central s'ouvrira le lundi 12 mai 1879, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 10 avril, et sera clos définitivement le samedi 26 avril, à trois heures.

— Par décret en date du 4 avril 1879, M. le professeur Broca a été nommé membre du comité supérieur de protection des enfants du premier âge, en remplacement de M. le docteur Laussedat, décédé.

— *Faculté de médecine de Paris.* — A l'occasion des fêtes de Pâques, la Faculté sera fermée du lundi 14 avril au dimanche 20 avril inclusivement.

Le vendredi 11 avril, il n'y aura ni cours ni examens. Le samedi 12, il n'y aura pas de cours, mais les examens auront lieu comme à l'ordinaire.

La bibliothèque et les musées, ainsi que l'École pratique, seront également fermés du lundi 14 au dimanche 20 avril.

Le Directeur : D^r E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 8035.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Verneuil a porté à la tribune de l'Académie une question neuve, à peine ébauchée dans une thèse et dans quelques notes éparses, et qui se rattache à l'un des objets principaux de ses préoccupations habituelles, la recherche de l'influence des divers états diathésiques de l'économie sur le traumatisme. Cette question est l'étude des rapports de la phosphaturie avec certaines affections chirurgicales.

On s'est déjà préoccupé depuis quelques années des rapports des variations de proportion des phosphates urinaires avec les lésions cérébrales, mais sans être arrivé encore à aucune conclusion formelle à cet égard. Les chirurgiens seront-ils plus heureux dans l'ordre de faits auxquels ils paraissent disposés à appliquer ce même genre de recherches? C'est ce que nous souhaitons de grand cœur. Des observations que M. Verneuil a exposées devant l'Académie il ressortirait déjà que le diabète phosphatique aurait sur le travail réparateur des plaies en général une influence défavorable analogue à celle qu'exerce le diabète sucré. L'élimination exagérée des phosphates aurait surtout des relations très-étroites, soit comme cause, soit comme effet, avec les affections osseuses. En rapprochant ces observations de celles qui ont été faites, très-insuffisamment encore il est vrai, sur les rapports de la surcharge phosphatique des urines avec le rachitisme et l'ostéomalacie, on entrevoit un nouveau champ d'études à défricher où les travailleurs ne peuvent manquer de préparer une récolte fructueuse pour l'avenir. Nous les engageons à se mettre à l'œuvre. Que leurs recherches aient pour résultat de vérifier ou d'infirmer les propositions formulées à titre d'hypothèses par M. Verneuil pour leur en substituer d'autres mieux fondées, la science n'aura, dans tous les cas, qu'à y gagner.

La communication de M. Verneuil a été précédée par une lecture de M. le docteur Frédet (de Clermont-Ferrand) sur l'épistaxis épidémique, qui ne manque pas d'intérêt, et suivie par une communication de M. Armand Moreau sur l'action physiologique des sulfates de soude et de magnésie.

Entre la première et la deuxième communication, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie; elle s'est recrutée, à une très-belle majorité, d'un anatomiste très-distingué, doublé d'un chirurgien, ce qui est pour elle tout bénéfice.

Dr Brochin.

## HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

### Des corps étrangers dans l'œsophage.

Les corps étrangers de l'œsophage constituent un de ces accidents sérieux et fréquents qui sont du domaine de la chirurgie d'urgence, et pour lesquels tout praticien doit avoir une opinion bien arrêtée.

Il y a quelques jours, s'est présentée à l'hôpital une jeune fille âgée de vingt ans, ordinairement bien portante. Elle raconta qu'elle avait avalé par mégarde une épingle; elle se plaignait de ressentir une vive douleur, une grande gêne de la respiration. Elle était, en outre, en proie à une vive terreur. L'interne de garde chercha immédiatement à reconnaître si l'épingle était restée dans l'œsophage : il l'explora avec le crochet de Graefe, mais cette exploration fut sans résultat. La jeune fille passa une nuit assez tranquille, respirant bien, ne toussant pas. C'est dans cet état que je la trouvai à l'heure de la visite : elle prétendait ne pouvoir avaler les solides; mais elle put boire, en notre présence sans ressentir de douleur, elle put même avaler un quartier d'orange. Elle accusait de la douleur au niveau du pharynx vers la partie moyenne du cou; elle présentait, en outre, un phénomène curieux, l'aphonie complète : elle parlait, mais sans émettre des sons. Pas de fièvre, pas d'envie de vomir.

Ces symptômes, l'absence d'anxiété, l'absence de toux, la possibilité d'avaler un corps demi-solide comme une orange, tous ces faits m'ont conduit à admettre que le corps étranger n'était pas dans l'œsophage. Ce diagnostic était important à bien établir, car il nous faisait rejeter immédiatement toute crainte d'accidents ultérieurs. Les corps étrangers dans l'œsophage ne sont, en effet, pas inoffensifs : ils peuvent provoquer des blessures des nerfs pneumo-gastriques, de l'aorte, des fistules trachéo-œsophagiennes, des communications avec les bronches, d'où le passage des aliments dans les voies aériennes, des abcès du poumon, des pleurésies, des abcès du médiastin, etc.

Il est vrai qu'on peut opposer à ces terminaisons des cas plus bénins : les aiguilles avalées ont traversé parfois la paroi œsophagienne et sont sorties à l'extérieur en suivant une

voie tout innocente : on en a vu subir des migrations curieuses et sortir à travers la peau sans aucun accident.

Vous voyez qu'il était donc important pour nous de nous arrêter à une opinion, avant d'instituer le traitement qui en découlerait. J'ai pensé que le corps étranger n'était plus dans l'œsophage, surtout à cause de ce fait que la jeune fille ne présentait pas les phénomènes nerveux, le spasme violent, l'anxiété très-vive, la douleur exagérée, l'oppression, qui accompagnent ordinairement la présence de corps étrangers dans l'œsophage.

Il se produit même un fait très-remarquable : c'est que tout ce cortége de symptômes alarmants persiste un certain temps, quand le corps étranger a produit quelque blessure de la muqueuse œsophagienne : ils persistent longtemps, alors que le corps étranger a été extrait, qu'on est certain de l'avoir retiré, ou de l'avoir fait descendre dans l'estomac. Nous avons eu, il y a deux ans, dans la salle Saint-Augustin, au numéro 30, une femme, âgée d'une cinquantaine d'années, qui est venue à l'hôpital, disant avoir avalé un fragment de colonne vertébrale de merlan ; elle arriva présentant les symptômes les plus effrayants : face livide, violette, respiration suspendue par instants, etc. En faisant l'exploration, on constata la présence du corps étranger, qui arrêtait la tige introduite dans l'œsophage. Je fis des tentatives d'extraction qui ne réussirent pas. Je supposai que le corps s'était implanté dans la paroi, et que la paroi, par un mouvement réflexe, s'était contractée sur le corps étranger, et le fixait encore plus énergiquement. J'employai les pinces munies d'un mécanisme ingénieux qui fait qu'elles s'ouvrent au contact du corps étranger. Je pressai donc pour faire écarter les branches de ces pinces, non pour saisir le corps, mais dans le but de dilater le canal œsophagien contracturé à ce niveau. Au même moment, la femme sentit le corps étranger glisser par un mouvement de déglutition. Je passai aussitôt après une grosse olive d'ivoire : elle arriva jusque dans l'estomac. Nous étions donc assurés que le corps étranger n'était plus dans l'œsophage : cependant la femme accusa, pendant plus d'un mois, des symptômes tout aussi effrayants que lors de son entrée à l'hôpital. Nous avons su depuis qu'elle était un type complet d'hystérie.

Les phénomènes alarmants peuvent donc exister, quand le corps étranger n'est plus dans l'œsophage aussi bien que lorsqu'il y est encore. Cependant il y a une différence entre les deux cas : ces phénomènes sont intermittents, lorsque le corps étranger n'est plus dans l'œsophage, lorsque la blessure de la paroi est seule la cause de ces réflexes; tandis qu'ils sont à peu près continus et sans la moindre rémission lorsque le corps étranger est directement la cause de la douleur, lorsque il est encore dans l'œsophage.

Chez notre jeune fille, la douleur a précisément ce caractère intermittent : elle peut avaler sans augmenter la douleur ; et les phénomènes de voisinage du côté du larynx ne sont pas de la toux et de la suffocation, mais seulement un accident, l'aphonie, qui est éminemment d'origine nerveuse. Le cathétérisme œsophagien, pratiqué avec la tige terminée par une boule d'ivoire, ne nous a fait non plus sentir aucun point résistant.

La journée s'est bien passée : mais, vers huit heures du soir, la malade a été prise d'accès de suffocation assez intenses qui ont disparu après un quart d'heure ; la nuit se passa dans l'insomnie, avec céphalalgie. Nous trouvâmes la jeune fille dans cet état le lendemain matin, qui était le deuxième jour après l'accident.

Il devenait donc encore plus urgent de trancher la question de la présence ou de l'absence du corps étranger dans l'œsophage : une nouvelle exploration faite avec une grosse olive nous convainquit une fois de plus que tout l'œsophage était libre : la tige pénétra sans résistance jusqu'au-delà du cardia. Le diagnostic une fois affirmé, il est très-important de ne plus renouveler les tentatives d'exploration : c'est par elle, en effet, que, le plus souvent, on entretient les phénomènes réflexes : on prolonge, par le cathétérisme répété, la douleur, la blessure de la muqueuse, et par conséquent le spasme de l'œsophage et les réflexes.

Nous avons donc été amenés à examiner, avec plus de rigueur, l'état du système nerveux chez cette jeune fille : nous avons bien vite reconnu qu'elle est hystérique. Mal réglée, avec dysménorrhée, douleur dans la région des ovaires, constipation opiniâtre, maux d'estomac, dyspepsie, suffocations, sensation de la boule hystérique, etc. ; tous ces phénomènes suffisent pour expliquer la sensibilité du système nerveux de la jeune fille, et nous permettre de conclure à la nature absolument réflexe des symptômes qu'elle présente actuellement (1).

Il est curieux de signaler le siége de la douleur, elle existe toujours dans la partie supérieure de l'œsophage : les malades la rapportent toujours à ce point, alors même que le corps étranger aurait lésé la portion inférieure du canal œsophagien. Dans les cas de spasme œsophagien, la sensation désagréable qui est accusée par les malades a aussi le même lieu d'élection.

Je ne veux pas terminer cette causerie sur les corps étrangers de l'œsophage sans vous rappeler un petit détail opératoire concernant l'usage du panier de Graefe. Je le tiens de mon ancien maître à l'hôpital Beaujon, le docteur Robert. Lorsqu'on veut retirer le panier de Graefe, il ne remonte pas l'œsophage aussi facilement qu'il y est descendu ; on s'accroche très-souvent à un point qui est toujours le même : c'est au bord inférieur du cartilage cricoïde.

Cet anneau cricoïdien fait, en effet, une saillie assez notable dans l'intérieur du canal œsophagien, saillie qui s'augmente encore par la contraction du muscle cricoïdien. On peut s'en assurer en portant le doigt, dans un œsophage ouvert, sur la paroi antérieure; on sentira parfaitement la saillie du bord postérieur de l'anneau cricoïdien. Ce qui se produit pour le doigt de l'explorateur arrive aussi pour les palettes du panier de Graefe. Celle qui est tournée en avant s'accroche sous le rebord du cartilage, et la tige est arrêtée. L'opérateur fait un mouvement de traction un peu plus actif, et le panier se dégage, mais non sans avoir quelque peu froissé ou déchiré la muqueuse à ce niveau. C'est donc une nouvelle cause de phénomènes réflexes. Il est bien facile d'éviter cet accident : au lieu de retirer le panier ainsi disposé dans le sens antéro-postérieur, il suffit, quand on arrive à ce niveau, de faire faire un demi-tour à la tige, de façon que les palettes regardent l'une à gauche et l'autre à droite, et non plus l'une en avant et l'autre en arrière, comme dans le premier temps de l'opération. Cette petite manœuvre permet en même temps de s'assurer, lorsqu'on a été arrêté à ce niveau, si l'arrêt est dû au corps étranger lui-même, ou bien au cartilage. Dans ce dernier cas, la rotation du panier faite, la tige est retirée sans difficulté.

---

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, p. 162.

Dans le cas de corps étranger, celui-ci arrête la tige dans la deuxième position aussi bien que dans la première.

On voit que les explorations répétées peuvent être nuisibles aux malades : on ne doit donc les pratiquer qu'avec réserve. Et cette réserve est d'autant plus importante à garder que, souvent, le médecin se trouvant en présence de familles inquiétées par la persistance des symptômes, n'osera peut-être plus affirmer aussi résolûment que ces symptômes sont réflexes, et que le corps étranger n'y est plus : il sera tenté alors de renouveler ses tentatives de cathétérisme. Il doit donc en connaître les inconvénients.

Cette réserve, que je vous enseigne, rentre dans ma manière d'agir habituelle dans les cas de corps étrangers. Certainement, ce n'est pas de la timidité de ma part, et il est des cas où je serai le premier décidé à une intervention active, par exemple à pratiquer la trachéotomie pour des corps étrangers des voies aériennes, pour l'œdème de la glotte, etc., ou à faire une œsophagotomie quand le corps étranger résiste à toutes les tentatives d'extraction. Mais il est des circonstances où je n'interviens qu'avec une extrême réserve, par exemple, quand un corps étranger est logé dans des tissus de l'organisme où il ne provoque pas de troubles fonctionnels ; souvent la recherche de ce corps étranger produirait plus d'accidents que le corps lui-même. C'est ce qui arrive lorsque des aiguilles se sont enfoncées dans la paume de la main, dans la main, etc. Quand on les voit ou qu'on les sent parfaitement sous la main, on peut tenter l'extraction ; sinon, on doit s'abstenir. Souvent ces corps, après des migrations parfois très-inattendues, viendront se faire jour spontanément en un point quelconque de la périphérie. Le chirurgien devra, en un mot, suivre les règles suivantes : 1° Ne pas s'en rapporter au dire du malade pour croire à la présence du corps étranger. Il cherchera à le reconnaître, en examinant avec soin les fonctions du voisinage et en appréciant les troubles qui y sont survenus ; 2° L'exploration sera ensuite pratiquée : si elle fait supposer qu'il n'y a pas de corps étranger, il faut en prévenir le malade, et lui expliquer que, néanmoins, ces troubles nerveux pourront persister quelque temps. Après quelques explorations, le diagnostic doit être posé, et on ne doit plus revenir à ces manœuvres : on doit instituer la thérapeutique en conséquence.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 avril 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Marne en 1878 (commission des épidémies) ; 2° les rapports de MM. les médecins inspecteurs de Brides-les-Bains, Saint-Amand et Digne (commission des eaux minérales).

M. le docteur Milet Carpentier (de Montécouvez) adresse un pli cacheté (accepté).

### PRÉSENTATIONS

M. Bergeron présente, au nom de M. Simonin, un volume intitulé : *De l'emploi de l'éther sulfurique et du chloroforme dans la clinique chirurgicale de Nancy.*

M. Giraud-Teulon présente une brochure de M. le docteur Brière (du Havre), intitulée : *Communications ophthalmologiques.*

M. Larrey, au nom de M. le docteur Bertherand (d'Alger), présente une brochure intitulée: *l'Arenaria rub ra dans la gravelle et le catarrhe vésical.*

M. Bernutz, au nom de M. le docteur Albert Puech (de Nîmes), présente une brochure intitulée : *les Médecins d'autrefois à Nîmes.*

M. Panas, au nom de M. Martin, offre en hommage une brochure intitulée : *la Médecine à l'Exposition de* 1878.

M. Lasègue dépose sur le bureau une liste de souscription à la publication du *Traité d'auscultation*, de Laënnec.

M. Béclard présente de la part de M. J. Léard deux instruments nouveaux.

**Insufflateur laryngien** (fig. 1). — Cet insufflateur est destiné à faire des insufflations de poudre dans la gorge et à insuffler de l'air dans le cas d'asphyxie. Il est également disposé de façon à pouvoir servir dans le cas de croup et d'angine couenneuse, pour aspirer les fausses membranes, et dans la trachéotomie, pour aspirer le sang qui peut couler dans la trachée ; il évitera ainsi à l'opérateur la manœuvre dangereuse d'aspirer avec la bouche.

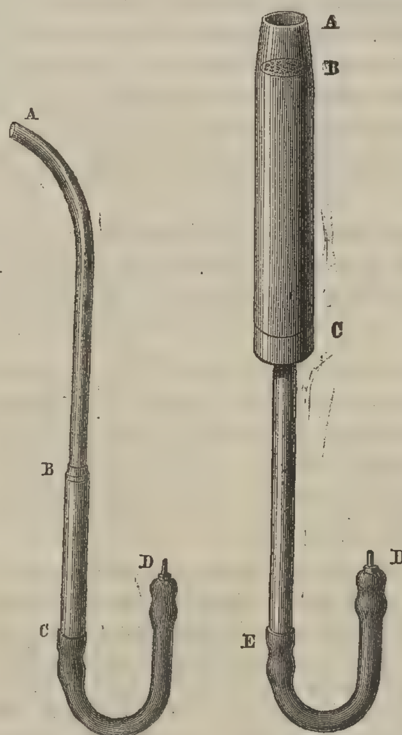


Fig. 1. Fig. 2.

Cet insufflateur, dont la figure 1 représente le modèle au tiers, se compose d'un tube creux de A en C. Il se démonte en deux parties en B. A ce niveau se trouve une petite cloison perforée servant à diviser la poudre et à éviter qu'elle soit chassée en grumeaux. La poudre se place de B en C. L'insufflation et l'aspiration se font au moyen d'une poire en caoutchouc qui se place en D.

**Insufflateur vaginal** (fig. 2). — Cet insufflateur a la forme d'un spéculum. Il est destiné à faire des insufflations de poudre dans le vagin et surtout sur le col de l'utérus. Il se démonte en C comme un étui, pour l'introduction des poudres à insuffler. Une cloison perforée B, placée à deux centimètres environ de la pointe A, sert à diviser la poudre. L'insufflation se fait au moyen d'une poire en caoutchouc. Ces poires en caoutchouc ont un jeu spécial de soupapes, permettant de les démonter pour les nettoyer, lorsqu'on s'en est servi pour aspirer et que du sang ou d'autres liquides ont pu y entrer.

### LECTURE

M. Frédet (de Clermont-Ferrand) lit une note sur l'épistaxis à forme épidémique. En voici les conclusions :

1° L'épistaxis peut revêtir le caractère épidémique ;

2° Elle peut accompagner ou suivre l'apparition de fièvres intermittentes ou autres accidents épidémiques ;

3° Dans ces conditions, cette hémorrhagie peut être considérée comme grave, assimilée à une fièvre larvée pernicieuse et traitée comme telle ;

4° La succession des faits relatés dans le mémoire de M. Frédet permet d'admettre comme cause de l'épidémie de fièvre typhoïde les fièvres rémittentes et intermittentes suivies d'épistaxis graves, une intoxication miasmatique produite par les émanations qui se sont dégagées des terres des rues imprégnées de matières organiques ou d'effluves insalubres.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie.

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Tillaux ; en deuxième ligne *ex æquo*, MM. Mathias Duval et Polaillon ; en troisième ligne, M. Cadiat ; en quatrième ligne, M. Charles Richet.

Le nombre des votants étant de 71, la majorité de 36, M. Tillaux obtient 61 suffrages ; M. Polaillon, 7 ; M. Mathias Duval, 1 ; M. Cadiat, 1 ; 1 bulletin blanc.

En conséquence, M. Tillaux, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu.

COMMUNICATIONS

**Phosphaturie chirurgicale.** — M. VERNEUIL expose de vive voix quelques considérations sur les rapports de la phosphaturie avec certaines affections chirurgicales. Partageant l'avis exprimé par M. Teissier dans sa thèse inaugurale, lorsqu'il dit que dorénavant le dosage des phosphates éliminés par les urines doit entrer dans le domaine de la pratique, M. Verneuil rapporte plusieurs observations dont il croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Si peu nombreuses encore que soient ces observations, dit-il, et si malaisée que reste leur interprétation, elles permettent d'affirmer que l'on ne perdra pas sa peine en cherchant les rapports qui existent entre la phosphaturie et les affections chirurgicales.

Déjà il paraît démontré que le diabète phosphatique influence défavorablement le travail réparateur dans les plaies accidentelles et chirurgicales, et le pervertit à la manière du diabète sucré. Mais il semble surtout nécessaire de faire, dans l'histoire générale de la phosphaturie, un grand chapitre à part consacré à l'étude des affections des os considérées comme causes ou effets de l'élimination exagérée des phosphates.

Les ébauches qu'on trouve dans la science sont absolument insuffisantes. La surcharge phosphatique des urines dans le rachitisme et l'ostéomalacie est signalée, mais d'une façon sommaire, sans qu'on dise laquelle, de l'altération des urines ou de la lésion du squelette, a ouvert la marche, ou qu'on décide si les os se sont ramollis parce que les phosphates terreux ne leur sont plus parvenus en quantité suffisante ou parce qu'ils les ont rendus malencontreusement par désassimilation forcée.

Tout porte à croire que la phosphaturie implique la fragilité des os, même en l'absence de rachitisme ou d'ostéomalacie, mais ce n'est là qu'une hypothèse vraisemblable.

Il est permis également de supposer que la non-consolidation des fractures reconnaît parfois pour cause un défaut dans les phosphates terreux ; mais ce défaut n'a jamais été démontré par l'examen chimique des urines. Beaucoup de chirurgiens donnent le phosphate de chaux en cas de pseudarthrose ou de maladie du squelette, mais ils se laissent guider plutôt par une idée rationnelle que par la constatation formelle d'une indigence primitive ou d'une élimination exagérée du sel susdit.

S'il est logique de penser que les affections d'un organe ou d'un système jettent dans le sang ou lui soutirent certains matériaux constituants qui caractérisent cet organe ou ce système, tout indique que les affections osseuses tant soit peu étendues modifieront la crase phosphatique et que l'écho de cette modification retentira quelquefois dans la composition des tissus.

Réciproquement, comme il est arrivé que le défaut aussi bien que l'excès, dans notre économie, d'un principe immédiat quelconque, constitue une influence pathogénique des plus puissantes, il est certain qu'on découvrira des affections osseuses reconnaissant pour cause directe le défaut ou l'excès des phosphates.

De quelque côté que l'on se tourne, on voit donc de nouvelles recherches à entreprendre et d'intéressants problèmes à résoudre.

M. GOSSELIN demande à M. Verneuil si dans deux des cas dont il vient de parler, celui de M. Terrier et l'un des siens, il y a eu pseudarthrose ou seulement retard de la consolidation.

M. VERNEUIL répond qu'il y a eu dans un cas consolidation parfaite quoique retardée, et dans un autre, encore en observation, consolidation apparente, mais encore un peu douteuse.

M. GOSSELIN n'a jamais vu la consolidation manquer avec les cas de fractures non compliquées ; elle peut être tardive, mais elle finit toujours par se faire. Or, il était intéressant de savoir si cette phosphaturie qui est une cause évidente de fragilité des os, depuis les faits intéressants énoncés par M. Verneuil, pouvait aussi être une cause de non-consolidation.

M. COLIN établit un rapprochement entre ces faits de fracture, par simple contraction musculaire chez l'homme, et les cas de fracture spontanée observés chez les animaux par suite de la maladie qu'on a appelée l'ostéoclastie. Ces fractures se produisent facilement chez les ruminants ; les analyses chimiques qui ont été faites de ces os malades y ont montré la présence en excès de sels calcaires. Il y aurait donc opposition entre ces faits et ceux observés par M. Verneuil, dans lesquels, au contraire, il y a élimination exagérée de phosphates.

On comprend, ajoute M. Colin, que dans ces cas de phosphaturie il y ait retard de la consolidation, mais on ne comprend pas qu'il y ait en même temps retard de la cicatrisation des parties molles, comme cela eut lieu dans la première observation de M. Verneuil.

M. VERNEUIL renvoie M. Colin à la théorie de M. Bouley fils sur l'ostéomalacie ; dans cette thèse, se trouvent des analyses chimiques qui ne sont nullement en contradiction avec les faits qu'il vient de communiquer.

Quant au retard simultané de la cicatrisation des parties molles, M. Verneuil le constate sans l'expliquer, comme on le constate chez les alcooliques ou chez les glycosuriques.

M. DURAND-FARDEL croit, contrairement à M. Verneuil, qu'on peut expliquer pourquoi les plaies ne viennent que très-lentement dans les diverses formes de diabète ; on sait, par exemple, que dans la glycosurie il y a une véritable glycérine, une sorte d'empoisonnement par le sucre ; celui-ci se trouve donc partout, dans tous les tissus ; or, il est naturel de penser que c'est à la présence en excès de ce sucre dans le sang qu'il faut attribuer les accidents qu'observent les chirurgiens chez les glycosuriques. Il en est de même dans la goutte, où l'on trouve dans le sang de l'acide urique en excès ; il y a tout lieu de penser que c'est, de même, à cet excès d'acide urique dans le sang qu'il faut attribuer certains des phénomènes observés chez les goutteux. Enfin, des altérations analogues du sang devant exister dans le diabète azoturique comme dans le diabète phosphaturique, des retards dans la cicatrisation des parties molles, constatés dans ces cas par les chirurgiens, peuvent s'expliquer de la même façon.

**Action physiologique des sulfates de soude et de magnésie.** — M. ARMAND MOREAU communique le résultat d'expériences relatives à l'action physiologique des sulfates de soude et de magnésie.

Des expériences qu'expose M. Moreau, il ressort : que la présence de solutions de sulfate de soude ou de magnésie, dans l'intestin, donne lieu à des phénomènes d'absorption manifeste au début de l'action, puis bientôt la sécrétion et l'exhalaison se produisent de plus en plus, et toute absorption disparaît. On n'est donc pas autorisé à admettre, dans cette seconde période, un double courant ; au contraire, l'anse intestinale, dans ces conditions, est comparable à une glande qui sécrète sans absorber.

M. COLIN fait observer que les expériences dont vient de parler M. Armand Moreau sont fort anciennes. Il les a faites lui-même, non sur le chien, mais sur le cheval, il y a une vingtaine d'années. A l'aide de ligatures, il obtenait deux anses d'intestin vides, injectait dans l'une une quantité déterminée de sulfate de soude, puis constatait, après un certain temps, la présence de liquide dans les deux anses, mais en bien plus grande quantité dans celle où avait été injecté le sulfate de soude.

Quant à la seconde partie des expériences de M. Armand Moreau, qui consiste à injecter dans l'intestin un sel quelconque qu'il veut retrouver dans les urines, M. Moreau s'est placé dans des conditions telles que la muqueuse enflammée n'absorbe plus. Il est bien vrai qu'il peut y avoir en même temps absorption et exha-

laison des liquides par une même muqueuse, mais cela ne peut avoir lieu dans les conditions où s'est placé M. Moreau.

La séance est levée à cinq heures.

## VARIÉTÉS

### Claude Bernard (1)

#### II

L'expérimentateur chez Claude Bernard était admirable, et jamais on ne fit parler la nature avec une si merveilleuse sagacité. Difficile envers lui-même, il était pour ses systèmes le pire des adversaires. Il critiquait ses propres idées aussi âprement que si elles eussent été celles d'un rival; il s'acharnait à se démolir comme l'eût fait son pire ennemi. Aucune preuve ne lui paraissait solide que quand une contre-épreuve venait la confirmer: « Le grand principe expérimental, disait-il, est le doute, ce doute philosophique, qui laisse à l'esprit sa liberté et son initiative... Le raisonnement expérimental est précisément l'inverse du raisonnement scolastique. La scolastique veut toujours un point de départ fixe et indubitable, et, ne pouvant le trouver ni dans les choses extérieures ni dans la raison, elle l'emprunte à une source irrationnelle quelconque, telle qu'une révélation, une tradition, une autorité conventionnelle ou arbitraire... Le scolastique ou le systématique, ce qui est la même chose, ne doute jamais de son point de départ, auquel il veut tout ramener; il a l'esprit orgueilleux et intolérant et n'accepte pas la contradiction... Au contraire, l'expérimentateur, qui doute toujours et qui ne croit posséder la certitude absolue sur rien, arrive à maîtriser les phénomènes qui l'entourent et à étendre sa puissance sur la nature. »

Le courage que Bernard montra dans ces luttes terribles contre un Protée qui semble vouloir défendre ses secrets fut quelque chose d'admirable. Ses ressources étaient chétives. Ces merveilleuses expériences, qui frappaient d'admiration l'Europe savante, se faisaient dans une sorte de cave humide, malsaine, où notre confrère contracta probablement le germe de la maladie qui l'enleva; d'autres se faisaient à Alfort ou dans les abattoirs. Ces expériences sur des chevaux furieux, sur des êtres imprégnés de tous les virus, étaient quelquefois effroyables. Le docteur Rayer venait de découvrir que la plus terrible maladie du cheval se transmet à l'homme qui le soigne. Bernard voulut étudier la nature de ce mal hideux. Dans une convulsion suprême, le cheval lui déchire le dessus de la main, la couvre de sa bave. « Lavez-vous vite, lui dit Rayer, qui était à côté de lui. — Non, ne vous lavez pas, lui dit Magendie, vous hâteriez l'absorption du virus. » Il y eut une seconde d'hésitation. « Je me lave, dit Bernard, en mettant la main sous la fontaine, c'est plus propre. »

C'était un spectacle frappant de le voir dans son laboratoire, pensif, triste, absorbé, ne se permettant pas une distraction, pas un sourire. Il sentait qu'il faisait œuvre de prêtre, qu'il célébrait une sorte de sacrifice. Ses longs doigts plongés dans les plaies semblaient ceux de l'augure antique, poursuivant dans les entrailles des victimes de mystérieux secrets. « Le physiologiste n'est pas un homme du monde, disait-il, c'est un savant, c'est un homme absorbé par une idée scientifique qu'il poursuit; il n'entend plus les cris des animaux, il ne voit plus le sang qui coule, il ne voit que son idée et n'aperçoit que des organismes qui lui cachent des problèmes qu'il veut découvrir. De même le chirurgien n'est pas arrêté par les cris et les sanglots, parce qu'il ne voit que son idée et le but de son opération. De même encore l'anatomiste ne sent pas qu'il est dans un charnier horrible; sous l'influence d'une idée scientifique, il poursuit avec délices un filet nerveux dans des chairs puantes et livides, qui seraient pour tout autre homme un objet de dégoût et d'horreur. »

La fécondité dans l'invention des moyens de recherche répondait chez notre confrère à la profondeur des intuitions. Ce fut un vrai coup de génie d'avoir su faire des poisons son grand agent expérimentateur. Le poison, en effet, va où la main ni l'œil ne peuvent aller. Il atteint les éléments mêmes de l'organisme, s'introduit dans la circulation, devient un réactif d'une délicatesse extrême pour disséquer les éléments vitaux, désassocier les nerfs sans les lacérer, pénétrer les derniers mystères du système nerveux. C'est par le poison, ainsi qu'on l'a très-bien dit, que Bernard « installa son laboratoire au sein de l'économie animale; il eut son réseau de communications instantanées, sa police secrète, si l'on peut s'exprimer ainsi, qui l'avertissait du trouble le plus furtif ». Miracle! Il rendit la mort locale et passagère, locale par les empoisonnements partiels, passagère par les anesthésiques; et ainsi, au scalpel qui mutile la vie, au microscope qui en fausse les proportions, il substitua ce qu'on a très-bien appelé l'autopsie vivante, sans mutilation ni effusion du sang.

Ainsi se produisirent ces étonnants travaux sur la formation du sucre chez les animaux, sur le grand sympathique, sur les mouvements réflexes, sur la respiration des tissus. L'unité de la vie fut, de la part de Claude Bernard, l'objet des plus fines observations. A côté du système central, il trouva en quelque sorte des autonomies provinciales, des circulations locales. Le cœur ne fut plus le point unique d'émission de vie. A côté de cette principale source de mouvement, Bernard trouva des réseaux de circulation capillaire ayant leur vie propre, leurs accidents, leurs maladies, leurs anémies, leurs congestions en dehors du grand courant de la circulation générale.

Comme tous les esprits complets, Claude Bernard a donné l'exemple et le précepte. En dehors de ses mémoires spéciaux, il a tracé à deux ou trois reprises son *Discours de la méthode*, le secret même de sa pensée philosophique. C'est à Saint-Julien, loin de son laboratoire, pendant ses mois de repos ou de maladie, qu'il écrivit ces belles pages, et notamment cette *Introduction à la médecine expérimentale*, qui le désigna surtout à votre choix. Il faut remonter à nos maîtres de Port-Royal pour trouver une telle sobriété, une telle absence de tout souci de briller, un tel dédain des procédés d'une littérature mesquine, cherchant à relever par de fades agréments l'austérité des sujets. Le style scientifique ne doit faire aucun sacrifice au désir de plaire. On n'égaye ces graves matières qu'en les rapetissant. C'est surtout quand il s'agit du style de la science que le grand principe évangélique: « Qui perd son âme la sauve », est aussi un grand principe littéraire. C'est en pareil cas qu'il est vrai de dire: « Soyez aussi peu littérateur que possible, si vous voulez être bon littérateur. »

La parole de Claude Bernard était comme son style, pleine de bonne foi, d'honnêteté. « Il n'essayait jamais, dit un de ses meilleurs élèves, de produire aucun effet, et, se figurant les autres à son image, il pensait que la recherche de ce qui est devait suffire à les passionner, comme elle le passionnait lui-même. » A l'exemple de son maître Magendie, il faisait de son cours le spectacle vivant de ses recherches, initiant le public à tous ses secrets. On assistait au travail de sa pensée. La science ne veut pas être crue sur parole, et les cours du Collège de France ont pour objet de montrer aux yeux de tous ce qui, d'ordinaire, se cache dans les laboratoires. Bernard pensait en parlant; il pouvait en résulter par moment un peu de confusion. L'objection lui venait, le troublait. Les pensées se heurtaient dans sa tête; au milieu d'une exposition, l'idée d'une expérience lui traversait l'esprit, l'arrêtait court, le rendait distrait. Mais tout à coup la lumière éclatait. Dans sa conversation avec ses élèves, dans ces causeries où « il faisait, selon l'expression de l'un d'eux, l'apprentissage de son génie », il était admirable. « Il y a dans tout ce que j'écris, avouait-il, certaines parties qui ne sauraient être comprises par d'autres que par moi. Ce sont des germes d'idées que je dépose en quelque sorte pour les reprendre plus tard. » Dans la conversation, ces flots de lumière pressée débordaient en toute liberté.

La plus haute philosophie, en effet, résultait de cet ensemble de faits constatés avec une inflexible rigueur. Comme loi suprême de l'univers, Bernard reconnaît ce qu'il appelle le *déterminisme*, c'est-

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 avril.

à-dire la liaison inflexible des phénomènes, sans que nul agent extra-naturel intervienne jamais pour en modifier la résultante. Il n'y a pas, comme on l'avait dit souvent, deux ordres de sciences: celles-ci d'une précision absolue, celles-là toujours en crainte d'être dérangées par des forces mystérieuses. Cette grande inconnue de la physiologie, que Bichat admettait encore, cette puissance capricieuse qui, prétendait-on, résistait aux lois de la matière et faisait de la vie une sorte de miracle, Bernard l'exclut absolument. « L'obscure notion de cause, disait-il, doit être reportée à l'origine des choses... Elle doit faire place dans la science à la notion du rapport et des conditions. Le déterminisme fixe les conditions des phénomènes; il permet d'en prévoir l'apparition et de la provoquer... Il ne nous rend pas compte de la nature. il nous en rend maîtres... Que si, après cela, nous laissons notre esprit se bercer au vent de l'inconnu et dans les sublimités de l'ignorance, nous aurons au moins fait la part de ce qui est la science et de ce qui ne l'est pas. »

Être maître de la nature, tel est, en effet, selon Claude Bernard, le but de la science de la vie. Il pensait, après Descartes, que les espérances les plus hardies sont dans cet ordre permises, et que la science des êtres vivants doit apprendre à subjuguer la nature vivante, comme la physique et la chimie subjuguent la nature morte. « Dans toute manifestation vitale, écrivait-il, la nature répète une leçon qu'elle a apprise et dont elle se souvient plus ou moins bien. Pourrait-on apprendre à la nature une nouvelle leçon, et sa mémoire la reproduirait-elle dans une série d'êtres nouveaux? Je le crois; c'est toujours ma vieille idée de refaire des êtres, non par génération spontanée, comme on l'a rêvé, mais par la répétition de phénomènes organiques dont la nature garderait souvenir. »

Quoiqu'il parlât peu des questions sociales, il avait l'esprit trop grand pour n'y pas appliquer ses principes généraux. Ce caractère conquérant de la science, il l'admettait jusque dans le domaine des sciences de l'humanité. « Le rôle actif des sciences expérimentales, disait-il, ne s'arrête pas aux sciences physico-chimiques et physiologiques; il s'étend jusqu'aux sciences historiques et morales. On a compris qu'il ne suffit pas de rester spectateur inerte du bien et du mal, en jouissant de l'un et en se préservant de l'autre. La morale moderne aspire à un rôle plus grand; elle recherche les causes, veut les expliquer et agir sur elles; elle veut en un mot dominer le bien et le mal, faire naître l'un et le développer, lutter avec l'autre pour l'extirper et le détruire. »

Les récompenses vinrent lentement à cette grande carrière, qui, à vrai dire, pouvait s'en passer, car elle était à elle-même sa propre récompense. Notre confrère avait eu les rudes commencements de la vie du savant, il en eut les tardives douceurs. L'Académie des sciences, la Sorbonne, le Collège de France, le Muséum tinrent à honneur de le posséder. Votre compagnie mit le comble à ces faveurs en lui conférant le premier des titres auquel puisse aspirer l'homme voué aux travaux de l'esprit. Une volonté personnelle de l'empereur Napoléon III l'appela au Sénat. D'illustres et douces amitiés le consolèrent, des mains affectueuses furent de tous côtés attentives à lui diminuer les difficultés de la vie; des élèves tels que Paul Bert, Armand Moreau, ses amis de la Société de biologie, recueillaient toutes ses paroles et l'assuraient que sa pensée était garantie contre la mort. Sa tête magistrale, toujours méditative, était devenue extrêmement belle à soixante ans. Il travaillait sans cesse et pourtant il ne savait pas ce que c'était que la fatigue, car il ne poursuivait jamais l'impossible; il laissait la pensée venir sans la solliciter. Sa sérénité était absolue; il savait bien que l'emploi qu'il faisait de sa vie était le meilleur. Sa fête de tous les ans, les vendanges de Saint-Julien, suffisait pour réparer ses forces. « J'ai dans l'esprit des choses que je veux absolument finir, » écrivait-il en 1876. Une maladie grave, qu'il avait traversée victorieusement, semblait n'avoir fait que redoubler l'activité de son esprit. Entouré de sa famille scientifique, il s'avançait vers la vieillesse sans paraître en ressentir les atteintes. Les projets qu'il roulait dans son esprit étaient plus grands que ceux qu'il avait jusque-là réalisés.

Dans sa marche hardie vers les derniers secrets de la nature animée, il arrivait, en effet, aux confins de la vie, aux sources obscures de l'organisme. Peu à peu la différence entre la physiologie animale et la physiologie végétale s'évanouissait à ses yeux. Le germe de la vie, des deux côtés, lui paraissait le même. La plante, comme l'animal, est susceptible d'être anesthésiée. Même certains ferments peuvent être atteints par les agents insensibilisateurs, et, pour une moitié au moins de leur être, ils semblent s'endormir. Claude Bernard touchait ainsi au problème par excellence, au problème de la fermentation, impliquant la question même des origines de la cellule. Il y consacra toutes ses réflexions de l'été 1877; il annonçait à ses disciples qu'il croyait avoir trouvé la voie pour arriver à ce sanctuaire impénétrable. O fragilité de la vie humaine! O jeu cruel d'une nature marâtre qui se plaît à briser stupidement une tête formée par quarante ans de méditations et où va éclore la plus belle combinaison du génie! La terrible maladie à laquelle il avait échappé dix ans auparavant n'avait pardonné qu'en apparence. Elle revint plus implacable que jamais. Il mourut sans avoir pu réaliser son rêve; il mourut triste, pensant à l'idée destinée à périr avec lui, et disant : « C'eût été pourtant bien beau de finir par là! »

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les élections pour la nomination des médecins des bureaux de bienfaisance ont donné les résultats suivants :

1er arrondissement : MM. Boissier, Girard, Barbette, Carpentier-Méricourt fils, Paul Richard et Regnault.

2e arrondissement : MM. Barnier, Martellière, Radou, Lobligeois, Legrié et Nadaud.

3e arrondissement : MM. Escoffier, Fayard, Petit, Detrieux, Dupouy et Lhuillier.

4e arrondissement : MM. Girault, Commenge, Ballet, Dezarnauds, d'Écherac, Réau, Déel, Henszel, Guyard, Soudée, Rech et Cerviotti.

5e arrondissement : MM. Martin de Gimard, Laugier, Salone, Fiévet, Galtier-Boissière, Barrault, Garran de Balzan, Monthus, Deleschamps et A. Brochin.

6e arrondissement : MM. Monceaux, Foucart, Gaye, Le Coin, Panien, Bermond, Venet, Moreau et Tranchant.

7e arrondissement : MM. Passant, Mène, Cotin, Fodéré, Sarret, Bader, Roux et Loiseau.

8e arrondissement : MM. Diday, Pierreson, Mézières, Siry fils, Thorens et Guyet.

9e arrondissement : MM. Besnier, Blondet, Geneste, Piberet, Lépine et de Federowicz.

10e arrondissement : MM. Chabert, Masson, Gillebert d'Hercourt, Buisson, Pillenet, Boivin, Brulfert, Labarraque fils, Pignols, Gosselin, Hémey et Ballue.

11e arrondissement : MM. Rivals, Piégu, Miot, Puel, Maür, Montignac, Laurent, Malterre, Landois, Thézet, Miguel, Célières, Trapenard et Humbert.

12e arrondissement : MM. Gibert, Bonnefoy, Jourjon, Mesny, Morisson, Louis, Jobbé-Duval et Moulin.

13e arrondissement : MM. Amanieu, Vollant, Lecoconnier, Izard Bureaux, Lafond, Pruvost, Navarre, Franco, Rives, Boulland et Devillez.

14e arrondissement : MM. Pellarin, Lévy dit Franckel, Benard, Bonne, Pélissard, Roubaud, de Saint-Paul, Blanchard et Drouet.

15e arrondissement : MM. Simon, Mignot-Danton, de Grusse, Pellieux, Legrand, Queyssac, Salès, Tapie et Leboucq.

16e arrondissement : MM. Chausit, Girou, Sée (Lazare) et Thorel.

17e arrondissement : MM. Arnaud, Baldon, Lebeau, Maugin, Testaud, Andrey et Séailles.

18e arrondissement : MM. Bontemps, Gaspais, Briguel, Fontaine, Pau, Gaube, Savreux, Doucet, Bok, André, Daupley et de La Tour de Lordes.

19e arrondissement : MM. Bauchet, Pirion, Chaillery, Forestier, Piéplu, Ducat, Marty, Ruelle, Fauconnet, Moser, Charvot et Gautier.

20e arrondissement : MM. Daumas, Eymery, Braunberger, Perrin, Miguet, Pilon, Albert, Berthiot, Taquet, Brohon, Kinzelbach et Coquard.

— L'Académie des sciences, dans sa séance du 7 avril 1879, a élu M. Alphonse Milne-Edwards à la place vacante, dans la section d'anatomie et de zoologie, par le décès de M. Paul Gervais.

— Un concours s'ouvrira le 3 novembre 1879, à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie interne et clinique médicale.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Weill (Edmond), né le 8 février 1858 à Haguenau (Bas-Rhin), est nommé chef des travaux histologiques (laboratoire de M. Lépine), en remplacement de M. Vesselle, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Grynfelt, agrégé, est nommé conservateur des collections de ladite Faculté, en remplacement de M. Quissac, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— *École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.* — M. Audrain (Armand-Maurice) est nommé préparateur de physique et d'histoire naturelle, en remplacement de M. Barbin, démissionnaire.

M. Bellouard (Victor) est nommé second aide d'anatomie (emploi nouveau).

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Ebruy, bachelier ès lettres et bachelier ès sciences est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Bonnet.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Valentin est nommé préparateur de zoologie, en remplacement de M. Friant, appelé à d'autres fonctions.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 8016.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Aphasie avec hémiplégie gauche.

En inscrivant sous ce titre l'observation qu'on va lire, nous n'entendons nullement lui donner la signification d'une objection au principe ou plutôt à la loi de localisation qui rattache l'aphasie à une lésion de la troisième circonvolution du lobe antérieur droit du cerveau. Cette corrélation est établie aujourd'hui sur un concours de faits qui ne permet plus de la mettre en question; mais autour de ces faits qui constituent la règle viennent se grouper de temps en temps des faits exceptionnels ou contradictoires en apparence, qui soulèvent, chaque fois qu'ils se présentent, une nouvelle difficulté, un nouveau problème à résoudre. Ce sont tantôt des cas d'aphasie sans lésion de la troisième circonvolution gauche ou sans paralysie, tantôt des lésions localisées dans ce point sans aphasie, d'autres fois enfin, comme dans le fait si connu de Trousseau, dans celui de M. Mesnet que nous avons rapporté il y a bientôt deux ans (voir *Gazette des hôpitaux*, mai 1877), et enfin dans le cas présent, une aphasie coïncidant avec une hémiplégie gauche.

Mais, sauf un petit nombre de cas dans lesquels la cause de la relation inverse est restée inexpliquée et où le fait conserve, jusqu'à nouvel ordre, son caractère exceptionnel, le plus souvent une analyse attentive donne la clef de l'apparente contradiction, en montrant des coïncidences de lésions multiples, simultanées dans les deux hémisphères, avec toutes les nuances et tous les degrés susceptibles de produire des associations symptomatiques qui troublent la pureté du fait que l'on cherche souvent en vain à dégager au milieu de l'obscurité de ses complications.

Parmi les trois observations que M. Magnan a communiquées en janvier dernier à la Société de biologie et dont nous avons donné une analyse sommaire, il se trouve un exemple remarquable de ces complexités dans lesquelles le fait de l'aphasie et de sa lésion causale n'apparaît qu'à travers un ensemble un peu confus de phénomènes. Il s'agissait, dans cette observation, d'un homme de quarante-deux ans, qui avait été trouvé sur le bord de la Seine gémissant et prononçant des paroles incompréhensibles. A son entrée à l'asile Sainte-Anne, il répondait aux questions qu'on lui adressait par des interjections, des syllabes ou des mots qui n'avaient aucun sens. Il paraissait comprendre ce qu'on lui demandait, mais il faisait de vains efforts pour se faire entendre. Indépendamment de l'aphasie, il y avait manifestement de l'incohérence dans les idées de cet homme, autant que la pénurie de ses moyens d'expression pouvait permettre d'en juger. Enfin il y avait une paralysie incomplète du membre supérieur droit, la main était pendante ainsi que les doigts, ceux-ci retombaient aussitôt qu'on cessait de les soulever; les mouvements volontaires du bras et de l'avant-bras étaient possibles, mais lents; le membre inférieur droit était libre et ses mouvements étaient faciles. La sensibilité était intacte des deux côtés. Ce malade resta ainsi quelque temps, présentant des alternatives de calme et d'excitation, avec plaintes, gémissements, insomnie; l'aphasie et l'incohérence persistaient au même degré, ainsi que la monoplégie brachiale. Mais il survint, une vingtaine de jours environ après son entrée à l'asile, une attaque apoplectiforme suivie d'une hémiplégie droite atteignant également la jambe et le bras et qui ne tarda pas elle-même à se terminer par la mort.

A l'autopsie, on trouva l'hémisphère gauche tapissé par une fausse membrane injectée; l'arachnoïde et la pie-mère étaient œdémateuses des deux côtés. Les artères de la base présentaient par places de petites plaques athéromateuses. Sur l'hémisphère gauche, le lobe temporal soudé par son extrémité antérieure et supérieure à la troisième circonvolution frontale présentait une plaque jaunâtre dépassant la scissure de Sylvius pour s'étaler sur le bord inférieur du lobe frontal. Le ramollissement s'étendait du bord inférieur du tiers postérieur de la troisième circonvolution frontale, sur la troisième et la quatrième digitation de l'insula, et de là gagnait l'extrémité antérieure totalement détruite de la première circonvolution temporale et la moitié antérieure de la scissure parallèle. La première circonvolution frontale était aussi presque entièrement envahie par le ramollissement.

L'hémisphère droit présentait aussi une plaque de ramollissement occupant la moitié antérieure de la deuxième circonvolution temporale.

En résumé l'aphasie et la paralysie du bras droit s'expliquaient par l'existence des deux plaques de ramollissement qui occupaient le pied de la troisième circonvolution frontale gauche et l'extrémité supérieure de la circonvolution frontale ascendante; l'incohérence survenue d'emblée se rattachait aux lésions multiples de la couche corticale des lobes frontaux et pariétaux.

Dans deux faits rapportés par M. Grasset (de Montpellier) dans ses *Études cliniques et anatomo-pathologiques*, on voit deux sujets atteints d'aphasie avec hémiplégie droite et hémianesthésie et des troubles de sensibilité générale et spéciale, qui ont été également constatés par d'autres observateurs.

Enfin on connaît les faits d'amblyopies et d'amauroses aphasiques sur lesquels M. Galezowski a appelé l'attention et dont M. Noël Gueneau de Mussy rapportait récemment un exemple remarquable dans une communication faite à l'Académie de médecine.

A ces exemples d'aphasie plus ou moins complexes, qui se multiplient à mesure qu'on y regarde de plus près, nous ajouterons la relation du fait suivant, qui s'est passé tout récemment dans le service de M. Peter à l'hôpital de la Pitié, et qui, grâce au zèle de ce professeur pour tout ce qui intéresse l'enseignement et à son bon esprit de confraternité, a été transmis à M. Lasègue pour en faire bénéficier les auditeurs de ses conférences cliniques.

Voici le fait :

Ismaël B..., âgé de cinquante-huit ans, est entré le 26 février dernier à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Peter, présentant une hémiplégie gauche complète avec de l'aphasie. Cet homme, d'après les renseignements qu'on a pu recueillir sur son compte, serait malade depuis un mois environ. Sa maladie aurait débuté par une hémiplégie subite du côté gauche, sans perte de connaissance. On n'a pu savoir si l'aphasie a précédé ou suivi l'hémiplégie. Voici quel était son état lors de son entrée dans le service : décubitus dorso-latéral gauche; légère rotation de la tête à gauche, avec déviation conjuguée des yeux du même côté. L'hémiplégie est complète. Il y a un peu de roideur, appréciable surtout dans le membre supérieur gauche. La sensibilité paraît intacte. Il n'y a point d'hémiplégie faciale bien appréciable. La langue est tirée à droite.

Il existe une eschare considérable dans la région sacrofessière gauche; au centre de cette eschare le sacrum est à nu. Il n'y a ni incontinence d'urine, ni incontinence des matières fécales.

Le malade ne peut prononcer distinctement aucun mot, malgré tous les efforts qu'il paraît faire pour répondre aux questions qu'on lui adresse. L'intelligence est notablement obtuse. Cependant le malade s'irrite de ne pouvoir faire autre chose que des mouvements de préhension de la main droite, avec laquelle il serre énergiquement, en laissant paraître une certaine satisfaction. Pour toute réponse, on n'obtient que quelques monosyllabes indistincts. On croit cependant l'avoir entendu une fois répondre : « Oui, Monsieur » (?).

L'état général est assez bon. Le sommeil est calme. Toutefois le malade a peu d'appétit. Peu à peu, l'affaiblissement fait des progrès, la fièvre s'allume, le malade devient somnolent, l'amaigrissement s'accuse, la langue se dessèche; l'eschare du sacrum s'étend, et il se produit en cette région un large décollement sous-cutané, remontant jusque dans la région lombaire gauche. Le malade tombe dans le coma. Le 30 mars, la température axillaire monte à 41°5, puis elle descend progressivement les jours suivants, jusqu'au 2 avril, jour où survient la mort.

Il était intéressant de rechercher les lésions cérébrales. Voici quel a été sous ce rapport le résultat de l'autopsie : on a constaté l'existence de ramollissements multiples, corticaux, disséminés sur l'hémisphère cérébral droit. On a noté particulièrement deux foyers de ramollissement au niveau de la partie moyenne des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. Il existait un état granuleux de l'épendyme et un ramollissement central occupant la tête du noyau intra-ventriculaire du corps strié.

Dans l'hémisphère gauche, on a trouvé un foyer de ramollissement au pied de la troisième circonvolution frontale et développé dans l'épaisseur de la substance blanche sous-jacente à la circonvolution. La substance grise ne paraît pas atteinte.

Les artères cérébrales sont très-athéromateuses, et l'on note en particulier, à l'origine de la sylvienne droite, une oblitération presque complète par endartérite dans une étendue de 3 millimètres environ.

Ainsi on voit chez ce malade, avec une aphasie accompagnée d'une obtusion générale de l'intelligence, sans symptômes de paralysie du côté droit, une hémiplégie gauche qui a sa cause et son explication naturelle dans une lésion coïncidente de l'hémisphère droit beaucoup plus étendue que celle du côté gauche.

**Faut-il ouvrir les anthrax et comment faut-il les ouvrir ?**

A l'occasion d'un malade atteint d'un anthrax à la nuque qui a été incisé par le thermo-cautère, M. Verneuil a formulé en quelques mots les indications et les contre-indications de l'incision, suivant le siège, l'étendue et le caractère de bénignité ou de malignité que présentent ces tumeurs, et il a indiqué les motifs de la préférence qu'il donne au thermo-cautère sur les autres procédés d'incision, lorsque l'incision est indiquée.

On sait qu'il y a eu une époque où l'on incisait quand même et toujours largement et profondément tous les anthrax. Aujourd'hui les chirurgiens sont plus réservés, mais aussi plus divisés dans le choix des moyens. Quelques-uns s'abstiennent dans le plus grand nombre des cas, attendant l'ouverture spontanée, d'autres pratiquent des incisions sous-cutanées, ceux-ci préfèrent l'incision par les caustiques, ceux-là enfin ont recours à l'excision. Au milieu de ces dissidences, il y avait une position éclectique à prendre : c'est celle que M. Verneuil a prise. S'inspirant sans doute, avec raison, de cette observation si juste d'un de ses anciens maîtres : « Il n'y a pas un anthrax, il y a des anthrax, » M. Verneuil se pose, en présence de cette affection, cette question préalable : avant de chercher de quelle manière il convient le mieux d'inciser, cherchons d'abord s'il convient d'inciser. Il est d'avis, en effet, qu'il est des cas où il faut inciser et qu'il en est d'autres où l'incision n'est pas nécessaire. Les anthrax des membres, par exemple, qui sont généralement bénins, n'ont pas en général besoin d'être incisés. Il en est de même, quelle que soit la région qu'ils occupent, des petits anthrax, nettement circonscrits. Mais, lorsque les anthrax sont d'un volume moyen, et *à fortiori* lorsqu'ils sont volumineux, lorsque, quoique de petit volume, ils sont très-douloureux, enfin lorsqu'il s'agit de ces anthrax qui ont de la tendance à la dissection et à l'ex-

tension, il faut inciser. L'anthrax est-il petit, circonscrit, mais très-douloureux, l'incision est le meilleur moyen de faire cesser la douleur. L'anthrax est-il diffus, à tendance envahissante, mais indolent, ce qui a lieu souvent chez les diabétiques et chez les alcooliques, de larges et profondes incisions sont le seul moyen d'en arrêter la marche envahissante. A plus forte raison des incisions sont-elles indiquées lorsque ces deux conditions se trouvent réunies.

Telles sont pour M. Verneuil les indications de l'incision. Mais quel est le meilleur procédé à employer? Lorsque l'anthrax a une grande étendue, l'incision avec le bistouri peut donner lieu à une perte considérable de sang qu'il importe d'éviter. On a proposé pour éviter cet inconvénient le fer rouge et les caustiques. Le fer rouge coupe très-imparfaitement. Les caustiques causent beaucoup de douleur. Il les repousse également. Reste à choisir entre le galvano-cautère et le thermo-cautère. Le fil du galvano-cautère n'est pas assez fort. C'est donc au thermo-cautère que M. Verneuil donne la préférence. Il lui reconnaît surtout l'avantage de ne donner lieu qu'à une perte de sang presque insignifiante, de provoquer une résolution locale extrêmement puissante et une rétraction énergique de la peau, et de ne laisser à sa suite qu'une plaie peu douloureuse. C'est, en effet, ce qu'on a pu constater sur le malade qu'il a opéré, et chez lequel tous les accidents inhérents à l'anthrax ont été presque immédiatement enrayés. Dr Brochin.

## REVUE DE LA PRESSE

**Étude de la température et du pouls dans l'état puerpéral,** par le docteur Robert Deubel. (Thèse de Nancy, 1878, nº 64.) — Nous signalons les conclusions suivantes d'un travail sérieux comprenant quarante-cinq observations, avec les tracés à l'appui, fait sous la direction du professeur Stoltz à la clinique obstétricale de Nancy:

1º Pendant les couches, et en particulier pendant l'établissement de la sécrétion laiteuse, la température peut se maintenir au niveau physiologique sans être influencée d'une manière appréciable par les phénomènes qui dépendent de l'accouchement.

2º La température peut descendre au-dessous du niveau normal et s'y maintenir pendant l'établissement de la sécrétion laiteuse.

3º L'établissement de la sécrétion laiteuse, même lorsqu'elle reste dans les limites physiologiques, détermine, chez certaines accouchées, une température fébrile quelquefois très-considérable, mais de peu de durée. Ces manifestations si inégales ne surprennent pas si l'on considère que ce n'est pas l'activité glandulaire qui produit la température fébrile, mais que celle-ci dépend, sous l'influence d'une même excitation, de l'impressionnabilité, variable suivant les sujets, du centre modérateur de la calorification.

4º Dans les couches normales, le maximum de ralentissement du pouls s'observe quelquefois dès les premiers jours; mais, dans la majorité des cas, le ralentissement continue de s'accentuer ou se prononce de nouveau après une accélération passagère, et le maximum de ralentissement apparaît du septième au neuvième jour.

5º Les conditions qui sont de nature à déterminer un mouvement fébrile retardent l'apparition du ralentissement du pouls; en effet, si la défervescence survient dans un temps assez court, on voit souvent encore le ralentissement se produire, et parfois il devient très-prononcé. Le maximum de ralentissement s'observe alors du dixième au quinzième et vingtième jour, et quelquefois plus tard encore.

6º La péritonite, la fièvre puerpérale et particulièrement le phlegmon des ligaments larges présentent une marche de la température assez caractéristique pour permettre de reconnaître ces maladies à la seule inspection de la courbe thermométrique.

7º Les courbes graphiques de la fièvre puerpérale sont des tracés de pyémie ou de septicémie. Le tracé de la pyémie est caractérisé par son irrégularité, qui consiste en ascensions considérables suivies de rémissions brusques, très-fortes et de peu de durée, auxquelles succèdent de nouvelles exacerbations. Vers la fin, la température s'élève et s'accompagne d'une augmentation de la fréquence du pouls.

Dans le tracé de la septicémie, la température est généralement très-élevée; elle présente un type rémittent à oscillations peu étendues. Le pouls est très-fréquent; il s'accélère à l'approche de la mort, tandis que la température s'abaisse le plus souvent.

La septicémie peut affecter le type du tracé pyémique lorsqu'il survient des frissons répétés et des localisations dans les séreuses.

8º Dans la péritonite, la température s'élève brusquement à une grande hauteur et se maintient à peu près à ce niveau; à l'approche de la terminaison fatale, la température s'élève généralement encore un peu et le pouls augmente de fréquence.

9º La courbe du phlegmon est irrégulière; elle est caractérisée par des ascensions assez considérables de la température qui se maintiennent pendant plusieurs jours et sont suivies d'un abaissement qui peut se faire brusquement, mais qui se fait le plus souvent graduellement; ces rémissions se maintiennent pendant quelque temps; il leur succède de nouvelles exacerbations qui se produisent soit brusquement, soit progressivement. La température descend à la normale par un type rémittent plus ou moins prononcé.

10º Dans l'éclampsie, la température s'élève depuis le début des attaques jusqu'à la fin; mais, si la maladie doit se terminer par la guérison, la température, arrivée à une certaine hauteur, reste à peu près stationnaire ou s'abaisse un peu, malgré la persistance des attaques.

La température est généralement élevée dès les premières attaques: quelquefois cependant, après plusieurs attaques, on rencontre une température normale ou même hyponormale; mais, avec les attaques suivantes, la température atteint les chiffres élevés que l'on observe habituellement.

**Observation de tarentulisme.** — Le tarentulisme, dont on a douté dans ces derniers temps, a été étudié spécialement par le docteur Albert Campelli, qui en rapporte un cas dans le *Morgagni.*

L'observation a trait à une femme de vingt-neuf ans qui fut mordue par une tarentule. Peu de minutes après cet accident, la malade fut prise de malaise, se jeta à terre, accusa des douleurs très-vives dans le bras avec sensation de déchirements dans les jointures, et l'on fut obligé de la transporter en ville à bras d'hommes. A l'arrivée du médecin, la respiration est difficile, la malade est prise de fureur à la suite de laquelle elle ne trouve pas de repos au lit. Le pouls bat 50 fois à la minute et ses battements sont extrêmement faibles; la température est abaissée. En examinant la région mordue, on ne trouve que deux petites taches rougenoir qui paraissent faites par un instrument très-pointu; autour de celles-ci on remarque une tuméfaction de la grosseur d'un marron. Une incision en croix fut faite sur la tumeur et une ligature posée sur la partie inférieure du bras. Les parties incisées étaient insensibles jusqu'à un centimètre de profondeur. Après avoir laissé saigner la plaie, on fit une cautérisation avec de l'acide nitrique et à l'intérieur on administra une potion excitante.

Le deuxième jour, la malade est prise de fureur, en même temps que se présentent des phénomènes gastriques, des douleurs irradiant jusqu'à la région ombilicale; la langue est chargée, il y a de la soif, de l'anorexie, des nausées, des vomissements et une constipation qui ne fut vaincue que le troisième jour. Le quatrième jour, la malade s'assoupit par intervalles, émet par la bouche une bave abondante. La main droite exécute des mouvements analogues à ceux que font les joueurs de guitare et la malade les accompagne de chant; bref, le tarentulisme commençait à se montrer sous l'influence du traitement; les phénomènes disparurent

peu à peu, et, le sixième jour, la malade se trouvait dans d'excellentes conditions.

L'auteur termine son observation par quelques considérations sur le tarentulisme. Il regarde l'opinion de Baglivi comme erronée, attendu que cet auteur a fait un tableau trop noir du tarentulisme. Campelli considère cependant la morsure de la tarentule comme pouvant produire des désordres graves par suite de l'action du poison sur le système nerveux. Il constate que le phénomène le plus curieux du tarentulisme consiste dans des mouvements choréiformes, ce qui l'induisit à employer, dans le cas dont il rapporte l'observation, des antispasmodiques et des excitants. (*Presse méd. belge.*)

**De la chorée vulgaire chez les vieillards.** — Dans une leçon faite à la Salpêtrière, M. Charcot a entretenu ses auditeurs de cette maladie qui existe chez les vieillards aussi bien que chez les enfants, et avec des caractères à peu près identiques. Mais la chorée des vieillards a été observée rarement : la plupart des auteurs n'en parlent pas. Parmi les faits disséminés dans la science, M. Charcot cite celui d'une femme de quatre-vingt-trois ans, consigné par M. Roger ; celui d'un malade de M. G. Sée, âgé de cinquante-neuf ans ; enfin, une observation de Graves, concernant un homme de soixante-dix ans.

La chorée vulgaire n'est guère modifiée dans sa forme lorsqu'elle est implantée chez le vieillard; tout ce qu'il est possible de relever, c'est la lenteur relative des mouvements, la variété peut-être moins grande des grimaces, la marche essentiellement chronique. Des deux malades actuellement présents à la Salpêtrière, l'un a soixante-onze ans ; la chorée a débuté il y a une douzaine d'années, de même chez l'autre.

Le pronostic n'est pas grave, en général, en ce sens que la vie n'est pas compromise ; mais il l'est en ce sens que la maladie est incurable.

Chez les vieillards, il ne semble pas exister de relation entre la chorée et le rhumatisme ; mais elle paraît, chez le vieillard comme chez l'enfant, être une maladie émotionnelle. Il ne faut pas confondre la chorée sénile avec le tremblement sénile. (*Progrès méd.*)

**Cyanose cardiaque** (maladie bleue). — M. J. Simon a observé un cas type de cyanose cardiaque, affection très-rare dont il n'a vu que deux cas depuis dix ans qu'il est à l'hôpital.

Il s'agit d'une petite fille, âgée de quatre mois, venue au monde dans les conditions où elle se trouve encore aujourd'hui : teinte bleue des lèvres et de leur pourtour ainsi que des extrémités ; abaissement de la température périphérique et centrale ; suffocation, menaces d'asphyxie ; souffle à la base du cœur se propageant du côté de l'épaule gauche.

A ces divers signes on ne saurait méconnaître la nature, non de l'affection (car, en fait, il ne s'agit pas d'une maladie), mais du vice congénital de conformation dont cette enfant est atteinte. La maladie bleue s'explique par diverses lésions. On trouve à l'autopsie : la persistance du trou de Botal, qui établit une communication entre les deux ventricules; une oblitération de l'artère pulmonaire, une persistance du canal artériel.

Le pronostic est très-grave. Certains enfants, cependant, peuvent vivre jusqu'à l'âge de dix ans. On a vu même quelques sujets aller jusqu'à quarante ans.

Malgré la gravité du pronostic, il ne faut pas entièrement perdre courage. Lorsque les accidents cyaniques tiennent à la persistance du trou de Botal, il se peut faire que la communication se ferme avec le temps, d'une façon plus ou moins complète. Contre un tel état, la thérapeutique est absolument désarmée. Il n'y a qu'une chose à faire : nourrir les malades et tout attendre du temps et des ressources souvent si puissantes de la nature. (*Revue de thér. méd.-chir.*)

**Diarrhée de Cochinchine : guérison par la santonine.** — Les récentes recherches sur l'anatomie pathologique de la diarrhée de Cochinchine ayant montré l'extrême fréquence des *anguillules*, considérées comme l'agent causal de la maladie, il était naturel de rechercher si les médicaments vermicides ne pourraient pas contribuer à guérir la maladie. Déjà, à plusieurs reprises, la médication par la santonine a été signalée comme favorable. M. Colin, du Val-de-Grâce, publie dans la *Gazette hebdomadaire* l'observation d'un militaire qui, entré à l'Hôpital militaire à son retour de Cochinchine, y fut soumis à la médication vermifuge par la santonine (trois à huit pilules de 5 centigrammes chacune de santonine), pendant dix-huit jours.

Le nombre des selles diminua, et, douze jours après son entrée, le malade n'avait plus qu'une selle moulée par jour.

L'examen microscopique des selles a fait constater, avant le traitement, la présence d'une grande quantité d'anguillules très-vivaces ; six jours après le début du traitement, elles avaient complètement disparu.

Les pesées du malade montrèrent également son retour à l'état normal.

Cette observation paraît donc absolument probante :

1° Au point de vue de l'action thérapeutique de la santonine contre la diarrhée de Cochinchine ;

2° Au point de vue de son influence parasiticide sur l'*anguillule* propre à cette affection.

**De l'ankylose digitale des tailleurs et des couturières.** — On observe souvent, chez les couturières et les tailleurs, une altération professionnelle qui n'a pas encore été signalée : c'est une contracture avec ankylose de la phalangine et de la phalangette du petit doigt et de l'annulaire de la main droite.

Dans les différents temps que comporte la manière de saisir une aiguille et de la manœuvrer, les trois premiers doigts de la main droite sont sans cesse en activité ; l'annulaire et le petit doigt sont, au contraire, condamnés à l'inactivité la plus absolue. Repliés sur eux-mêmes, leurs extrémités se cachent dans la paume de la main, derrière la saillie que fait l'éminence thénar. Cette immobilité est encore nécessitée par le désir ou le besoin d'aller vite, et aussi de ne pas se heurter contre l'étoffe. On comprend, dès lors, qu'après une longue immobilisation, et par cette flexion forcée des doigts, il survient facilement une certaine rétraction des tendons des fléchisseurs profonds et superficiels, puis ultérieurement des adhérences et un certain degré d'ankylose.

L'auteur propose les moyens prophylactiques suivants : extension forcée de la main pendant la nuit, sur une planchette ; exercices de massage ; préparations de colchique salicylées contre la diathèse goutteuse ou rhumatismale; travaux de ménage, de jardinage ; étirer ou faire craquer les articulations, en leur faisant faire alternativement des mouvements forcés de flexion et de supination. (*Journ. d'hyg.*)

**Pessaire en porcelaine ayant séjourné vingt ans dans le vagin.** — A la *Société médico-pratique*, M. Rougon a lu l'observation d'une femme âgée de cinquante-trois ans, à laquelle vingt ans auparavant, sur l'avis d'une sage-femme, un bandagiste appliqua un pessaire pour remédier à un prolapsus utérin. Les difficultés et les douleurs qu'elle éprouva en enlevant cet instrument pour de rares et légers soins de propreté, firent qu'au bout des trois premières années elle ne toucha plus à son pessaire dont la présence ne se traduisait que, de temps à autre, par quelques douleurs à l'hypogastre et aux lombes et surtout par de la chaleur et de la cuisson dans le vagin avec un léger écoulement.

En avril 1877, ces accidents augmentèrent ; de la dysurie, des envies fréquentes d'uriner, des douleurs vives dans la région lombaire amenèrent la malade à consulter le médecin qui reconnut au toucher la présence d'un corps dur, lisse, convexe, enchâssé dans des fongosités. C'était un pessaire en porcelaine dit en cuvette. Son extraction fut assez pénible.

L'examen au spéculum montra ensuite l'existence d'une petite dépression centrale sur une sorte de diaphragme épais et non dépressible, se continuant sans rugosités avec les parois du vagin ; pas de cul-de-sac postérieur ; c'était tout ce qu'il restait du col de l'utérus dont on ne trouva aucun autre vestige. L'hystéromètre, engagé dans l'orifice, s'arrêta à un centimètre. (*Un. méd.*)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 avril 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### CORRESPONDANCE

**Goître rétropharyngien,** par M. E. Bœckel (de Strasbourg). — M. Trélat donne lecture d'une observation adressée par M. Bœckel au sujet d'une extirpation de goître rétropharyngien chez une jeune fille de vingt-cinq ans. La tumeur était composée de deux poches séparées, situées l'une dans la portion droite de la région du cou, l'autre en arrière du pharynx, sous la base de la langue. Après une ponction exploratrice, l'ablation du kyste cervical fut pratiquée, puis celle du lobe rétropharyngien qui n'avait pas d'adhérences; cette disposition anatomique engage l'auteur à conseiller l'extirpation comme le meilleur mode de traitement.

**Méthode antiseptique.** — M. Poinsot (de Bordeaux) adresse une note se rapportant à la question actuellement discutée à la Société; il signale une statistique générale des chiffres de Nusbaum, Esmarch, etc. Sur 116 amputations de membres, la réunion immédiate a été obtenue 52 fois, soit 44.82 p. 100; la mortalité n'a été que de 15 décès, soit 12 p. 100; sur 40 amputations de cuisse, il n'y a que 8 morts, soit 20 p. 100; sur 45 ablations de seins, il y a 3 morts, et l'on a obtenu 31 fois la réunion immédiate. La réunion immédiate a été aussi obtenue 9 fois sur 10 ablations de tumeurs diverses, sarcocèles, sarcomes, loupe, etc., pratiquées par M. Poinsot.

M. Boinet, à propos du procès-verbal, tient à rappeler que l'acide phénique a été employé en France bien longtemps avant l'invention du pansement de Lister. L'Académie s'occupait du coaltar déjà en 1860, et Lebeuf imagina le coaltar saponiné dont, en 1865, J. Lemaire étudia les propriétés dans un mémoire où l'on peut trouver l'historique de l'emploi de cette substance qui remonte à 1850. Dumas montra alors que l'acide phénique agissait en arrêtant la suppuration et en produisant une excitation de la plaie. Lister n'a inventé réellement que la pulvérisation appliquée à son pansement, car, en tant que pulvérisation, elle était aussi connue depuis longtemps en France. Quant au traitement des abcès par congestion par les antiseptiques, Lister n'a pas non plus inventé la méthode, il a simplement remplacé par l'acide phénique les antiseptiques employés précédemment; il y a longtemps que j'ai présenté, soit ici, soit à l'Académie, des sujets traités par les injections iodées.

M. Desprès. A propos du procès-verbal, j'apporte les onze observations d'érysipèles qui ont existé dans mon service depuis le 25 décembre, car je veux faire justice des arguments et des procédés de M. Lucas-Championnière. Je tiens à dire que ces érysipèles ne sont pas des érysipèles développés chez des opérés; quatre venaient du dehors, les autres étaient consécutifs à des brûlures, étaient partis du nez, étaient ce qu'on appelle des rougeurs érysipélatoïdes, etc.

Si M. Verneuil a pu dire qu'il n'en a pas observé à la Pitié, c'est parce qu'il n'en reçoit pas à l'hôpital, tandis que j'admets dans mon service ceux qui se présentent à Cochin et qui ont été refusés à la Pitié.

### RAPPORT

M. Guéniot lit un rapport sur deux notes adressées par M. Prouff, de Plouescat (Finistère). — 1° *Température des nouveau-nés.* — L'auteur a observé que pendant les deux ou trois premières heures de la vie la température des nouveau-nés descend graduellement de 37° environ à 34°, 33° même, puis elle remonte au chiffre normal; par exemple, elle était dans un cas de 37°,2 à la naissance, elle arriva progressivement en deux heures au chiffre de 33°,5, puis elle remonta à 37°. — 2° *De la bande d'Esmarch pour combattre les accidents produits par les grandes hémorrhagies.* — M. Prouff recommande l'emploi de la bande élastique appliquée sur un ou plusieurs membres pour refouler le sang vers les organes centraux, dans les cas d'hémorrhagies utérines considérables. Une transfusion de sang ne fournit guère que 60 à 120 grammes de sang nouveau à l'économie, tandis que la compression élastique refoulerait de chaque membre vers le centre au moins 120 à 150 grammes, soit, pour les quatre membres, une quantité de 500 grammes de sang, contenant certainement au moins autant de globules sanguins que ceux qu'on pourrait injecter à la malade par une opération de transfusion. Dans un cas, l'auteur a obtenu un très-bon résultat.

L'idée réalisée par ce procédé est connue depuis longtemps; c'est pour la mettre en pratique qu'on a recommandé l'élévation des membres, la ligature des membres à la racine afin de faire refluer le sang vers les organes centraux; une bande élastique paraît plus efficace pour réaliser cette « auto-transfusion », et, quoique l'auteur n'ait encore pu l'appliquer qu'une fois, la théorie autorise à préconiser ce moyen dans la pratique.

### FIN DE LA DISCUSSION SUR LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE

M. Perrin. Au début de cette discussion, mon but était simplement de faire la comparaison entre le pansement à l'alcool et le pansement de Lister. Si j'ai reproché à ce dernier ses difficultés matérielles, c'est parce que mon objectif principal était cet aphorisme de la médecine des armées, qu'il faut faire bien de la manière la plus simple qu'il est possible. Lorsque j'ai institué mes expériences, je voulais me rendre compte de ce qu'il y a de fondé dans la pulvérisation phéniquée, la seule chose originale du pansement de Lister. Je dois reconnaître que ces expériences ont obtenu ici peu de faveur, et pour des raisons diverses. Quelques-uns, et notamment M. Verneuil, ont renoncé à la pulvérisation; ils n'y attachent, par conséquent, pas grande importance : en attaquant ce procédé je prêchais des convertis. Mais il n'en était pas de même du groupe des fervents, des orthodoxes. Or M. Lucas-Championnière, le chef de ces croyants, a rapporté de son voyage à Glasgow une foi robuste dont je le félicite, car c'est une chose qui devient de plus en plus rare : mais il en a les inconvénients, et nous présente trop d'affirmations au lieu de nous opposer des preuves. Il a passé à côté de mes pauvres expériences sans daigner leur adresser une critique, et pourtant, bonnes ou mauvaises, je les ai faites : si vous ne voulez point être empiriques ou croire à des fétiches, dites-moi ce que vous faites avec votre soufflet, et démontrez-moi que j'ai tort. On trouvera peut être que j'attache trop d'importance à la pulvérisation : cependant tous ceux qui pratiquent le pansement de Lister se plaignent de la difficulté de bien faire fonctionner l'appareil; il n'y a pas plus de deux ou trois services où les pulvérisateurs marchent bien; cependant, après un si long stage, on ne devrait plus en être encore à chercher un outillage convenable.

Outre les pulvérisations, je reproche aussi à Lister ses mille petits moyens que je voudrais voir simplifier : ce protective dont Glasgow a eu longtemps le monopole; ce mackintosh qu'il faut faire venir du Nord; ce catgut qui doit macérer six mois dans l'huile phéniquée, etc. Si toutes ces précautions me paraissaient nécessaires à l'intérêt du malade, je m'y conformerais volontiers, mais je ne vois pas qu'elles constituent un progrès en rapport avec les sacrifices de temps demandés au chirurgien.

Je trouve d'autres arguments dans les statistiques : je ne prends que les amputations, afin d'avoir des résultats comparables, et je constate des résultats au moins égaux dans la statistique de M. Anger réunie à la mienne; et pourtant, nous faisions le pansement à l'alcool au milieu de la période chirurgicale la plus mauvaise que nous ayons traversée. Je puis encore réparer un oubli, et ajouter à ma statistique une amputation sus-malléolaire faite pendant la Commune chez un vieillard, et qui a parfaitement réussi. M. Lucas-Championnière, qui est dans le secret du pansement de Lister depuis une dizaine d'années, n'a encore produit aucun résultat statistique. Il m'a reproché de compter dans ma statistique cinq évidements, mais ils ont été très-sérieux, et ils avaient la gra-

vité des « amputations diverses », ostéotomies, etc., de Volkmann.

Les résultats les plus nombreux et les plus heureux, à Paris, sont ceux des chirurgiens qui emploient le pansement à l'alcool : je ne crois donc pas qu'on puisse dire que l'avenir de nos blessés est dans le pansement de Lister et dans le pansement ouaté. Je crois fermement que le pansement de Lister n'est pas meilleur qu'un autre, et je ne m'en sers point parce qu'il est plus compliqué que les autres. Il s'agit, bien entendu, de la méthode complète de Lister, car je ne poursuis que la simplification de toutes ces complications tant soit peu mystiques, et je suis prêt à reconnaître que ce pansement ainsi modifié, ramené à l'usage simple de l'acide phénique, à l'application d'un liquide antiseptique comme topique sur la plaie, est un excellent pansement. Tout bon pansement doit être considéré au point de vue antiseptique et au point de vue du mode de réunion de la plaie.

J'ai dit que l'alcool était très-peu douloureux, on m'a répondu qu'il était très-douloureux ; j'ai attribué à l'acide phénique des propriétés irritantes, on m'a dit qu'il est anesthésique. Je crois qu'en tout cela les divergences tiennent au mode d'emploi des deux substances. Que l'on prenne de l'alcool à 45°, et je promets des résultats satisfaisants. Il est vrai que l'alcool sur une plaie fraîche est douloureux, mais on ne doit ainsi l'employer pur qu'aussitôt après l'opération, pendant que le malade est encore anesthésié ; je maintiens de plus que l'acide phénique, au vingtième ou au quarantième, est aussi très-douloureux, car il produit même une eschare. D'ailleurs, les solutions phéniquées sont légèrement alcooliques : il faut y ajouter environ 2 parties d'alcool pour 100, pour que l'acide phénique se dissolve dans l'eau à peu près convenablement.

L'argument le plus considérable a été celui de M. Guyon, qui a le plus expérimenté les deux pansements : il admet qu'ils se valent, qu'ils sont également antiseptiques, mais il fait quelques réserves pour les plaies anfractueuses, profondes, où il craint que des clapiers échappent à l'action de l'alcool. C'est précisément à cause de cette même crainte que, dans les grands traumatismes, j'ai substitué l'irrigation au simple pansement alcoolique : je fais l'irrigation avec l'alcool à 45°, et je ne la continue que jusqu'à l'apparition de bourgeons charnus.

L'alcool rend les plaies inertes, les bourgeons pâles, etc., dit M. Guyon ; mais cela tient encore au mode d'emploi : je n'ai jamais rien vu de semblable ; je pense que M. Guyon n'a employé que de l'alcool pur, à 90°, et il reconnait à l'instant que, lorsqu'il a voulu obtenir du bourgeonnement, il a employé la solution étendue. Or, à 45°, l'alcool est encore antiseptique, il conserve parfaitement les préparations anatomiques, à condition, bien entendu, que le bocal sera bien fermé. Que l'on tente la réunion immédiate avec le pansement à l'alcool étendu, on l'obtiendra aussi régulièrement qu'avec l'acide phénique.

M. Verneuil m'a objecté que l'irrigation est difficile à réaliser ; rien n'est si simple : c'est l'appareil à irrigation ordinaire, qui reste en place pendant toute la durée du traitement, et qui permet de laisser constamment le malade dans une immobilité absolue. Avec le pansement ouaté, au contraire, il faut renouveler plusieurs fois le pansement, ce qui entraîne des déplacements du membre malade. L'irrigation est aussi plus commode parce qu'elle permet, mieux que le pansement ouaté, de pratiquer convenablement l'extension et la contre-extension. J'ai dû borner à ces quelques considérations l'exposé de mes principaux arguments, en raison de l'heure avancée, mais j'espère qu'ils suffiront pour montrer ma véritable pensée, mon désir de simplifier un pansement qui a été, évidemment, un progrès considérable. J'espère aussi que cette discussion portera ses fruits, et qu'elle augmentera de plus en plus la confiance des chirurgiens dans les divers procédés antiseptiques.

La séance est levée à cinq heures et demie.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours public pour la nomination à deux places de médecin du service des aliénés à l'hospice de Bicêtre s'ouvrira le lundi 9 juin 1879, à midi, à l'amphithéâtre de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

Les candidats sont invités à déposer leurs titres au secrétariat de l'Assistance publique, de midi à trois heures. Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 1er mai 1879 et sera clos le mardi 20 mai, à trois heures.

— La réunion des sociétés savantes des départements aura lieu à la Sorbonne, du mercredi 16 avril au samedi 19 avril. Le mercredi, à midi, réunion préparatoire dans le grand amphithéâtre ; les 16, 17, 18 avril, lectures de notes et mémoires par les membres des sociétés savantes. La séance générale aura lieu sous la présidence de M. le ministre de l'instruction publique, le samedi 19, à midi, dans le grand amphithéâtre.

Les personnes qui désirent obtenir des cartes d'admission sont priées d'en adresser la demande au Ministère de l'instruction publique (bureau des travaux historiques) ou au secrétariat de l'Académie de Paris, à la Sorbonne (escalier 5).

— M. le docteur Diéder est nommé médecin titulaire du Dispensaire de salubrité, en remplacement de M. Caron, décédé.

M. le docteur Émile Lemoine est nommé médecin adjoint dudit dispensaire, en remplacement de M. le docteur Diéder.

— M. le docteur Faton, médecin adjoint du lycée de Brest, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Tiret, démissionnaire.

M. le docteur Cousyn est nommé médecin adjoint au lycée de Brest, en remplacement de M. le docteur Faton.

— M. le docteur Carcassonne, médecin en chef des hôpitaux, est nommé membre du conseil départemental de l'instruction publique du Gard, en remplacement de M. Correnson, démissionnaire.

— Par décisions ministérielles, M. le docteur Regnault (Paul), médecin consultant aux eaux de Bourbon-l'Archambault (Allier) a été nommé médecin inspecteur de cette station, en remplacement de M. le docteur Périer, démissionnaire.

M. le docteur Émile Bourgarel, ancien médecin consultant à Vals, a été nommé médecin consultant de la station de Pierrefonds, en remplacement de M. le docteur Sales-Girons, décédé.

MM. les docteurs Cyr et Cornillon ont été nommés seconds médecins inspecteurs adjoints de la station de Vichy.

— *École de médecine d'Arras.* — Sont nommés : Professeur d'anatomie : M. Leprieur, suppléant et chef des travaux anatomiques ; — professeur de physiologie : M. Leclercq, professeur adjoint ; — professeur de pharmacie et de matière médicale : M. Ségard, professeur adjoint ; — professeur d'histoire naturelle : M. Lobert, suppléant ; — professeur de chimie et toxicologie : M. Gossart, professeur.

— *Hospice d'Orléans.* — Un concours pour une place d'interne aura lieu le vendredi 25 avril, à midi, dans la salle des amphithéâtres de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Les élèves qui voudront être admis à ce concours devront se faire inscrire au moins deux heures à l'avance, au secrétariat, et justifier qu'ils ont déjà fait du service dans un hôpital, et que leurs chefs de service ont été satisfaits de leurs aptitudes et de leur conduite.

Les examens consistent en épreuves orales sur l'anatomie et la chirurgie, et en épreuves écrites sur la physiologie et la médecine.

La durée de l'internat est de deux ans, le traitement est de 300 francs la première année et de 400 francs la seconde année, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage.

— M. le docteur H. Picard commencera le mardi 22 avril, à cinq heures, à son dispensaire, 13, rue Suger, un cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera de l'affection calculeuse, de la lithotritie et des rétrécissements de l'urèthre.

— *Hygiène et éducation de la première enfance.* — La Société française d'hygiène en publiant sous ce titre, un petit volume de 36 pages, genre *tract* anglais, se propose de vulgariser, dans les limites les plus étendues, les préceptes qui doivent présider à l'éducation physique du premier âge. Le *tract* sera déposé dans les mairies de Paris et distribué *gratuitement* au moment même de la déclaration des naissances. — Toutes les personnes qui s'intéressent à ces importantes questions le recevront, *à titre gracieux*, sur la demande qu'elles en feront au secrétariat de la Société. Celles qui, pour s'associer à cette œuvre, désireraient distribuer ce petit volume, dans le cercle de leurs connaissances, en recevront cent exemplaires au prix modique de 10 francs.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Étude de la région périnéale de l'homme,** par le docteur de P. Chacon, professeur d'anatomie à l'École de médecine de Mexico. Gr. in-8° de 100 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, Octave Doin.

**De la bosse séro-sanguine,** par le docteur Daniel Mortellière. In-8° de 67 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Octave Doin.

**Recherches sur la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux; statistique de l'hôpital Lariboisière 1854-1878 et de l'hôpital Cochin 1873-1877,** avec tableau et courbes de la mortalité, par le docteur L. de Beurmann. Gr. in-8° de 64 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

**Recueil de questions** posées aux cinq examens de médecine et aux accouchements. 18 vol. — Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**De l'ophthalmie granuleuse dans les écoles,** par le docteur A. Dastot. — Prix : 1 fr. 50. — Chez Manceaux, à Mons et Bruxelles.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 8059.

N° 44. — MARDI 15 ET JEUDI 17 AVRIL 1879. 52e ANNÉE. MARDI 15 ET JEUDI 17 AVRIL 1879. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Aimé Bonpland, l'ami et le collaborateur de Humboldt et son compagnon dans les ascensions célèbres du Pichincha et du Chimborazo, fixé au Paraguay, où il exerçait la médecine, s'y est livré à des études de botanique et à des essais thérapeutiques, particulièrement sur une plante analogue au melaleuca des Moluques. Les enfants de Bonpland, en souvenir de la patrie d'origine de leur illustre père, ont adressé à l'Académie le mémoire dans lequel sont consignés quelques-uns des résultats obtenus par l'usage de cette plante.

M. Planchon a annoncé à ses collègues le dépôt de ce travail aux archives de l'Académie par un court et substantiel rapport dans lequel il a décerné un légitime éloge à la mémoire du célèbre naturaliste qui fut notre compatriote.

Une grande partie de la séance a été occupée par une discussion assez vive entre MM. Moreau et Colin sur l'action physiologique des purgatifs salins.

La séance a été terminée par un rapport de M. Chatin sur un mémoire de M. le docteur Heckel, professeur à la Faculté des sciences de Marseille, sur l'action physiologique des solanées vireuses et de la belladone en particulier. L'auteur a été recommandé par M. Chatin à ses collègues comme candidat à l'une des prochaines places vacantes de correspondant.

Dr Brochin.

## HOPITAL NECKER. — M. Guyon.

### Lithotritie; manœuvre de l'instrument dans la vessie.

Lorsque le lithotriteur a été introduit et conduit dans la cavité vésicale suivant les règles que nous avons exposées précédemment (1), la première indication est de le maintenir toujours et entièrement sur la ligne médiane, dans l'axe du corps; cette règle est absolue. On ne doit, sous aucun prétexte, incliner le manche d'un côté ou de l'autre pour faire tourner l'extrémité, le bec, dans un sens inverse; ce serait une manœuvre dangereuse, d'abord, à cause de la puissance du bras de levier sur lequel on agit, et, en second lieu, ce serait s'exposer à un échec.

Il faut conduire le lithotriteur, dans la ligne médiane, jusqu'à ce qu'on arrive sur la paroi postérieure de la vessie. C'est, en effet, cette paroi qu'il va toucher directement, et non pas le fond de la vessie, à cause de la situation spéciale dans laquelle est placé le malade (bassin élevé).

L'instrument passe donc au-dessus du bas-fond de la vessie, et arrive, toujours fermé, sur la paroi postérieure de la vessie. C'est ce point qu'on doit d'abord chercher à atteindre : on ne doit pas, alors, s'inquiéter de toucher la pierre; on la sent quelquefois pendant cette première manœuvre.

Il faut songer alors à ouvrir l'instrument : pour cela, la main gauche fixe solidement la poignée du manche de l'instrument et le tient immobile, tandis que la main droite fait mouvoir la branche mâle qu'elle attire en la ramenant au dehors, jusqu'à ce qu'elle affleure le col de la vessie. L'instrument est donc ouvert; il comprend, entre les deux branches du bec, toute l'aire de la vessie depuis le col, où est venue l'extrémité de la branche mâle, jusqu'à la paroi postérieure où est restée immobile l'extrémité de la branche femelle.

J'ai supposé qu'on ouvrait l'instrument dans une direction tout à fait verticale : cependant, quand on a senti la pierre en faisant avancer l'instrument du côté droit de la vessie (comme cela arrive souvent), il faut ouvrir l'instrument en inclinant le bec du côté gauche, c'est-à-dire du côté opposé à celui où est la pierre. Cette précaution empêche le bec de la branche mâle d'entraîner la pierre pendant son mouvement, et de la ramener entre le col et cette branche mâle : cet accident arrive inévitablement si l'on ouvre l'instrument en l'inclinant du côté où se trouve la pierre. Il est donc important d'incliner l'instrument du côté opposé pour ne pas déplacer le calcul.

C'est seulement lorsque l'instrument a été ainsi ouvert, qu'il convient de l'incliner du côté de la pierre et de rapprocher les mors; on a beaucoup de chances de saisir la pierre entre les deux branches. En général, la pierre est située dans la partie la plus déclive de la vessie; cela tient à l'attitude spéciale qu'on a donnée au malade, en lui relevant fortement le bassin; elle est souvent du côté droit de la vessie, pour la même raison : c'est parce que le malade

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, n° 50 (1878).

est ordinairement couché sur ce côté, et que le chirurgien, se plaçant à sa droite, a aussi calé un peu plus fortement le côté gauche du bassin, de façon à le relever un peu plus que le côté droit.

Si, en rapprochant les branches du lithotriteur, on n'a rien rencontré, il faut le rouvrir de nouveau, et répéter la même manœuvre, l'incliner à droite et à gauche et le refermer jusqu'à ce qu'on saisisse la pierre. Ces manœuvres doivent se faire sans effort : on ne doit pas appuyer au contact de la paroi vésicale pour saisir la pierre; on doit cueillir la pierre, plutôt que la prendre. En effet, elle est presque toujours plus ou moins arrondie; reposant sur la vessie, elle fait donc toujours saillie au-dessus de la surface de la muqueuse; c'est par cette saillie qu'elle doit être saisie, sans qu'il soit besoin de toucher la paroi vésicale avec l'instrument. Il faut deviner la paroi vésicale, s'arrêter dès qu'on se sent un peu moins libre dans la cavité. Dans beaucoup de cas, si l'on manque la pierre, c'est par l'exagération même des mouvements de la manœuvre : à peine a-t-on incliné le lithotriteur que souvent la pierre est saisie. Rien n'est facile comme cette manœuvre, si l'on y met la modération la plus exquise : au contraire, des difficultés insurmontables attendent ceux qui impriment à l'instrument des mouvements désordonnés, qui déplacent la pierre en tous sens, sans pouvoir l'atteindre dans une course effrénée dans la cavité vésicale. C'est là ce qui arrive dans la grande majorité des cas : cependant on peut rencontrer des difficultés dans la préhension du calcul : ces difficultés peuvent venir, soit de la vessie, soit du calcul. Les pierres volumineuses sont les plus difficiles à saisir : au contraire, les pierres les plus petites sont les plus faciles à prendre. En effet, dans les cas de pierres volumineuses, l'instrument ne peut plus les circonscrire dans son aire, parce que la vessie, irritée par ces corps étrangers, est devenue plus étroite; le diamètre du calcul est donc plus grand que l'écartement possible des deux branches du lithotriteur.

Les grosses pierres, en outre, ne sont pas placées dans le fond de la cavité vésicale, mais vers la tranche moyenne de la vessie, presque dans le segment supérieur. Elles s'appuient là sur les parois contractées de la vessie : cependant elles n'y sont pas enchatonnées comme on l'a dit. On abuse beaucoup trop de cette variété, qui existe, mais qui est rare. Dans cette situation, la pierre se trouve donc, non pas au-dessous, mais au-dessus de l'instrument; il faut, pour l'atteindre, abaisser le manche en bas, sans forcer l'inclinaison, pour relever le bec de l'instrument vers la pierre.

Les pierres plates présentent aussi des difficultés à la lithotritie, et parfois on a été obligé de recourir à la taille pour arriver à en débarrasser le malade.

Ces difficultés, toutefois, sont assez rares; mais, ce qui est très-commun, c'est la disposition suivante : des pierres tout ordinaires sont logées dans le bas-fond même de la vessie, qui est souvent d'une profondeur démesurée, surtout chez les gens qui ont de grosses prostates; dans ces cas, le bas-fond s'abaisse de plus en plus, en même temps que le col de la vessie s'élève. C'est en vain qu'on soulève le bassin avec des coussins épais, on n'arrive pas à déplacer le bas-fond : il y reste plongé immédiatement derrière le col de la vessie.

Aussi le lithotriteur passe par-dessus la pierre, et de beaucoup; au lieu de chercher la pierre dans la moitié postérieure de la vessie, c'est dans la moitié antérieure qu'il doit aller l'atteindre. La difficulté n'est cependant pas insurmontable, si l'on exécute régulièrement la petite manœuvre suivante : comme il n'est plus besoin de faire agir le lithotriteur dans la moitié postérieure de la cavité vésicale, il suffit de lui donner une ouverture très-modérée. Alors, il faut ramener la branche mâle jusqu'au contact du col de la vessie, et, lorsqu'on a senti ce col, on fait pivoter l'instrument ouvert, autour du col de la vessie, de façon que les branches soient dirigées en bas, et plongent dans le bas-fond de la vessie, où elles saisissent la pierre. Pour faciliter encore cette manœuvre, on relève le manche de l'instrument à mesure qu'on porte le bec en bas dans la vessie. Si l'écartement entre les deux branches n'est pas suffisant pour embrasser la pierre, on se donne une aire plus grande en poussant un peu en arrière la branche femelle, mais en ayant soin, pendant cette manœuvre accessoire, de ne pas écarter la branche mâle du voisinage du col de la vessie.

Au moment où l'on fait tourner l'instrument pour diriger les becs en bas vers le fond de la vessie, on pourrait être arrêté, et ne pas avoir assez d'espace pour exécuter ce mouvement; il suffirait, pour se dégager, de relever un peu le bec de l'instrument dans la cavité vésicale, en abaissant le manche du lithotriteur.

En résumé, on évitera ces difficultés, plus apparentes que réelles : 1° en ouvrant modérément l'instrument; 2° en maintenant exactement la branche mâle au contact du col de la vessie; 3° en relevant l'instrument à mesure qu'on porte le bec en bas dans la vessie.

La méthode que je viens de décrire, et qui consiste à saisir la pierre, les becs de l'instrument étant tournés, soit en haut, soit en bas, constitue ce qu'on a appelé la *saisie directe*. Mais on peut arriver à saisir le calcul par une autre manœuvre plus simple, dite méthode de *prise indirecte*. Dans cette méthode la pierre va dans l'instrument, au moyen d'une secousse spéciale, et ce n'est plus l'instrument qui va chercher la pierre. Pour y arriver, il n'est pas besoin du lit mécanique qui a été construit par le baron Heurteloup, il suffit d'un petit mouvement bien simple : l'instrument étant placé et ouvert d'après les règles exposées précédemment, on appuie sur la paroi inférieure de la vessie de façon à la sous-tendre avec l'instrument; les parois latérales de la vessie, tendues par cette manœuvre, deviennent obliques, comme un plan incliné, aboutissant au fond de la vessie, sur la gouttière formée par la dépression que produit l'instrument. La pierre glisse donc le long de ces parois, et tombe dans les branches de l'instrument dès qu'on le met dans cette position. Cette manœuvre réussit ainsi dans beaucoup de circonstances. On l'aide encore par un autre procédé : outre la pression exercée sur le bas-fond de la vessie avec le lithotriteur, on imprime une secousse au bassin pour mieux faire détacher la pierre. Il n'est pas besoin d'une secousse violente : il suffit d'appliquer la main sur l'épine iliaque et de lui imprimer un mouvement brusque comme celui d'une décharge musculaire.

La méthode indirecte, en somme, rend de très-précieux services; elle réussit souvent quand les autres procédés ont échoué. Cependant il ne faut pas se laisser séduire par sa simplicité et son succès, car elle est souvent impraticable dans les vessies à parois déformées, anfractueuses, où la pierre est logée comme dans une vallée étroite. Dans ces cas, il faut toujours suivre la méthode classique et régulière, dont on ne doit, d'ailleurs, s'écarter que dans des

circonstances tout à fait spéciales, mais à laquelle on doit avoir d'abord recours, en règle générale.

Une fois la pierre saisie entre les branches du lithotriteur, le *broiement* devient une manœuvre des plus simples. On ramène l'instrument au centre de la vessie en ne pressant sur les branches que suffisamment pour maintenir le calcul saisi entre les mors, mais sans avoir mis l'écrou, car il pourrait arriver que l'on ait saisi la muqueuse vésicale : or celle-ci se dégagera facilement si l'on n'a communiqué qu'une pression douce aux branches de l'instrument, laquelle suffira, d'ailleurs, pour ramener la pierre au milieu de la vessie.

Il faut toujours avoir soin de prendre cette petite mesure de prudence, lors même qu'on serait absolument certain d'avoir saisi la pierre, et la pierre seule. Ensuite, on imprime encore à l'instrument quelques petits mouvements de latéralité, au centre de la vessie, et on commence seulement la pression, lente et progressive, qui brise ordinairement la pierre. Sinon, on fixe solidement l'instrument de la main gauche, et, la main droite portée sur la roue, on lui imprime brusquement une secousse rapide, qui fait éclater la plupart des calculs ayant résisté à la pression simple.

---

## HOPITAL ROTHSCHILD. — M. LEVEN.

### Névropathie cérébro-cardiaque chez un dyspeptique.

(Observation recueillie par M. RUEFF, interne du service.)

X..., âgé de dix-huit ans, casquetier, est dyspeptique depuis un grand nombre d'années, souffre de crampes d'estomac, de palpitations et de douleurs vagues plus ou moins généralisées.

Son appétit a toujours été faible; mais, depuis trois ans, époque à laquelle il eut une fièvre typhoïde, la dyspepsie s'est aggravée, les digestions sont devenues plus pénibles, et il éprouve après les repas des crampes d'estomac et des sensations de brûlure.

Les phénomènes nerveux se sont exaltés, les vertiges sont devenus de plus en plus violents, et se produisent aussi bien le matin à jeun qu'après les repas. Quand ils surviennent, le malade en est informé d'avance par une sensation de vide dans la tête, de renversement des tempes. Les objets qui se trouvent devant lui tournent ou s'effacent dans un nuage. En même temps les jambes s'affaissent et il tombe en arrière après avoir eu quelques mouvements convulsifs des membres. Il perd connaissance, jamais il n'écume ni ne se mord la langue; ces crises sont absolument distinctes des crises épileptiques.

L'inappétence et la faiblesse allant en augmentant, X. se décide à entrer à l'hôpital.

L'examen des organes nous permet de constater les phénomènes suivants : inappétence complète, goût amer dans la bouche. La langue est blanche, l'estomac très-douloureux à la pression sur la ligne médiane et dans la région gauche.

Il rend des gaz, quelques gorgées de liquide acide, et quelquefois il vomit des aliments; les selles sont régulières. Le foie et la rate présentent des dimensions normales.

Les urines sont claires et ne renferment aucun élément pathologique.

Les repas sont suivis de violentes palpitations qui sont presque continuelles, mais les bruits du cœur sont normaux; point de bruit de souffle; le pouls est petit et bat 100 pulsations par minute.

La position verticale détermine des vertiges; les syncopes sont fréquentes.

La pression des apophyses épineuses des vertèbres donne lieu à une douleur vive qui n'irradie pas sur les côtés.

De plus, le sommeil est à peu près nul, et l'on n'arrive à le provoquer que par des médicaments. Si nous résumons l'ensemble des symptômes que présente ce malade et qui durent depuis deux ou trois ans en s'aggravant, perturbations sensorielles, troubles de la vision et du goût, douleurs rachidiennes, troubles de la locomotion, palpitations cardiaques, on remarquera qu'il éprouve tous les symptômes de cette singulière maladie que l'on a dénommée nutation cérébro-spinale, névropathie cérébro-cardiaque (Krishaber), nervosisme (Bouchut), et cette maladie a toujours été subordonnée à l'anémie cérébro-spinale.

Si dans un certain nombre de cas l'anémie est la cause de l'excitabilité anomale des éléments nerveux, chez ce malade il n'en est pas ainsi. C'est la dyspepsie qui paraît être ici la cause de l'irritation cérébro-spinale, et celle-ci s'est développée sous l'influence de la maladie stomacale et est entretenue par elle. C'est donc en guérissant l'affection primitive qu'on arrivera à faire disparaître les phénomènes nerveux.

Les troubles nerveux liés à la dyspepsie sont très-fréquents. Si la névropathie cérébro-cardiaque peut être primitive et si elle suppose une prédisposition particulière, le tempérament nerveux, souvent elle doit son origine à des troubles gastriques. On observe chaque jour des faits de cet ordre qui ont leur source dans la dyspepsie.

Chez ce malade les troubles visuels sont peu accentués; chez un autre, qui est en traitement, on voit sous la même influence se produire des vertiges précédés d'obnubilations visuelles. Quand il est placé dans une très-grande lumière, sa vue s'obscurcit, et il arrive à être frappé d'une cécité complète et passagère.

Les médecins ont décrit une autre maladie nerveuse, l'hypochondrie, qui n'est le plus souvent que le résultat de la dyspepsie. Les sensations multiples, variables, qui ne prêtent pas à un groupement toujours bien défini et qui accuse l'hypochondriaque, ont d'ordinaire la même origine.

Il est important de fixer l'attention sur les désordres nerveux si habituels dans la dyspepsie. Ils inquiètent bien plus le malade que les phénomènes gastriques, car ils développent chez lui la crainte d'être frappé par une maladie organique grave. Ils ne s'amendent qu'en traitant la dyspepsie, et c'est à elle qu'on doit en premier lieu s'attaquer.

Les phénomènes nerveux dus à la dyspepsie sont trop souvent confondus avec le nervosisme essentiel.

---

## HOTEL-DIEU DE LYON. — M. DANIEL MOLLIÈRE.

### Du drainage au moyen de crins de cheval dans le traitement des kystes synoviaux.

(Observation recueillie par M. H. BOUZOL, interne des hôpitaux de Lyon.)

Célina L..., vingt ans, tisseuse, entrée le 15 février 1879, salle Saint-Paul, nº 6.

Cette malade est atteinte déjà depuis plusieurs années d'une coxalgie qui est actuellement en très-bonne voie de guérison. Elle présente, en outre, sur la face dorsale du poignet droit une tumeur dont l'apparition remonte à trois ans. La malade attribue son développement à un travail très-pénible dont elle était chargée à cette époque, et consistant à soulever des fardeaux à une grande hauteur. Quoi qu'il en soit, la tumeur se montra brusquement et se développa en huit jours; elle est restée stationnaire depuis.

Cette tumeur est assez volumineuse; son diamètre vertical mesure 10 centimètres; elle donne lieu à une déformation très-accusée du poignet qu'elle dépasse en bas pour empiéter sur le dos de

la main. Elle est indolente, légèrement fluctuante. La palpation fait percevoir de petits corps qui glissent sous le doigt sans déterminer de crépitation. Elle est mobile sous la peau; sa surface est irrégulière, et présente des saillies et des dépressions. Pas de troubles fonctionnels bien appréciables. Diagnostic : kyste synovial à grains riziformes.

24 février. — M. Mollière introduit au niveau de l'extrémité supérieure de la tumeur un bistouri à lame très-étroite, puis, par simple pression digitale, il fait sortir une multitude de petits corps blanchâtres semblables à du riz à demi cuit. Il s'écoule en même temps une très-faible quantité de liquide visqueux et transparent. La poche vidée, on la fait traverser par une petite mèche de crins huilée et phéniquée qui vient sortir par une contre-ouverture pratiquée à l'extrémité inférieure du kyste. Toutes ces manœuvres sont faites sous un nuage de vapeurs phéniquées. Pansement de Lister.

M. le docteur Chandelux, chef du laboratoire d'histologie, a bien voulu se charger de faire l'examen histologique des grains riziformes. Voici la note qu'il nous a remise à ce sujet :

« L'examen a été fait par les trois méthodes suivantes : 1° par dissociation; 2° par coupes; 3° par décollement de la couche superficielle du grain riziforme, étalée sur une lame de verre et examinée à plat. Dans ces divers cas, la coloration a toujours été obtenue à l'aide du picro-carmin.

« 1° *Dissociation.* — Après dissociation suffisante d'un grain riziforme et coloration avec le picro-carmin, la préparation montée dans la glycérine légèrement carminée nous permet de voir les détails suivants. Dans les points où la séparation des éléments anatomiques a atteint son plus haut degré, on aperçoit des cellules d'apparence épithéliale à noyau volumineux et granuleux. Tout autour de ce noyau, la masse cellulaire s'étale sous forme d'une substance granuleuse, à peine colorée en jaune par le réactif. Ces cellules sont polygonales et appartiennent au type pavimenteux; leurs contours d'ailleurs sont parfois irréguliers et comme déchiquetés. Partout où la dissociation a été insuffisante, nous distinguons des noyaux, colorés en rouge par le carmin, ayant même forme et même aspect que ceux dont nous venons de parler, mais les contours de chaque cellule ne peuvent plus être limités; ils sont fusionnés avec ceux des cellules voisines, de manière à donner naissance à une véritable substance amorphe. La dissociation et l'isolement de chaque cellule est singulièrement favorisée par une goutte de solution de potasse à 40/100.

« 2°. *Coupes.* — Sur les coupes transversales, on remarque au premier abord deux zones bien distinctes : une zone périphérique renfermant une grande quantité de noyaux; une zone centrale qui, au contraire, n'en possède qu'un petit nombre. Dans la zone périphérique qui a seulement une épaisseur de 20 $\mu$, ces noyaux nombreux deviennent, dans les couches les plus superficielles, le centre d'éléments cellulaires très-aplatis qui, par leur juxtaposition, forment le revêtement de la surface. Ce revêtement se rapproche beaucoup, par son aspect et sa nature, du revêtement cellulaire qui tapisse normalement les gaînes synoviales.

Toute la portion centrale du grain riziforme a un aspect moiré, chatoyant, dû, soit à des stries faites par le rasoir au moment de la coupe, soit à des craquelures, soit enfin à des parties de réfringence différente. La substance fondamentale est amorphe; on n'y distingue aucune fibre, pas plus que des éléments cellulaires à contours distincts. Mais çà et là on voit des noyaux dont les formes sont très-variables : noyaux en forme de coin, noyaux en T, noyaux en L. Tous sont vivement colorés en rouge par le carmin.

« 3° *Lame superficielle étalée du grain riziforme.* — Sur cette lame on distingue les noyaux vivement colorés en rouge, et parfois le contour d'un élément cellulaire peut être distingué autour d'eux.

« Au résumé, il semble que, dans ce cas, les grains riziformes examinés sont constitués par des amas des cellules de revêtement de la paroi, cellules qui se sont peu à peu fusionnées les unes avec les autres de façon à constituer la matière amorphe centrale de chaque grain. Sur aucun des grains il n'a été possible de trouver des vestiges de vaisseaux. »

26 février. — Les suites de l'opération ont été aussi simples qu'on pouvait le désirer. La malade ne souffre pas et ne présente aucun mouvement fébrile. On ne constate pas la moindre tuméfaction.

2 mars. — La cicatrisation marche très-rapidement et n'est entravée par aucun accident. Toujours pas de douleurs, ni de gonflement. Point de suppuration. On retire tous les matins quelques crins.

11 mars. — Le dernier crin est enlevé. La guérison est à peu près complète et le poignet présente sa forme normale. La peau est parfaitement mobile et n'offre pas la moindre adhérence. Les mouvements de la main sont tous possibles; toutefois ils sont encore un peu moins énergiques que ceux de la main gauche.

19 mars. — La malade demande sa sortie. Il ne reste plus que deux cicatrices à peine perceptibles.

---

## EXPÉRIENCES

### POUR SERVIR A L'ÉTUDE DE LA PHYSIOLOGIE DU FOIE ET DE LA RATE.

(Communication préalable.)

Par le M. le professeur P. Picard (de Lyon).

Dans des recherches que j'ai antérieurement publiées, j'ai fait connaître les faits suivants :

1° J'ai signalé que la suppression *complète* du passage du sang veineux-porte à travers le foie amène une diminution de la quantité de fibrine dissoute dans le sang de la circulation générale et en même temps un amoindrissement de la proportion de glucose contenue dans le même liquide.

J'ai fait remarquer que la diminution de la fibrine et du glucose se produisait là dans une condition organique (anémie brusque) qui devrait les augmenter.

J'ai fait ressortir qu'il était bien manifeste que la diminution du glucose résultait dans ces cas du non-passage du sang à travers le foie, et que conséquemment on pouvait supposer que la disparition graduelle de la fibrine résultait de la même cause.

2° J'ai indiqué l'existence dans le foie de ces matières albuminoïdes spéciales connues et bien caractérisées depuis les travaux de M. Hoppe Seyler sous le nom de *globulines*.

En partant de ces préliminaires, je devais me poser la question de savoir si les globulines du foie sont les mêmes que celles qui existent dans le sang, et si notamment la plus importante, celle dont le rôle est le mieux démontré dans le phénomène de la coagulation, existait dans cet organe. Les expériences suivantes ont répondu à cette question d'une façon suffisante pour qu'on soit en droit de conclure affirmativement.

Chez un chien mort d'hémorrhagie, on prend 10 grammes de foie qu'on broie et abandonne plusieurs heures dans une chambre humide.

Après ce temps on ajoute 200 centimètres cubes d'eau distillée, on agite vivement et on laisse macérer vingt heures environ par une température qui n'a pas dépassé 15 degrés centigrades.

Après ce temps on filtre et on soumet le liquide aux essais suivants :

1° On le sature d'acide carbonique, et on détermine un précipité, qu'on caractérise aisément comme formé par une ou des globulines.

2° On verse quelques centimètres cubes dans un tube à essai que l'on place dans une étuve d'Arsonval réglée à 60°, et on attend que le liquide ait pris la température de l'étuve. A ce moment on constate que le liquide contient en suspension un précipité qu'on caractérise facilement à l'aide des réactions des albumines coagulées.

De ces deux expériences on conclut que le liquide de macération du foie contient une albuminoïde coagulable à la température maxima de 60, et une albuminoïde précipitable par l'acide carbo-

nique, et appartenant à l'ordre des globulines : cette substance ne peut être que la matière fibrinogène (Hoppe Seyler, Schmidt, Glénard, Fredericq de Gand).

C'est cette substance qui joue certainement le rôle capital dans la formation de cette albuminoïde insoluble connue sous le nom de fibrine.

La deuxième substance à laquelle les théories en vogue font jouer un rôle dans le même phénomène existe-t-elle également dans ces liquides ?

Voici comment j'ai cherché à répondre à cette deuxième question :

J'ai porté à 60° une certaine quantité de mon liquide, et, le coagulum une fois formé, j'ai séparé le liquide par filtration et fait agir sur lui l'acide carbonique.

Ce gaz a encore séparé une matière albuminoïde, une globuline laquelle ne se précipite qu'à une température plus élevée analogue à celle à laquelle la sérine et l'hémoglobine se séparent.

Il n'y a qu'une substance connue présentant ces propriétés, c'est la matière fibrinoplastique, et nous sommes amené à admettre son existence à côté de la matière fibrinogène. En examinant par les mêmes méthodes le liquide de macération de la rate, on obtient les mêmes résultats et on est amené à des conclusions identiques.

Puisque je parle de la composition du foie et de la rate, je crois devoir reproduire ici une expérience sur la signification de laquelle je n'ai pas encore une opinion arrêtée, mais qui n'en a pas moins un intérêt réel.

On prend un poids déterminé de foie ou de rate, 23 grammes par exemple, on broie finement, on agite après avoir ajouté 85 centimètres cubes d'eau distillée et on laisse macérer vingt-quatre heures environ.

Après ce temps, on décante ou on passe à travers un linge, de façon à séparer les quelques gros fragments.

On mesure 83 centimètres cubes de ce liquide tenant des parties fines de l'organe en suspension, et on agite avec une quantité déterminé d'oxyde de carbone.

On introduit alors tout le gaz restant et liquide dans un ballon adapté à une pompe à mercure et dans lequel le vide a été fait au préalable. On extrait alors les gaz rapidement et à une température convenable (comme on le fait dans l'analyse des gaz du sang) et on fait l'analyse du mélange gazeux suivant les procédés classiques.

On obtient toujours une quantité de CO beaucoup inférieure à celle qui avait été mêlée au liquide, et dans le cas cité on voit que 10 centimètres cubes de ce gaz ont été retenus en combinaison résistant à l'action du vide.

Si nous supposons que les 85 centimètres cubes d'eau contiennent en suspension ou dissolution tous les matériaux des 23 grammes de tissu (ce qui n'est pas bien entendu), nous sommes amené à cette curieuse conclusion que 23 grammes fixent 46 grammes environ d'oxyde de carbone, c'est-à-dire une quantité *bien supérieure* à celle qui pourrait l'être par le sang du même animal, comme il est aisé de s'en convaincre.

Les analyses pratiquées sur le foie ou la rate donnent des résultats qualitatifs identiques, et on est amené à se demander si c'est *uniquement* de l'hémoglobine qui a agi dans dans ce cas et s'est combiné au CO, ou s'il n'y aurait pas là un corps particulier produisant un effet analogue.

La question se posant de la sorte par cette raison que la coloration du liquide n'est pas d'une intensité proportionnelle, ce ne saurait être là, du reste, un argument décisif, car nous avons agi sur des parcelles solides et des parties dissoutes et nous avons eu peut-être l'absorption par de l'hémoglobine dans les deux états. Les expériences que j'ai publiées autrefois avec M. Malassez s'accorderaient avec cette dernière hypothèse, mais ne sont cependant pas décisives.

En tout cas, si c'est l'hémoglobine qui a agi, il faut conclure à l'existence de cette substance dans le tissu du foie comme dans celui de la rate.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 avril 1879. — Présidence de M. Roger.

### CORRESPONDANCE

M. de Masquard adresse, à l'appui de l'opinion qu'il a soutenue dans une lettre communiquée à la dernière séance, une brochure intitulée : *Congrès séricicole international de Montpellier.*

### PRÉSENTATIONS

M. DEVILLIERS présente, au nom de M. le docteur Lamarche, un travail manuscrit intitulé : *Alocinésie ou maladie des batteurs en grange.*

M. GAVARRET présente, de la part de M. le docteur Badal, professeur à la Faculté de Bordeaux, un volume intitulé : *Clinique ophthalmologique.*

M. BOULEY présente la thèse de son fils, M. le docteur Paul Bouley, ayant pour titre : *De l'ostéomalacie.*

M. TARNIER présente, au nom de M. Siredey, l'article *Péritonite* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

### RAPPORTS

M. PLANCHON donne lecture, en son nom et au nom de M. Pidoux, d'un rapport sur un mémoire de Bonpland intitulé : *Du melaleuca paraguayensis et de son action thérapeutique.*

Aimé Bonpland, ayant trouvé dans le Paraguay une plante analogue au melaleuca des Moluques, eut l'idée de vérifier les propriétés attribuées à cette espèce par les médecins allemands du siècle dernier. Il en retira l'essence et fit avec les feuilles et les fleurs une teinture dont il constata l'action sudorifique. Les membres de la commission croient devoir signaler à leurs collègues le dépôt dans les archives de l'Académie d'un mémoire que recommande particulièrement le nom de son auteur et remercier en même temps les enfants de Bonpland de s'être souvenus, dans les régions lointaines qu'ils habitent, de la patrie d'origine du célèbre naturaliste et d'avoir tenu à faire hommage aux médecins français de l'une des œuvres de notre illustre compatriote. (Adopté.)

### DISCUSSION SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DES PURGATIFS SALINS

M. ARMAND MOREAU, à l'occasion du procès-verbal, répond dans la note suivante aux observations critiques que M. Colin a faites dans la précédente séance sur sa communication.

J'ai décrit, dit-il, une expérience nouvelle qui consiste à ingérer un sel purgatif dans une anse intestinale et à attendre quelque temps après cette ingestion pour placer dans cette anse un sel de cyanure jaune de potassium et de fer qui sert de témoin de l'absorption. L'expérience montre qu'alors il n'y a pas d'absorption, tandis que les liquides fournis par la sécrétion et l'exhalation de la membrane muqueuse continuent à affluer. Ce résultat est contraire à la théorie de l'endosmose conçue comme supposant un double échange. Le fait nouveau de mon mémoire peut être ainsi défini : la présence des sels tels que le sulfate de soude ou de magnésie donne lieu à une absorption qui cesse bientôt, tandis que la formation des liquides par sécrétion ou exhalation continue.

M. Colin objecte que la membrane muqueuse n'est plus dans de bonnes conditions pour absorber et que les lésions survenues sont la cause de l'absence d'absorption. Je me bornerai à dire aujourd'hui, pour combattre cette supposition, que, si la muqueuse n'exhale pas, elle est cependant toujours capable d'absorber.

M. Moreau cite comme preuve l'expérience suivante :

Il a mis dans une anse intestinale d'un chien la solution de sulfate de magnésie. Il a attendu cinq heures afin de produire d'une manière exagérée cet état de distension et d'altération qui, dans l'hypothèse de M. Colin, suffit au bout d'une heure pour supprimer l'absorption. Au bout de cinq heures il reprend cette anse et à l'aide d'un trocart il en extrait 150 centimètres cubes de liquide. Il lave l'anse et injecte de nouveau 150 centimètres cubes d'eau ordinaire, puis 5 centimètres cubes de la solution de cyanure à 10 0/0. La plaie faite par le trocart est soigneusement fermée. Il obtient ainsi une anse distendue offrant les lésions qu'elle offrait quand

elle n'absorbait pas, et il attend deux heures, puis sacrifie l'animal. L'urine contient alors manifestement du cyanure. L'absorption est certaine.

Cette expérience confirme donc la proposition communiquée à l'Académie, savoir : que l'on ne peut admettre un double échange dans les conditions qu'il a décrites.

**M. COLIN** est bien aise d'avoir entendu les explications de M. Armand Moreau, car il en résulte qu'ils sont aujourd'hui d'accord sur ce point que la muqueuse intestinale peut en même temps absorber et sécréter. Il y a vingt ans que M. Colin avait déjà démontré ce fait par l'expérience suivante : il fait sur un cheval une incision de 1 décimètre qui lui permet d'attirer une anse intestinale sur laquelle il fait une première ligature ; après avoir, à l'aide de pressions méthodiques, complètement débarrassé cette anse de son contenu, arrivé à 1 mètre environ au-dessous de la première ligature, il en applique une seconde ; il obtient ainsi une anse intestinale complètement libre de liquides, de gaz, de mucosités, etc. Un peu au-dessous il forme une seconde anse intestinale semblable à la première. Ces deux anses étant absolument dans les mêmes conditions, c'est-à-dire complètement vides, M. Colin injecte dans l'une une solution de sulfate de soude et laisse l'autre telle quelle. Une heure après il ouvre ces deux anses, on sacrifie l'animal, et toujours il a constaté une sécrétion beaucoup plus abondante dans l'anse où il avait injecté du sulfate de soude que dans l'autre. L'expérience de M. Armand Moreau n'est donc pas nouvelle puisque, comme on le voit, M. Colin l'a faite il y a vingt ans.

Il est facile de démontrer que la muqueuse intestinale absorbe et sécrète en même temps ; il suffit pour cela de faire prendre à un chien simultanément du sulfate de soude et de l'iodure de potassium ou du prussiate de potasse ; après un certain temps on retrouve de l'iodure de potassium ou du prussiate de potasse dans les urines. La muqueuse stomacale a donc absorbé en même temps qu'elle sécrétait, et l'on peut conclure de ce qui se passe dans l'estomac du chien à ce qui a lieu dans l'intestin grêle. Il n'en est pas de même chez le cheval dont la muqueuse stomacale n'absorbe pas.

Si l'absorption ne se fait pas dans l'expérience de M. Moreau, cela tient à ce que, par suite des mauvaises conditions de cette expérience, la muqueuse est épaissie, congestionnée, modifiée et perd ses propriétés d'absorption. Il faut, pour éviter cela, injecter en même temps le sel purgatif et la substance que l'on doit retrouver dans les urines.

**M. MOREAU** fait observer que M. Colin s'écarte singulièrement du seul point de vue auquel il s'est placé ; il est généralement admis, en physiologie, qu'un sel purgatif étant introduit dans l'intestin, il se fait un double échange qu'on a appelé endosmo-exosmotique, par suite duquel une partie du sel passe dans le sang tandis que la muqueuse sécrète abondamment.

Or l'expérience de M. Moreau n'a pour but que de démontrer que cet échange endosmo-exosmotique n'a pas lieu et que les choses se passent dans les glandes intestinales comme, par exemple, dans la glande sous-maxillaire excitée.

**M. COLIN** maintient que l'expérience est mal faite. Il combat, en outre, à cette occasion, l'opinion généralement admise que la section des corps ganglionnaires, ou l'ablation du ganglion semi-lunaire, provoque la diarrhée. Il n'en est rien : la vérité est que, pour pratiquer cette section ou cette ablation, on met la muqueuse intestinale en contact avec l'air extérieur, ou bien on la malaxe de façon à l'irriter ; c'est cette irritation, et non la section du corps ou l'ablation du ganglion semi-lunaire, qui provoque la diarrhée.

**M. MOREAU** fait observer que cette théorie dont vient de parler M. Colin est aujourd'hui admise en Allemagne, en Angleterre et en France ; il regrette qu'elle ne le soit pas à Alfort.

**Action des solanées vireuses.** — **M. CHATIN**, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Béclard et Hérard, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur E. Heckel, pharmacien de 1re classe, professeur à la Faculté des sciences de Marseille, ayant pour titre : *De l'influence des solanées vireuses en général, et de la belladone en particulier.*

Des recherches variées auxquelles il s'est livré, M. Heckel conclut que, chez les animaux réfractaires aux solanées vireuses, la quantité d'alcaloïde introduite par l'alimentation, toujours assez faible, est détruite dans le torrent circulatoire, à mesure qu'elle est absorbée.

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur de cette communication ;

2° D'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date du 12 avril 1879, sont nommés près la Faculté de médecine de Paris : M. Brouardel, professeur de médecine légale ; M. Laboulbène, professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie.

— *Distinctions honorifiques.* — M. le docteur Dubois (de Limoges) est nommé officier de l'instruction publique.

— M. le professeur Desgranges vient d'être élu président du conseil d'administration du dispensaire général de Lyon.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — Un concours s'ouvrira le 15 octobre 1879 pour un emploi de chef des travaux anatomiques. — Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Le concours pour deux places d'interne à l'asile de Bron vient de se terminer par la nomination de MM. Brun et Arnal.

— *Muséum.* — M. le professeur Edmond Becquerel (de l'Institut) ouvrira le cours de physique appliquée aux sciences naturelles, le lundi 21 avril 1879, à une heure, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

M. le professeur Albert Gaudry ouvrira le cours de paléontologie le mercredi 23 avril 1879, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Fort rappelle à MM. les étudiants qu'il commencera un cours particulier de médecine opératoire le lundi 21 avril, à une heure, dans le pavillon n° 7 de l'École pratique.

— *Erratum.* — Dans notre numéro 42 (10 avril 1879), page 331, à la fin de la correspondance de l'Académie de médecine, au lieu de M. le docteur *Milet-Carpentier*, il faut lire : *Millot-Carpentier*.



Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 8073.

N° 45. — SAMEDI 19 AVRIL 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 19 AVRIL 1879. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.



PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.



## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

### Phthisie galopante. — Erreur de diagnostic.

Je vais vous faire part aujourd'hui de l'autopsie d'un malade qui a donné lieu pendant la vie à une erreur de diagnostic intéressante. Mais, avant de faire passer sous vos yeux les pièces anatomiques qu'il nous a présentées, permettez-moi de vous rappeler, en quelques mots, son observation.

Cet homme, vous vous en souvenez, était couché au n° 15 de notre salle Saint-Charles. Il est resté pendant assez longtemps soumis à notre observation; je vous l'ai montré à plusieurs reprises, et beaucoup d'entre vous ont pu constater, comme moi, les signes physiques et les symptômes qu'il nous a présentés pendant la vie.

Cet homme, qui exerçait le métier de forgeron, était âgé de trente-trois ans. Il jouissait d'une bonne santé habituelle quand tout à coup il fut pris de toux, d'extinction complète de la voix, et à deux ou trois reprises différentes il eut des crachements de sang.

Il était dans cet état depuis quinze jours quand il entra à l'hôpital. A ce moment, il accusait dans le côté droit de la poitrine une douleur assez aiguë, assez intense. De plus, il avait une extinction de voix complète; il toussait, et l'expectoration présentait ce caractère particulier qu'elle était très-abondante, ressemblant un peu à de l'eau de gomme, et qu'au milieu surnageaient quelques crachats opaques, blanchâtres, mélangés à d'autres crachats jaunâtres, un peu visqueux, semblables à ceux qui caractérisent la pneumonie.

En même temps que ces phénomènes locaux, ce malade présentait un mouvement fébrile qui a persisté pendant toute la durée de la maladie, à un degré assez intense et avec ce phénomène assez rare qu'il existait entre le pouls et la température une concordance parfaite. C'est ainsi qu'à l'entrée du malade à l'hôpital nous avons constaté 40° à l'aisselle. Probablement sous l'influence des moyens de traitement qui furent dirigés contre la maladie, cette température élevée s'abaissa, mais l'amélioration ne fut que momentanée, car quelques jours après la chaleur remontait à 38° où elle se maintint jusqu'à la fin.

Après cinq ou six jours de traitement, cet homme se trouvait donc mieux; les phénomènes locaux dont je vous parlerai tout à l'heure s'étaient sensiblement amendés; comme je viens de vous le dire, la fièvre avait cessé et le pouls avait repris sa fréquence normale; en un mot, nous croyions le malade entré dans la période de la convalescence quand, il y a environ deux semaines, il présenta de nouveau de la fièvre, de la toux et des signes physiques plus accusés.

Comme nous étions alors au lundi et que la veille le malade avait reçu la visite de ses parents, nous attribuions cette recrudescence de symptômes à la fatigue qu'il avait éprouvée, peut-être même à l'usage qu'il aurait fait de boissons ou d'aliments introduits frauduleusement; mais nous ne tardâmes malheureusement pas à voir que nous nous étions trompés.

En effet, la température continua à rester élevée et les symptômes et les signes physiques persistèrent avec le même caractère d'intensité.

A la percussion, on constatait une matité très-prononcée dans le côté droit de la poitrine, mais bien plus accentuée en avant qu'à la partie postérieure. De plus, on notait une augmentation notable des vibrations thoraciques, non pas cependant aussi marquée qu'on aurait été en droit de le supposer à cause de la faiblesse de la voix qui était toujours éteinte.

D'autre part, l'auscultation révélait, en différents points du poumon gauche, notamment en avant, des râles sibilants très-marqués, mélangés en arrière à quelques bulles de râles sous-crépitants.

A droite, outre ces mêmes signes physiques disséminés en différents points de la poitrine, on entendait en un endroit particulier qui correspondait à la partie moyenne du poumon, c'est-à-dire au niveau de la pointe de l'omoplate et dans une étendue d'environ 7 à 8 centimètres, un souffle bronchique excessivement prononcé, très-marqué à l'inspiration et surtout à l'expiration, et qui, à de certains moments, prenait tout à fait le timbre de ce bruit particulier que l'on décrit sous le nom de souffle tubaire. Quand, en effet, le malade respirait fortement, quand on le faisait tousser, l'oreille appliquée sur la paroi thoracique laissait percevoir un véritable souffle métallique, absolument semblable à celui que l'on produit en soufflant dans un tube métallique. Joignez à cela quelques râles crépitants assez

gros qui semblaient éclater au milieu d'une bronche entourée d'un tissu pulmonaire solidifié.

Quant à la manière dont la voix était transmise à travers le poumon et la paroi thoracique, nous n'avons pu obtenir de résultats satisfaisants. Il semblait bien qu'il y avait de la bronchophonie, que les paroles arrivaient à l'oreille avec une sorte de bourdonnement qui se rapprochait plutôt de cette modification spéciale de la voix que de toute autre; mais, à cause de l'aphonie presque complète, ce caractère était trop peu marqué pour qu'on pût en retirer des renseignements bien précis.

En face de ces phénomènes, voici quel avait été notre diagnostic. Nous avions pensé que cet homme était d'abord atteint d'une laryngite caractérisée par la douleur et surtout par l'altération de la voix. Nous admettions en outre qu'il existait chez lui de la trachéo-bronchite, et nous en voyions la preuve dans cette toux incessante, persistante, dont se plaignait le malade, dans son expectoration abondante, fluide, et enfin dans ces râles sibilants et sous-crépitants disséminés dans les deux côtés de la poitrine.

Quant aux râles crépitants et au souffle tubaire que l'on percevait dans la partie moyenne du poumon, quant à la matité presque complète et à l'augmentation des vibrations thoraciques qui avaient lieu à ce niveau, nous les expliquions par une hépatisation du parenchyme pulmonaire, par une véritable pneumonie qui nous semblait confirmée encore par le point de côté que cet homme avait accusé à son entrée à l'hôpital, ainsi que par ces crachats visqueux, jaunes, opaques, surnageant au milieu de l'expectoration liquide sécrétée par les bronches.

Néanmoins, quelque légitime que nous semblât ce diagnostic, nous conservions quelques doutes sur la nature de la maladie. C'est ainsi que nous trouvions tout d'abord que, pour une pneumonie, elle se prolongeait bien longtemps. Cet homme, en effet, était à l'hôpital depuis tantôt trois semaines et il y avait déjà quinze jours qu'il était mal à l'aise, quand il était entré dans le service. Or il est rare que la pneumonie dure aussi longtemps. D'autre part, la persistance des signes physiques nous faisait appréhender le développement d'un commencement de tuberculisation.

Les choses en étaient là quand, dans la nuit du samedi au dimanche, sans qu'il fût survenu aucune aggravation dans son état, cet homme fut pris d'une hémoptysie assez abondante, à la suite de laquelle il succomba dans l'espace d'une demi-heure à peine, alors que rien absolument ne faisait supposer chez lui une terminaison aussi funeste et surtout aussi rapide.

Nous avons fait l'autopsie et nous avons constaté dans les deux poumons, outre un état hyperémique très-accentué de la trachée et des bronches, de nombreuses granulations tuberculeuses disséminées sous forme de semis dans le tissu pulmonaire, tantôt isolées, tantôt agglomérées les unes contre les autres.

A droite, ces noyaux tuberculeux n'ont pas encore dépassé cette première période dans laquelle les tubercules sont dits crus, mais il n'en est pas de même dans le poumon gauche où l'on constate en certains endroits une véritable fonte du parenchyme pulmonaire et même de véritables cavernes. Celles-ci sont au nombre de deux: l'une est située au sommet du poumon; elle a la grosseur d'une petite noix et offre ce caractère particulier qu'elle est traversée, à la manière d'un pont, par les vaisseaux sanguins. Elle contient en outre un caillot de sang du volume d'une grosse tête d'épingle.

La seconde occupe le bord antérieur du poumon. Alentour, comme pour la précédente d'ailleurs, le tissu pulmonaire est dense, serré et présente çà et là quelques noyaux de pneumonie.

Pas de trace d'ulcérations du côté du larynx.

Il ne s'agissait donc pas, comme nous l'avions cru, d'une pneumonie fibrineuse, mais d'une tuberculisation généralisée arrivée à divers degrés de son évolution et allant même jusqu'à l'excavation pulmonaire. En un mot, nous avions là l'exemple de cette forme de tuberculisation que l'on a décrite sous le nom de phthisie galopante; affection donnant lieu absolument aux mêmes phénomènes que la phthisie ordinaire, mais, tandis que celle-ci n'arrive à son entier développement qu'après un temps qui varie de six mois à plusieurs années, la première parcourt son évolution en une, deux ou trois semaines.

Quant au genre de mort présenté par ce malade, c'est un des modes de terminaison de la phthisie, mais que l'on n'observe que très-rarement. L'hémorrhagie, en effet, dans cette affection, est le plus ordinairement un phénomène précoce qui n'arrive que tout à fait au début, au point que, lorsqu'on le voit survenir dans le cours de la maladie, on doit le rattacher plutôt à l'existence d'une nouvelle poussée tuberculeuse qu'aux désordres déjà anciens dont le poumon est le siège.

Ici cette mort prompte, presque subite, par hémorrhagie, nous est expliquée par l'état des lésions. Nous trouvons, en effet, au sommet du poumon gauche, comme je vous l'ai déjà fait observer, une caverne traversée par une sorte de pont formé par les vaisseaux sanguins qui ont conservé leur intégrité au milieu du tissu cellulaire détruit; contrairement à ce qui a lieu dans les cas les plus fréquents, le travail inflammatoire causé par la présence des tubercules amène l'oblitération de ces canaux. Dans ce cas, il suffit d'un effort de toux pour que ceux-ci se rompent et qu'une hémorrhagie tue le malade, non pas en raison de son abondance même, mais par le fait de l'asphyxie qui résulte de la présence du sang épanché dans les bronches. C'est ce qui a eu lieu ici.

Ceci dit, il nous reste maintenant à rattacher les signes physiques et les symptômes que nous avons observés chez ce malade aux lésions que nous trouvons dans le poumon, à expliquer l'erreur que nous avons commise relativement à la nature de la maladie dont il était atteint, à vous dire enfin comment, avec un peu plus d'attention, nous aurions pu l'éviter.

Cette erreur de diagnostic, s'explique par l'état même du poumon. En effet, nous trouvons autour des cavernes une solidification du parenchyme pulmonaire, une véritable pneumonie occupant une étendue assez notable de cet organe dans le voisinage des excavations. De là, de la matité; de là ce souffle tubaire que nous avions perçu.

D'autre part, il y avait, vous ai-je dit, des râles sibilants. Ceux-ci étaient le résultat de la diffusion des tubercules dans le parenchyme pulmonaire, mais on pouvait les prendre à bon droit pour des râles de bronchite, dont nous avons trouvé d'ailleurs tous les caractères anatomiques.

Quant aux signes spéciaux auxquels donnaient lieu pendant la vie les cavernes pulmonaires, ils nous arrivaient altérés par cette couche de tissu ambiant, induré, solidifié. De là ce souffle bronchique, au lieu d'un souffle cavitaire, qui, joint à l'absence de pectoriloquie, nous a induits en erreur.

Avions-nous un moyen d'éviter cette erreur de diagnostic? Oui, et je suis persuadé que, si le malade eût continué à vivre pendant quelques jours seulement, nous ne l'aurions pas commise. Déjà, vous ai-je dit, la longue durée de la pneumonie supposée, la persistance des signes physiques dans une maladie qui parcourt habituellement son évolution dans l'espace de quelques jours, nous avait conduits à nous demander si ce malade ne devenait pas tuberculeux.

D'autre part, cet homme avait craché du sang. Or il est extrêmement rare qu'au début de la pneumonie vraie, fibrineuse, on observe des crachements de sang pur et non mélangé à du mucus, de manière à donner à l'expectoration une coloration jaune, rouillée.

Cet homme avait, il est vrai, des symptômes de péripneumonie, et pendant quelque temps nous avions pu constater les crachats qui appartiennent à l'inflammation du parenchyme pulmonaire, mais depuis ils avaient disparu et nous n'avions pas dans cette expectoration fluide les caractères des crachats pneumoniques.

---

**HOPITAL NECKER.** — M. Guyon.

**Lithotritie : ce qu'il faut faire après le broiement de la pierre.**

Il ne suffit pas d'avoir broyé la pierre dans la vessie, il est tout aussi important de bien savoir ce que l'on doit faire après que l'on a pratiqué ce broiement.

La première chose à faire est évidemment de retirer le lithotriteur, ce qui n'est pas une manœuvre aussi simple qu'on pourrait le supposer. Il faut d'abord se rendre compte de l'état dans lequel on a laissé les mors de l'instrument afin de savoir exactement s'ils ne sont pas trop écartés, et s'ils ne retiennent pas des fragments de la pierre qui débordent les branches et pourraient blesser le canal de l'urèthre quand on sortira le lithotriteur. On juge facilement de l'écartement des mors de l'instrument; on sait que, sur le manche, on a un point de repère au niveau de l'emboîtement des deux branches. Quand elles sont en contact, c'est que les mors sont aussi en contact; quand leurs extrémités s'écartent, l'échelle donne la mesure de l'écartement qui existe entre les deux mors, dans la cavité vésicale.

Il est moins aisé de s'assurer si des fragments dépassent les mors, et peuvent par suite blesser le canal; on peut le prévoir, mais on n'en peut être absolument certain. Si l'on a rencontré une pierre vitreuse, les plus petites ordinairement, elle se casse facilement, ou plutôt elle éclate en crépitant, elle se laisse décortiquer en fragments analogues à ceux de l'écorce d'une amande; on a alors beaucoup à craindre que des aiguilles pointues de cette écorce ne dépassent les bords et ne présentent une surface tranchante à la muqueuse uréthrale pendant l'extraction de l'instrument.

Ce danger n'est sans doute pas commun à tous les cas; il est exceptionnel, sans être rare. Cependant on doit s'imposer, comme règle absolue, de pratiquer une manœuvre qui obvie à cet inconvénient, dans tous les cas, comme si l'instrument devait toujours ramener des fragments dangereux. Le chirurgien doit donc, pour éviter les accidents, s'astreindre à un temps spécial, dans chaque lithotritie, pour dégorger l'instrument et rendre ses bords mousses avant de le retirer au dehors.

L'*engorgement* des mors du lithotriteur a joué un rôle considérable dans la fabrication des nombreux lithotriteurs : c'est même pour l'éviter qu'on a fabriqué des lithotriteurs à mors fenêtrés, pour remplacer les instruments à mors pleins et plats (Civiale), qu'on accuse de s'engorger souvent. Comme j'emploie ce modèle de lithotriteur, je dois le justifier de cette accusation, sans vouloir, pour cela, condamner les mors fenêtrés qui répondent à des indications plus spéciales. Si donc on a manié convenablement le lithotriteur à mors plats, j'affirme qu'on n'aura pas plus d'engorgement qu'avec les mors fenêtrés qui, certes, ne mettent pas à l'abri de l'engorgement. Avec les mors plats et pleins, nous devons utiliser un détail de la construction de ces appareils. Il faut se rappeler qu'ils sont faits de telle sorte que le mors mâle est plus petit que celui de la branche femelle, et qu'il est encadré dans celui-là; une petite rigole existe entre les deux bords des mors, et ils ne sont pas en contact absolu : on peut passer l'ongle entre ces deux bords. Cette petite rainure a été imaginée dans le but d'aider à éviter les pincements de la vessie, mais elle sert aussi à éviter l'engorgement par la manœuvre suivante : avant de retirer le lithotriteur, on doit fixer l'instrument avec la main gauche très-solidement, en employant réellement une force considérable (c'est le seul temps de toute l'opération où il soit réellement nécessaire d'employer la force), et en donnant à son bras un appui sûr contre le thorax de façon à ne pas du tout s'appuyer sur la prostate ou la vessie de l'opéré. De la main droite, on tourne avec force sur la roue de l'instrument, par un mouvement de va et vient, qu'on répète plusieurs fois; cette pression détermine l'écrasement entre les mors des fragments qui y étaient restés, et l'expulsion de la poussière ainsi produite, par la rainure latérale que je signalais. L'instrument crache, pour ainsi dire, par ses bords, cette bavure des fragments qui sont pulvérisés plutôt qu'ils ne sont brisés en éclats. Ce qui peut ensuite rester entre les mors des branches de l'instrument est désormais compris sous un volume et sous une forme inoffensifs pour le canal de l'urèthre. Si l'on n'arrive pas au contact complet des branches, il n'y a plus qu'un écartement de quelques millimètres à peine, et cela ne gêne pas l'extraction.

Quand on a exécuté cette petite manœuvre, on peut retirer le lithotriteur, mais avec autant de douceur qu'on a dû en mettre pour l'introduire. Encore ici, il faut consulter le canal de l'urèthre, et ne progresser que lorsqu'il n'y a pas de résistance. On sent quelque résistance en traversant la prostate, et aussi au-dessous du pubis; mais la plus grande pression existe au niveau de la fosse naviculaire. Si cette résistance en ce point est considérable, au lieu de violenter le méat, je pratique volontiers l'incision du méat urinaire, en faisant une section au moyen d'un bistouri qui est conduit par le lithotriteur lui-même. Je préfère ne pratiquer la section qu'au moment de retirer l'instrument, plutôt qu'avant de l'introduire, quand c'est possible, parce que la section du méat provoque toujours une hémorrhagie plus ou moins abondante qui est un peu gênante pendant l'opération même de la lithotritie; il est donc, sinon très-utile, au moins avantageux, de s'en dispenser quand on le peut.

Quand le lithotriteur est sorti, doit-on aussi chercher à faire sortir les fragments qu'on vient de broyer?

Autrefois on se croyait obligé, tant pour la dignité professionnelle que pour la satisfaction du malade, de faire évacuer immédiatement les débris du calcul broyé : c'était

une assimilation inconsciente, de la lithotritie à la taille, où le résultat opératoire, l'extraction de la pierre, est immédiat. Mais, actuellement, on a renoncé à cette pratique brillante, mais dangereuse; on y a renoncé pour deux motifs : 1° parce que les manœuvres opérées pour le déblaiement sont suivies de très-faibles résultats; 2° parce que ces résultats minimes ne sont acquis qu'au prix de souffrances plus pénibles que l'opération elle-même.

Je n'ai donc pas l'habitude en général (je ne m'occupe pas maintenant des cas exceptionnels) de provoquer cette évacuation : j'attends la sortie spontanée des fragments. Il ne faut même pas désirer que le malade en rende le premier jour, ou du moins il faut souhaiter que ce soit le moins possible. Le froissement que produirait le passage de cinq ou six calculs dans le canal de l'urèthre s'ajouterait, en effet, à l'irritation primitive déjà suscitée par l'introduction du lithotriteur : ce seraient, en quelque sorte, autant de cathétérismes répétés, et ils sont loin d'être inoffensifs. Pour éviter les accidents provenant de ces actes mécaniques, il est donc convenable de prescrire le repos au lit à l'opéré, ou, au moins, exiger qu'il n'urine pas dans la situation debout, mais dans la situation horizontale, couché sur le dos, et allongé complètement dans le lit, en employant l'urinoir ordinairement usité pour les malades soumis à l'immobilisation horizontale.

Cette pratique est d'autant plus prudente que les instruments évacuateurs sont d'un volume considérable, et qu'il faut exécuter des injections vésicales rapides, répétées, et faites avec une certaine force pour balayer la vessie; enfin il faut mettre le malade debout ou à genoux, toutes conditions défavorables qu'il est bon d'éviter après une séance de lithotritie. Il serait temps, dans l'intervalle des séances, de recourir à ces moyens, si l'on croyait en avoir besoin.

D'ailleurs je ne partage pas, à ce sujet, l'opinion de Thompson; je préférerais répéter une introdution du lithotriteur, pour tenter de ramener des fragments broyés, plutôt que d'introduire dans la vessie les instruments évacuateurs.

Nous arrivons maintenant à nous occuper du traitement non plus mécanique, mais purement médical, qu'on doit prescrire à l'opéré après la séance de lithotritie, c'est-à-dire des conseils qu'on doit lui donner sur la conduite à suivre. Ce que je viens de dire fait déjà prévoir que l'opéré devra, à mon avis, rester au lit le jour de la séance de lithotritie; je ne les autorise donc pas à aller dîner en ville, voire même terminer leur soirée à l'Opéra, comme on l'a vu dans une histoire bien connue. Assurément, certains malades peuvent se lever sans danger le jour de l'opération. Mais il faut tenir compte de diverses considérations. Ainsi, par exemple, je vous citerai le malade que nous venons d'examiner au lit n° 19 de la salle Saint-Vincent : il est porteur d'une pierre mesurant environ 4 centimètres dans son plus grand diamètre; et, comme il a une constitution qui paraît prédisposée à fournir des urates et de l'acide urique, il est probable que cette pierre dure et volumineuse donne des fragments durs et pointus, tranchants, qui deviendront dans la vessie une cause d'irritation redoutable.

Ces accidents viennent, en effet, beaucoup plus de la présence de ces fragments tranchants dans la vessie même, que de leur passage à travers le canal de l'urèthre : on a trop exagéré cette dernière cause, au détriment de la première. Ces fragments irritent la vessie, viennent s'engager dans le col, et amènent des accidents sérieux.

Chez ce malade, quand nous l'opérerons, nous devrons donc exiger le repos au lit pendant l'intervalle entre les séances.

Quant à l'intervalle qu'on doit mettre entre les séances de lithotritie, on ne peut le déterminer : cela varie selon les cas. En général, il n'y a pas avantage à faire plus de deux séances par semaine.

Toutefois cet intervalle peut être trop rapproché pour certains malades. De même que, parfois, si des accidents fébriles surviennent, il faut mettre huit, dix jours, quelquefois plus, entre chaque séance, parce que celui qui a un accès au premier jour est plus exposé à un nouvel accès à la deuxième séance, et ainsi de suite; de même, chez un malade auquel on se proposait de répéter la séance le quatrième jour, il peut arriver que, le troisième jour, on ait occasion d'être obligé de pratiquer le cathétérisme pour refouler des calculs engagés dans le canal, pour vider la vessie, etc. Il est évident qu'on profitera de cette nécessité pour faire une séance de lithotritie.

Si la vessie est saisie, si elle est atteinte d'une simple cystite aiguë, on pourra faire deux séances par semaine; l'irritation locale de la vessie sera une raison pour rapprocher plutôt que pour éloigner les séances.

Les accès fébriles sont plus souvent déterminés par l'action des fragments que par l'introduction de l'instrument; il ne faut donc pas hésiter à exécuter des séances de lithotritie.

On le voit, la lithotritie est une opération longue et minutieuse; quand on a fait une première séance, on commence seulement la lutte, et, dès ce jour, le chirurgien doit déployer toue espèce de soins, il doit être prêt à toute éventualité. Tous les jours se pose le problème de nouvelles indications; la surveillance la plus minutieuse est donc imposée au chirurgien. Connaissant les soucis auxquels nous nous exposons en pratiquant une lithotritie, nous serions tentés de lui préférer la taille qui n'est qu'une seule opération à faire, si nous ne savions combien la lithotritie est supérieure à la taille au point de vue des résultats obtenus pour le malade.

---

## HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel Mollière.

### Du drainage au moyen de crins de cheval dans le traitement des kystes synoviaux.

(Observation recueillie par M. Ed. Dufourt, interne des hôpitaux de Lyon.)

Joseph S..., âgé de vingt-cinq ans, homme d'équipe à la gare de Perrache, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 26 février pour une affection dont voici les caractères. Il porte au devant du genou droit une tumeur de la grosseur d'une petite orange, hémisphérique, dépassant un peu les bords de la rotule; les téguments sont rouges et tendus; la palpation est douloureuse, elle fait percevoir une fluctuation manifeste. On constate quelques ganglions engorgés dans le pli de l'aine. Marche très-pénible à cause du retentissement des mouvements dans la tumeur; mais l'articulation du genou paraît complètement indemne.

Le malade n'accuse pas d'antécédents rhumatismaux; l'affection a débuté à la fin de l'été dernier par un gonflement indolore au devant du genou, qui resta stationnaire jusqu'au commencement du mois de février; à cette époque la tumeur grossit considérablement, s'enflamma, la marche devint douloureuse, et notre malade fut condamné au repos. C'est alors qu'il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu. On porte le diagnostic d'hygroma prérotulien enflammé.

Le lendemain, 27 février, M. Daniel Mollière traverse la tumeur

de part en part avec un bistouri long et étroit; il s'écoule un peu de liquide onctueux, analogue à la synovie, de couleur ambrée; on passe immédiatement dans le trajet un drain de crins de cheval huilé de la grosseur d'une plume d'oie; le tout du reste étant fait sous le nuage antiseptique de Lister; puis le genou, enveloppé de coton, est immobilisé dans une gouttière. Le soir, pas de douleur, pas d'élévation de la température. Le lendemain même état général, pas de réaction, la tumeur a considérablement diminué de volume. Le 2 mars la bourse paraît complètement vidée; le malade ne souffre pas, la température est toujours normale. Le lendemain on enlève la moitié des crins; puis chaque jour on diminue ainsi le volume du drain; la sécrétion des orifices, séreuse et peu abondante est presque complètement tarie le 6 mars. Le 7, on enlève les trois crins qui restaient et l'on fait un peu de compression ouatée sur la partie. Le 10 mars, les orifices sont cicatrisés, la peau a toute sa souplesse, toute sa mobilité au-devant de la rotule. Le malade marche dans la salle sans aucune difficulté ni douleur; il demande son exeat et sort le lendemain de l'Hôtel-Dieu.

Nous avons eu occasion de le rencontrer quelques jours après, et nous avons pu constater que la guérison ne s'était pas démentie.

---

## LUXATIONS OVALAIRES DE LA CUISSE

Par M. le Dr Fourrier (de Serrouville).

Les observations de luxations ovalaires de la cuisse, que vous avez publiées dans le numéro du 27 février dernier, montrent que les procédés d'extension et de contre-extension, unis à l'action du chloroforme, sont propres à réduire ces luxations. Mais c'est une chose connue depuis longtemps, que le chloroforme aide singulièrement à la réduction des luxations, aussi bien qu'à celle des hernies.

Ce que je vois de plus étonnant dans l'article que vous avez publié, c'est le peu de cas que M. Desprès fait du procédé auquel son père a attaché son nom. Il ne daigne même pas y avoir recours une seule fois dans les six cas qu'il a observés : il l'accuse de transformer les luxations, d'exiger une force musculaire herculéenne. Que ne l'essayait-il donc? il aurait reconnu son erreur. Rarement ce procédé transforme les luxations, et, quant à la force qu'il exige, celle d'un enfant pourrait presque toujours y suffire. Il a le très-grand avantage de n'exiger qu'un aide, de dispenser de tout appareil ainsi que du chloroforme; or, dans la clientèle, le chloroforme ne peut être employé d'une façon aussi banale que dans les hôpitaux : on peut même dire que le médecin prudent doit s'en dispenser le plus possible. Le seul inconvénient que le procédé de M. Desprès puisse avoir, c'est pour le médecin lui-même : car il est tellement simple, il exige si peu d'apparat, il réussit si vite dans la plupart des cas, que le patient et son entourage croient que le médecin n'a eu affaire qu'à une bagatelle, et se refusent, par conséquent, à lui reconnaître des droits à des honoraires tant soit peu rémunérateurs.

Ayant été attaché comme médecin à la construction du chemin de fer des Ardennes, qui dans ma section exigea des travaux immenses; ayant été, en outre, pendant de longues années, médecin des usines métallurgiques de Villerupt et d'Ottange, ainsi que de leurs exploitations minières, j'ai eu occasion d'observer des lésions de tout genre, et en particulier six cas de luxations de la cuisse, deux iliaques, deux ovalaires, une pubienne et une sus-pubienne. Dans cinq de ces cas, j'ai réussi par le procédé de Desprès, et, dans le sixième, si j'ai échoué par le procédé de Desprès père, je n'ai pas été plus heureux par celui de Desprès fils, que j'employais uniquement parce qu'il remplissait les indications, mais sans savoir qu'il fût revendiqué par quelqu'un. Voici le résumé de ces observations.

Le sieur G..., de Fillières, travaillant au chemin de fer des Ardennes, tomba d'une tranchée très-élevée : on le porta chez lui, et je ne pus le voir que le lendemain. Je constatai une luxation iliaque : je montai sur le lit, fis fixer le bassin, et réduisis sa luxation par le procédé de Desprès, avec une facilité étonnante.

Le sieur M..., de Serrouville, travaillait dans une tranchée, lorsqu'un individu qui passait au-dessus de lui, conduisant une brouette sur une planche, tomba sur lui avec sa brouette. Il fut renversé et immédiatement transporté chez lui : je constatai une luxation ovalaire que je réduisis sans difficulté, par le procédé de Desprès.

Un sieur S..., de Rumelange (grand-duché de Luxembourg), travaillait dans les galeries de minerai oolithique de M. le comte d'Hunolstein, à Ottange, lorsqu'il fut renversé par un éboulement de minerai; je le vis quelques heures après l'accident, le fis coucher à terre, et sa jambe était à peine posée sur mon épaule que sa luxation était réduite. Il était atteint d'une luxation ovalaire.

Le sieur P..., jeune garçon de Bassompierre, âgé de seize ans, ayant été renversé par un tombereau, me présenta une luxation pubienne : je la réduisis par le procédé de Desprès, après quelques tentatives infructueuses.

Mais le cas le plus remarquable qui se soit offert à moi est celui d'un jeune garçon de Noudekail, commune d'Ottange. Ce jeune gars, âgé de quatorze ans, voulant monter sur une voiture en marche, chargée de minerai, engagea malheureusement sa jambe dans les rayons d'une roue : il fut renversé, et la roue lui passa sur la tête. Je le vis le lendemain de son accident : presque tout le cuir chevelu était détaché du péricrâne; de plus, la tête du fémur luxé avait perforé la paroi abdominale, et elle reposait sur la peau du ventre, son col étroitement serré par l'espèce de boutonnière à travers laquelle elle était sortie. Cette fois, j'endormis le patient, et avec la seule aide d'un gendarme qui se trouvait là, je parvins à remettre la tête du fémur à sa place, toujours par le procédé de Desprès.

Quatre semaines après, mon malade pouvait être regardé comme guéri; la plaie abdominale était fermée, les mouvements de l'articulation coxale se faisaient déjà avec une certaine facilité, mais la cicatrisation de l'énorme plaie du crâne n'était pas encore complète. Du reste, ce pauvre garçon avait un appétit magnifique; il était sans fièvre, et rien ne faisait prévoir un dénouement funeste, lorsqu'un jour, en s'asseyant sur son lit pour prendre son repas, il mourut subitement. Je me rappelai alors ce que Nélaton disait des enfants atteints de vastes brûlures : « Vous les verrez mourir tout à coup, » répétait-il, « quand ils seront guéris. » Dans ces divers cas, la mort doit être attribuée à l'excès de suppuration et au peu de résistance de l'organisme des enfants. — L'observation que je viens de rapporter prouve, et je pourrais en citer plusieurs autres analogues, que les graves lésions articulaires ne sont pas nécessairement des cas d'amputation.

La sixième luxation de cuisse que j'ai eu à traiter a été pour moi un cas d'insuccès. Le sieur B..., d'Ottange, renversé sous une voiture, fut atteint d'une luxation iliaque. J'essayai d'abord le procédé de Desprès, qui m'avait toujours si bien réussi : j'échouai. J'endormis alors le patient, et je ne parvins qu'à transformer la luxation iliaque en luxation ovalaire. J'en vins enfin aux procédés d'extension et de contre-extension, avec traction en dehors de la partie supérieure du membre; mais, bien que le patient fût complètement chloroformisé, je ne pus rien obtenir, et, après bien des efforts, je fus obligé de l'abandonner à son malheureux sort.

J'espère que M. Desprès voudra bien ne voir, dans ce que je viens de rapporter, qu'un juste tribut payé à la mémoire de son père.

M. A. Desprès, à qui nous avons communiqué cet article, nous répond :

M. le docteur Fourrier (de Serrouville) fournit lui-même la meilleure preuve de la justesse des remarques de M. A. Desprès sur le procédé excellent de Desprès son père, puisque, sur six cas de luxation de la cuisse, il est arrivé une fois, à M. Fourrier, de transformer une luxation de la cuisse en une autre variété de luxation, comme cela est arrivé à Dolbeau et à MM. Tillaux, Notta et Berger. Avec le procédé de la traction dans l'extension d'Hippocrate, combiné avec l'abduction vantée par A. Cooper, on est toujours absolument à l'abri de la transformation de la luxation.

---

## PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

*Statistique du 1er janvier au 31 mars 1878.*

Par M. le docteur PASSANT.

| Arrondissements. | Hommes. | Femmes. | Enfants au-dessous de 3 ans. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| 1er | 20 | 12 | 3 | 35 |
| 2e | 7 | 15 | 5 | 27 |
| 3e | 22 | 32 | 12 | 66 |
| 4e | 29 | 50 | 12 | 91 |
| 5e | 31 | 24 | 13 | 68 |
| 6e | 18 | 33 | 8 | 59 |
| 7e | 14 | 23 | 9 | 46 |
| 8e | 6 | 11 | 3 | 20 |
| 9e | 11 | 22 | 5 | 38 |
| 10e | 35 | 41 | 6 | 82 |
| 11e | 51 | 78 | 24 | 153 |
| 12e | 22 | 32 | 14 | 68 |
| 13e | 10 | 25 | 10 | 45 |
| 14e | 33 | 45 | 20 | 98 |
| 15e | 34 | 44 | 24 | 102 |
| 16e | 6 | 8 | 2 | 16 |
| 17e | 32 | 48 | 15 | 95 |
| 18e | 22 | 43 | 9 | 74 |
| 19e | 22 | 33 | 11 | 66 |
| 20e | 41 | 65 | 30 | 136 |
| | 466 | 684 | 235 | 1385 |

MALADIES OBSERVÉES.

| | |
|---|---|
| **A.** — Congestions et apoplexies cérébrales | 94 |
| Angines et laryngites | 96 |
| Croup | 53 |
| Coqueluche | 2 |
| **B.** — Asthme | 41 |
| Affections du cœur | 48 |
| Bronchites aiguës et chroniques | 76 |
| Pleuro-pneumonies | 70 |
| Congestion pulmonaire | 12 |
| **C.** — Affections et troubles gastro-intestinaux | 80 |
| Athrepsie | 4 |
| Cholérine | 6 |
| Dysentérie | 2 |
| Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines | 51 |
| Hernie étranglée | 19 |
| Rétention d'urine | 16 |
| Fissure à l'anus | 1 |
| **D.** — Métrite métro-péritonite | 31 |
| Métrorrhagie | 44 |
| Fausse couche | 41 |
| Accouchement. Délivrance | 106 |
| **E.** — Convulsions | 70 |
| Névralgies | 50 |
| Névroses | 58 |
| Épilepsie | 15 |
| Aliénation mentale | 18 |
| Alcoolisme. Delirium tremens | 10 |
| **F.** — Rhumatisme | 12 |
| Affections éruptives | 27 |
| Fièvre intermittente | 4 |
| Fièvre typhoïde | 12 |
| Hémorrhagies de causes internes et externes | 60 |
| **G.** — Plaies et contusions | 46 |
| Fractures. Luxations | 34 |
| Brûlures | 1 |
| Corps étranger dans le larynx | 1 |
| Corps étranger dans le rectum | 1 |
| Empoisonnements | 14 |
| Asphyxie | 7 |
| **H.** — Mort à l'arrivée du médecin | 52 |
| Total | 1385 |

Les hommes entrent dans la proportion de 1/3;
Les femmes — — 1/2;
Les enfants — — 1/7.

Visites du premier trimestre de 1878 . . . . . 1,097
Visites du premier trimestre de 1879 . . . . . 1,385

Différence en plus . . . . . . . . 288

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 10 avril 1879, ont été promus dans le corps de santé militaire :

*Au grade de médecin principal de 1re classe :* MM. Réeb et Vézien ;

*Au grade de médecin principal de 2e classe :* MM. Fée, Lèques, Boisseau et Pallé ;

*Au grade de médecin-major de 1re classe :* MM. Sabathier, Arnaud, Marvy, Barthélemy, Goguet, Regnier, Gavoy, Laederich et Roux ;

*Au grade de médecin-major de 2e classe :* MM. Rigal, Grosjean, Béleine, Bailly, Lucotte, Moine, Eude, Mengin, Dupont, Cazalas et Roberdeau ;

*Au grade de pharmacien principal de 1re classe :* M. Courant ;

*Au grade de pharmacien principal de 2e classe :* M. Strohl ;

*Au grade de pharmacien-major de 1re classe :* M. Rebuffat ;

*Au grade de pharmacien-major de 2e classe :* MM. Haas et Ribollet.

— *Collège de France.* — MM. les lecteurs et professeurs ouvriront leurs cours (second semestre), le lundi 21 avril 1879.

*Physique générale et expérimentale.* — M. Mascart traitera de la « Théorie des phénomènes électriques et magnétiques », les mardis et samedis à dix heures et demie.

*Chimie minérale.* — M. Schützenberger traitera des méthodes expérimentales en chimie, les mardis et samedis à une heure et demie.

*Chimie organique.* — M. Berthelot (de l'Institut), traitera « Diverses questions de philosophie chimique », les lundis et vendredis, à dix heures.

*Médecine.* — M. Brown-Séquard traitera des doctrines relatives aux principales actions des centres nerveux, les lundis et vendredis, à dix heures.

*Histoire naturelle des corps inorganiques.* — M. Fouqué étudiera les « Principaux types de roches d'après les méthodes nouvelles », les jeudis et samedis, à neuf heures du matin.

*Histoire naturelle des corps organisés.* — M. Marey (de l'Institut) traitera de la « Pression du sang chez l'homme et chez les animaux », les mardis et samedis à deux heures.

*Embryogénie comparée.* — M. Balbiani traitera de la « Fécondation et des premiers phénomènes du développement chez les vertébrés », les mardis et samedis à une heure et demie.

*Anatomie générale.* — M. Ranvier traitera du « Système tégumentaire et des terminaisons nerveuses sensitives », les jeudis et samedis à trois heures.

— *École pratique.* — Le deuxième cours d'exercices pratiques de médecine opératoire sera commencé par M. le docteur Campenon, prosecteur, assisté de MM. Castex, Coudray, Féré, Jarjavay, Lebec et Nitot, moniteurs, le lundi 21 avril, à une heure, dans l'amphithéâtre n° 3. Il sera continué tous les jours à la même heure. Chaque démonstration sera suivie d'exercices pratiques dans le pavillon n° 1.

Les élèves qui ont demandé à suivre le cours avril-mai sont convoqués le lundi 21 avril, à midi et demi précis, à l'École pratique, afin d'être mis en série.

Les élèves qui se sont fait inscrire pour prendre part aux manœuvres obstétricales sont convoqués pour le lundi 28 avril, à quatre heures du soir à l'École pratique (amphithéâtre n° 3). Ces manœuvres obstétricales seront dirigées par M. Bar, moniteur.

— M. le docteur Péan reprendra ses leçons cliniques et les opérations chirurgicales à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 19 avril, à neuf heures et demie, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 8085.

**Vin Mariani à la Coca du Pérou**

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.
Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

**Avantages du phosphate de fer SOLUBLE**

De LERAS, pharmacien, docteur ès-Sciences.

1° *Solution, Sirop, Pastilles*, soit trois formes différentes, satisfaisant à toutes les exigences des prescriptions médicales La *Solution* et le *Sirop* contiennent, par cuillerée à bouche, 20 centigr. de sel ferrique; les *Pastilles*, chacune 10 centigr.

2° *Préparations incolores*, ni goût, ni saveur de fer, action nulle sur les dents et, par conséquent acceptation parfaite par tous les malades sans distinction.

3° *Pas de constipation*, grâce à une petite quantité de sulfate de soude, qui se produit dans la préparation de ce sel, sans influer, en quoi que ce soit, sur la saveur du médicament.

4° *Réunion des deux principaux éléments des os et du sang*, fer et acide phosphorique, circonstance qui est d'une grande influence sur l'action digestive et respiratoire.

5° *Pas de précipitation en présence du suc gastrique*, par conséquent, sel immédiatement digéré et assimilé, toujours bien supporté par les estomacs les plus délicats, qui ne peuvent tolérer les préparations ferrugineuses les plus estimées.

Dépôt : rue de la Feuillade, 7, et dans les pharm.

**Jaborandi du Dr Coutinho**

Sous l'influence d'une dose du véritable JABORANDI (*Pilocarpus pinnatus*), prise en infusion, le malade entre en transpiration, et l'on peut estimer à près de deux litres, la quantité de sueur éliminée dans l'espace d'une heure. Les glandes salivaires sont aussi vivement excitées; ces deux propriétés en font un puissant abortif dans les affections catarrhales aiguës et chroniques de la gorge et des organes respiratoires, de la bronchorrée, de l'asthme et du rhumatisme.

Chaque dose, renfermée dans un petit étui de fer-blanc, porte la signature du Dr COUTINHO.

Dépôt à la pharmacie, 7, rue de la Feuillade.

**Maltine Gerbay,**

*Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées*
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
*Dépôt dans toutes les pharmacies.*
GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

**Maladies de poitrine.**

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE PAR LES
**Sirops du Docteur CHURCHILL**
à *l'hypophosphite de soude* ou *de chaux*.

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Exiger le flacon *carré* (*modèle déposé*), la signature du Dr CHURCHILL et l'étiquette *marque de fabrique* de la pharmacie SWANN, rue Castiglione, 12, Paris. — 4 fr. le flacon. (*Notice franco.*)

**Sirop et Pâte Lebeault**

AUX FRUITS BÉCHIQUES

Les seuls pectoraux exempts de narcotiques.

COCA FIÉVET. Vin tonique, réparateur, fébrifuge et digestif.

Pharmacie LEBEAULT, FIÉVET successeur, 53, rue Réaumur, Paris, et pharmacies.

**Maison de santé du Dr Carles**

Ancienne maison du Dr Duval, 34, avenue du Roule, Neuilly-Paris, pour opérations, maladies aiguës et chroniques, orthopédie. — Les médecins peuvent y soigner leurs malades.

SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES

**Sulfate d'Atropine du Dr Clin**

« Avec les Pilules d'un demi-milligramme « de **Sulfate d'Atropine du Dr Clin**, « on parvient *sûrement* à prévenir les « Sueurs pathologiques, et notamment les « **Sueurs nocturnes des Phthisiques.** « C'est sur une centaine de cas observés dans « les Hôpitaux de Paris, que ces Pilules ont « constamment réussi. »

(*Gaz. des Hôpitaux* et *Prog. Méd.*)

En prescrivant les **Pilules de Sulfate d'Atropine du Dr Clin**, les Médecins seront certains de procurer à leurs malades, un médicament pur et d'un *dosage rigoureusement exact*.

*Détail : dans toutes les bonnes Pharmacies.*
GROS : RUE RACINE, 14, PARIS.

**Élixir CHLORHYDRO-PEPSIQUE Grez**

Nouvelle préparation TONI-DIGESTIVE, d'un goût agréable, basée sur les dernières découvertes de la physiologie, contenant les principes actifs des amers (QUINAS-COCA) associés aux ferments digestifs, PEPSINE CHLORHYDRIQUE et PANCRÉATINE. Employée avec succès contre *dyspepsies*, *anémies*, et dans les *convalescences*, à la dose de 1 à 2 cuillerées à bouche aux repas. — Gros : LAYAT, r. Rambuteau, 26. Détail : phar.

**Elixir et Vin de Coca,**

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alibiles, là où le quinquina est impuissant.

E. FOURNIER et Ce, 56, r. d'Anjou Saint-Honoré.

**Fumouze — Albespeyres**

FOURNISSEUR DES HÔPITAUX MILITAIRES.

Les produits sont préparés sous la surveillance de MM. FUMOUZE, docteurs en médecine, pharmaciens de 1re classe.

**Vésicatoire d'Albespeyres.**

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action prompte et régulière.—Exiger sur le côté du vésicatoire la signature d'*Albespeyres*.

**Papier ÉPISPATIQUE d'Albespeyres**

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action sure et régulière. La Préparation la plus commode pour entretenir les vésicatoires avec une extrême propreté.

La boite porte la signature *Fumouze-Albespeyre.*

**Capsules de Raquin**

AU COPAHU, AU GOUDRON, A LA TÉRÉBENTHINE,
*Approuvées par l'Académie de médecine.*

Les Capsules Raquin à enveloppe de gluten constituent le meilleur moyen d'administrer le *Copahu*, le *Goudron*, la *Térébenthine*.—Elles sont parfaitement tolérées par l'estomac.

Exiger sur l'enveloppe la signature *Raquin*.

**Papier et Cigares** ANTI-ASTHMATIQUES

de Bin BARRAL.

Ils contiennent les mêmes substances que le carton anti-asthmatique du Codex, associées au *Cannabis indica.*

**Pulvérisateur Marinier**

*admis dans tous les hôpitaux.*

Il est facile à nettoyer et s'applique sur tous les flacons;—la pulvérisation peut être graduée, l'obstruction est évitée, les trous n'étant pas capillaires.

**Sirop de dentition du Dr Delabarre**

ex-chirurgien dentiste des hôpitaux de Paris. Employé en friction sur les gencives des enfants, il facilite la sortie des dents et prévient les accidents de la première dentition.

DÉPÔT à Paris, pharmacie d'ALBESPEYRES, 80, faub. Saint-Denis; vente des pulvérisations chez FUMOUZE frères, 78, faubourg Saint-Denis.

**Anti-goutteux à l'iodure de LITHIUM FERRUGINEUX du Dr Ate LACOTE**

Dragées contenant chacune 0,10 centigrammes de principe actif. — Brochure explicative.

*Vente en gros :* HUGOT, 19, rue Vieille-du-Temple, Paris.

Vente en détail : dans toutes les bonnes pharm.

**Traitement des Névralgies.**

Les **Pilules du Dr Moussette**, à l'ACONITINE et au QUINIUM, calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires.*

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient :
Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée.
Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

**Pastilles de Burin du Buisson**

AUX LACTATES ALCALINS.

Le professeur PÉTREQUIN qui a étudié l'action des lactates alcalins dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif les prescrit dans les conditions suivantes :

1° *Pastilles simples aux lactates alcalins* contre les digestions mauvaises, difficiles; le gonflement de l'estomac et des intestins avec sécheresse de la bouche, de l'arrière-gorge, avec ou sans irritation; douleurs, aigreurs ou vomissements après les repas.

*Dose :* 6 à 8 après le repas.

2° *Pastilles aux lactates alcalins et pepsine* dans les cas particuliers où la pepsine est indiquée, alors que les facultés digestives sont altérées, languissantes et quelquefois nulles, ou à la suite d'affaiblissement général.

*Dose :* 6 à 8 avant ou après les repas.

Lyon, Gavinet; Paris, 7, rue de la Feuillade.

**Vin TANNIQUE NATUREL de Bagnols-St-Jean**

Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876.

Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

*Vente en détail : dans toutes les pharmacies.*

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.

Prix : 3 francs la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propriétaire, rue des Ecoles, 18, Paris.

**Eau de Contrexéville**

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DEPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

**Solution Coirre au CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX**

Préparation de phosphate de chaux la plus rationnelle et la seule physiologique, puisque c'est la forme que doit prendre ce sel pour être absorbé. — Reconstituant énergique dans PHTHISIES, ANÉMIES, SCROFULES, RACHITISME, etc.

GROS : 79, rue du Cherche-Midi. — DÉTAIL : 97, rue de Rennes et dans les pharmacies.

**Quinoïdine Duriez.** D'un prix bien inférieur à celui du sulfate de quinine et des préparations de quinquina; la quinoïdine est le dérivé du quinquina, accessible à tous les malades.

**Tonique, fébrifuge, antinévralgique.**

Consulter : le *Bull. de l'Acad. de méd.*, an. 1878, p. 509, et l'*Union médicale*, an. 1878, p. 823.

**Les Dragées de quinoïdine Duriez** contiennent chacune 10 centigrammes de quinoïdine.

*Teinture alcoolique, à l'usage des médecins, contenant par gramme 10 centigr. de quinoïdine.*

Paris, 20, place des Vosges.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LABOULBÈNE.

### Empoisonnement par le phosphore; empoisonnement par l'ammoniaque.

I

Le phosphore a une grande importance parmi les agents toxiques; occupant autrefois le second rang, il a pris le premier dans une statistique remontant aux douze dernières années; si l'on considérait les cas, non signalés parce qu'ils guérissent souvent, que nous observons dans nos services d'hôpitaux, on verrait encore mieux combien le phosphore mérite la première place.

Au n° 17 de la salle Saint-Vincent, est couchée une femme âgée de quarante ans, de robuste constitution (signalons en passant sa subluxation de la mâchoire du côté droit). Elle est entrée le 18 mai dernier. Voici ce qui était arrivé : à la suite de profonds chagrins, elle avait décidé de mettre fin à ses jours; le 14 mai, à midi (heure assez favorable pour la promptitude des secours), elle acheta pour quatre sous d'allumettes chimiques, et les fit infuser dans l'eau pendant vingt minutes. Elle avala ensuite le contenu du verre. Elle nous a dit depuis « qu'elle ne l'a pas trouvé trop mauvais ». Deux heures après, ne voyant aucun phénomène se produire, puis, se ravisant, elle avoua à son entourage qu'elle avait tenté de s'empoisonner avec des allumettes. Le pharmacien le plus voisin lui fit prendre de l'essence de térébenthine.

La femme n'était pas tout à fait à jeun : elle avait pris le matin quelques bouchées de pain avec de la viande froide, puis du chocolat.

C'est seulement à onze heures du soir que les premiers accidents se produisirent; elle fut prise de vomissements de matières qui étaient brillantes et lumineuses; garde-robes abondantes.

Pendant cette nuit, elle vomit plus de vingt fois; les matières rendues étaient aqueuses et glaireuses, représentant la quantité totale d'une demi-cuvette.

Le lendemain, le surlendemain, elle eut encore des vomissements de temps en temps.

Les matières vomies avaient l'odeur phosphorique pendant les premières vingt-quatre heures.

C'est dans cet état qu'elle entra à l'hôpital de la Charité le 18 mai. Le matin nous la trouvâmes affectée d'une teinte subictérique, et se plaignant de douleurs articulaires. L'épigastre, le foie, la région rénale, explorés par la palpation, étaient douloureux. T° 37°,5. — P. 72. — R. 28. La langue n'était pas blanche.

Pendant quelques jours nous lui fîmes prendre de la térébenthine; mais elle était difficilement supportée. Nous avions tenté d'en faire prendre 15 grammes dans un looch, mais elle le vomit encore. Le quatrième jour, la teinte subictérique continuant, nous lui avons fait prendre des capsules de térébenthine, en même temps qu'elle respirait des vapeurs de térébenthine.

L'examen des urines ne nous dénota ni albumine, ni sucre, ni cylindres granulo-graisseux. Elle avait l'odeur de violette comme il arrive toujours après l'ingestion de térébenthine.

Le 23, encore quelques vomissements. P. 64. — R. 20. — T° 37°. La teinte ictérique avait diminué, ainsi que les douleurs du foie, de la rate. Huit jours après, la malade fut reprise de malaise, d'embarras gastrique, d'herpès des lèvres, etc. Le 7 juin, tout avait disparu, sauf les douleurs de la région rénale qui persistaient.

Nous avions d'abord réservé le diagnostic parce que nous craignions les accidents ultérieurs qui suivent souvent l'empoisonnement par le phosphore. La térébenthine n'était guère supportée; elle le fut mieux sous la forme de capsules (environ vingt capsules contenant chacune 25 à 40 centigrammes).

Dans l'ordonnance du 29 octobre 1846 le phosphore n'était pas compris parmi les substances toxiques dans les prescriptions de police. Il le fut dans le décret du 8 juillet 1850. On a compté précédemment, sur 793 empoisonnements, qu'il y en avait 266 par le phosphore, et 287 par l'arsenic. Aujourd'hui on en trouve 141 par le phosphore, et seulement 74 par l'arsenic.

Il importe de connaître les substances au moyen desquelles l'homicide ou le suicide peut réaliser l'empoisonnement par le phosphore. Ce sont d'abord les fragments, les bâtons de phosphore, puis les préparations soi-disant aphrodisiaques; enfin et surtout les pâtes phosphorées qui rendent des services incontestables à la campagne contre les

animaux nuisibles, et qu'on ne peut supprimer. Des animaux domestiques peuvent les absorber, et c'est l'inconvénient de leur emploi : *à fortiori*, si des personnes mangent de ces animaux empoisonnés. Ces pâtes se font en général avec 8 ou 10 grammes de phosphore bien divisé, mélangé à 125 grammes de farine, 125 grammes de beurre fondu, et 150 grammes de sucre. Si l'on avait à les prescrire, on ferait bien de ne pas se servir de ces substances d'alimentation ordinaire, mais de les remplacer par du suif, de la chandelle, que les animaux mangeraient bien, mais que des personnes, des enfants, etc., reconnaîtraient à leur odeur et à leur saveur, et refuseraient d'absorber. On prescrirait, par exemple :

| | | |
|---|---|---|
| Phosphore. . . . . | 10 | grammes. |
| Suif . . . . . . . . | 350 | — |
| Farine et sucre. | | |

Il est utile que le médecin (qui doit être l'homme le plus savant de son pays) connaisse les proportions de la pâte qui sert à la fabrication des allumettes chimiques.

Les allumettes communes, rouges ou noirâtres, renferment :

| | | |
|---|---|---|
| Phosphore. . . . . . | 4 | parties. |
| Nitre. . . . . . . . . . | 10 | — |
| Colle forte. . . . . . | 6 | — |
| Minium. . . . . . . . | 3 | — |

Les allumettes de luxe renferment une quantité différente de phosphore :

| | |
|---|---|
| Phosphore. . . . . . . . . . . | 2,5 |
| Gomme . . . . . . . . . . . . | 2,5 |
| Chlorate de potasse. . . . . | 3 |
| Sable finement pulvérisé. . . | 2 |
| Matière colorante. . . . . . | 0,5 |

Ces préparations phosphorées ne sont pas aussi répugnantes qu'on pourrait le supposer : le suicide les choisit très-volontiers. Le phosphore mélangé aux aliments n'a pas toujours une saveur bien repoussante : c'est une odeur et une saveur un peu alliacées qui passe facilement avec certains plats. Après un certain temps écoulé, il faut bien savoir que le phosphore devient acide phosphorique ou acide phosphoreux, et perd ses propriétés toxiques. Mais le phosphore est dangereux à des doses minimes : ainsi on a vu la mort suivre un empoisonnement constitué seulement par la moitié d'une boîte d'allumettes qui étaient tombées de la cheminée dans une salade. On a vu mourir un enfant ayant sucé 18 ou 20 allumettes.

Il faut se défier de la marche insidieuse des accidents : certaines personnes ayant pris du phosphore bien divisé subissent un empoisonnement lent, qu'autrefois on n'avait pu caractériser. Mais aujourd'hui on sait que cette mort lente et ultérieure survient par la stéatose des viscères.

Les symptômes que nous avons observés chez notre malade ne sont pas tous ceux qui caractérisent l'empoisonnement par le phosphore. J'ai insisté sur ce fait, que la langue n'était pas excessivement blanche. C'est qu'en effet, il y a une dizaine d'années, à l'hôpital Necker, j'ai observé un empoisonnement chez une femme âgée de soixante-huit ans, dont je veux vous rappeler l'histoire en quelques mots. Se croyant à charge à ses enfants, cette pauvre femme voulut en finir avec la vie : vers minuit, elle se releva, fit bouillir du café, mit pour quatre sous d'allumettes (ce qui représente une quantité plus forte d'allumettes que pour notre malade actuelle, vu la différence de prix à cause des impôts actuels) ; elle avala le café, et fut assez surprise de ne pas voir survenir d'accidents. Deux heures après, elle ressentit des douleurs vives à l'estomac, à la bouche ; son haleine « envoyait comme du feu ». Elle sortit et alla sur le boulevard des Invalides. Là, vaincue par la douleur, elle tombe sur le sol, sans pouvoir se relever. Une patrouille passe, et, la croyant ivre, la conduit au poste, où l'on ne fut pas sans s'étonner de voir l'haleine lumineuse de cette femme. Un médecin appelé prescrivit un purgatif. Le lendemain matin, la malade fut amenée à l'hôpital Necker où nous fûmes très-frappés de la teinte absolument blanche comme un drap de lit, que présentait la langue de cette malade. Cette blancheur de la langue disparut quelques jours après. Je fis prendre 30 grammes d'essence de térébenthine à cette pauvre malade, qui guérit à la suite de graves péripéties. Après l'avoir gardée deux ans dans le service, je la fis admettre à la Salpêtrière où elle est encore, et d'où elle m'a écrit au nouvel an pour me remercier.

Dans l'empoisonnement par le phosphore, outre ces caractères principaux tirés de l'haleine, des vomissements et des déjections alvines, on peut observer trois formes principales :

1° La forme *gastrique*, où prédominent les accidents du tube digestif : vomissements, déjections ayant l'odeur phosphorée. L'empoisonnement dure six à huit jours, les malades ne succombent pas s'ils ont été traités à temps par le contre-poison ;

2° La forme *subaiguë et nerveuse,* caractérisée par des crampes violentes, des nausées, du délire, de l'érythème souvent, et la mort. *Jamais*, absolument *jamais*, même dans cette forme, on n'a observé *d'excitation vénérienne,* ce qui démontre l'inutilité absolue du phosphore comme aphrodisiaque ;

3° La forme *hémorrhagique* est assez fréquente : elle est accompagnée de vomissements sanguinolents, de selles noirâtres, de taches pétéchiales sur la peau, d'ecchymoses de la conjonctive.

Enfin, à la suite de toutes ces formes, on observe souvent de la rémission, une amélioration sensible. Puis les malades retombent, s'affaiblissent et succombent.

L'anatomie pathologique nous a appris qu'après la mort par l'empoisonnement aigu au sixième, dixième, vingtième jour, on peut encore quelquefois trouver dans le tube digestif le phosphore en nature. Le plus souvent, on ne trouve que des ecchymoses, des ulcérations, des perforations ; dans l'estomac on voit des matières rouges, dans l'intestin des substances noirâtres. Les muqueuses présentent des ecchymoses. Les organes sont atteints de stéatose.

Dans la stéatose phosphorique du foie, cet organe est gros, conservant l'empreinte du doigt, graissant le couteau, tachant le papier comme de l'huile. Au microscope, on découvre autour du noyau de la cellule hépatique de grosses gouttelettes graisseuses.

Les reins sont stéatosés : dans ces cas, l'urine, pendant la vie, le fait déjà supposer par ses caractères : on trouve des cellules de tubuli granulo-graisseux. Le cœur et les muscles subissent aussi cette dégénérescence graisseuse ; la fibre musculaire perd sa striation et se remplit de granulations graisseuses ; entre les fibres musculaires, on voit aussi ces granulations. Le cœur présente la coloration de feuille morte.

Le traitement est véritablement héroïque. Il y a vingt ans, tout malade empoisonné par le phosphore était presque sans ressource. C'est le hasard qui a fait découvrir son antidote : un vieillard des Landes, ayant avalé du phosphore (145 allumettes), trouvait que l'empoisonnement ne marchait pas assez vite : il eut l'idée, pour enflammer le phosphore, pensait-il, d'absorber en outre de la térébenthine. Il se sauva par ce moyen. Son médecin essaya dans la suite, et réussit complètement. En même temps, M. Personne, essayant les substances qui empêchent les effets du phosphore placé dans l'oxygène, découvrait que l'essence de térébenthine avait la propriété de faire perdre au phosphore son éclat lumineux. L'ayant administré à des animaux sous toutes les formes médicamenteuses, il observa que l'essence de térébenthine empêchait l'empoisonnement. Les deux mémoires furent couronnés simultanément par l'Académie de médecine.

---

**HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.**

**Des affections du premier métatarsien; influence considérable de l'état constitutionnel.**

Le hasard vient de réunir, dans notre service, deux cas assez comparables de lésions siégeant au niveau du premier métatarsien, quoiqu'il existe entre les deux des différences très-importantes à établir, comme vous pourrez bientôt vous en convaincre.

Nous avons pu observer, dernièrement, un troisième cas du même genre : il s'agissait d'un jeune garçon, atteint de double luxation congénitale de l'épaule, porteur de main bot des deux côtés, et dont les membres inférieurs, surtout le gauche, étaient encore dans un état déplorable. Au pied gauche, au niveau du premier métatarsien, il portait une plaie assez profonde, et la région était traversée par des trajets fistuleux multiples, qui arrivaient jusqu'à l'os.

Nous avons débridé ces trajets fistuleux avec le thermocautère, et nous avons constaté sur l'os une ostéite condensante bien caractérisée : nous en avons ruginé tout ce qu'il était possible d'atteindre, creusant une gouttière assez profonde dans la continuité de cet os, tout en respectant les surfaces articulaires des deux épiphyses du métatarsien. Depuis cette opération, le gonflement a diminué notablement; le bord interne du pied, qui était rouge et gonflé, est actuellement en voie de réparation ; l'amélioration locale est considérable, de même que l'état général est devenu beaucoup plus satisfaisant, depuis que la suppuration a diminué et a pris une marche franche et régulière. Le jeune opéré se lève déjà, et se promène un peu dans la salle.

Aujourd'hui sont entrés deux autres malades, atteints de la même lésion, et sur lesquels je veux maintenant fixer votre attention.

Le premier de ces malades est une jeune fille de la campagne, âgée seulement de quatorze ans, quoique sa vigueur musculaire et tout son aspect extérieur soient plutôt ceux d'une robuste fille de vingt ans. Elle s'est toujours bien portée antérieurement : ses parents sont aussi doués d'une excellente santé. C'est dans ces conditions qu'un jour, sans cause connue, sans qu'elle ait fait aucune chute, sans qu'elle ait ressenti aucun choc ni aucune violence extérieure, elle fut prise subitement d'une douleur intense à la région interne du pied, au niveau du premier métatarsien. Une fièvre assez forte et des douleurs très-vives, ayant toujours le même siège, apparurent et persistèrent pendant une quinzaine de jours. La tuméfaction se limita assez exactement; une collection purulente s'était formée : un médecin pratiqua deux incisions avec le bistouri. Le soulagement apporté par cette ouverture ne persista pas. Cinq mois après, deux autres collections, siégeant un peu plus en arrière, se firent jour spontanément, l'une au bord interne du pied, et l'autre sur la face dorsale. Quelques fragments osseux sortirent aussi par ces deux ouvertures : la jeune fille en a ainsi compté six ou sept, dont les dimensions équivalaient à peu près au quart de la dernière phalange du petit doigt.

Malgré l'élimination de ces petits séquestres, les quatre trajets ne se sont pas refermés, et la suppuration continue. La jeune fille ne peut marcher que très-difficilement, et, dès qu'elle s'appuie sur le pied malade, elle ressent une douleur vive.

Le second malade, couché au n° 21 de la salle Saint-Louis, est un garçon de vingt ans et demi, et qui présente une disposition inverse de celle de la jeune fille : il est très-peu développé, très-maigre, pâle, et paraît dénué de toute vigueur. Quoiqu'il n'habite pas Paris, il vient d'une province où les conditions de salubrité ne sont pas très-satisfaisantes. Dans le département de l'Ain, il y a certains territoires usés par l'infection paludéenne ; les habitants de la Sologne sont encore aussi maladifs. Ce garçon a le teint blafard, les chairs flasques, molles, sans énergie. Il ne lui manque qu'un ventre très-développé pour être le type accompli de ces races de scrofuleux. Il a ressenti de la douleur dans les deux genoux qui se sont gonflés, surtout celui du côté gauche, et qui sont devenus le siège d'un léger épanchement ; on a appliqué deux vésicatoires, dont on voit encore les traces. L'hydarthrose était presque complètement disparue, au moment de l'entrée de ce garçon à l'hôpital. Il porte, en outre, à la région externe du genou droit, une petite ulcération couverte d'une croûte noirâtre, qui est certainement une scrofulide.

L'affection la plus grave est au pied gauche, où le gros orteil est malade. Les articulations sont atteintes de déformation considérable, et ont doublé de volume, formant une saillie difforme qui rappelle assez bien le spina ventosa. La peau a aussi changé de couleur. A la palpation, on ne constate rien d'anomal à la portion inférieure du premier métatarsien, du côté de la plante du pied ; elle est restée ferme et résistante. Mais, sur le bord interne et sur la portion supérieure ou dorsale, on croirait presque que la peau va se rompre; on sent la fluctuation. Quand on imprime des mouvements à l'orteil, on ne provoque pas de douleur. Si l'on appuie fortement sur les phalanges, de façon à rapprocher les surfaces articulaires, on produit à peine une légère douleur. On peut donc affirmer que les articulations ne sont pas envahies, ou, du moins, ne sont pas le siège de lésions primitives. Le point où la pression devient le plus douloureuse est au-dessous de la ligne articulaire, au niveau de la tête du métatarsien, du côté interne du pied.

Nous avons donc affaire à une ostéite ayant envahi l'extrémité antérieure du premier métatarsien, et ayant produit consécutivement un épanchement et de la synovite fongueuse dans l'articulation. Aussi, c'est à cette production de fongosités qu'il faut attribuer la cause d'une partie du gonflement, qui n'est pas produit en totalité par du liquide pu-

rulent : il ne faut pas se laisser tromper par l'apparence de fluctuation que présente souvent l'articulation fongueuse.

Connaissant l'histoire de ces deux malades et leur état actuel, nous devons maintenant nous demander ce que nous devons faire pour traiter l'affection du pied dont ils sont atteints tous les deux. L'intervention est-elle légitime chez les deux malades? doit-elle comprendre les mêmes procédés opératoires chez les deux malades?

La solution de cette question se rattache précisément à la question que la Société de chirurgie a récemment mise au concours, en demandant si, par exemple, étant donnée une arthrite, quelle que soit sa nature rhumatismale, inflammatoire, etc., il faut intervenir de la même façon, et sans tenir compte de l'état constitutionnel du sujet.

Eh bien, non, le traitement d'une arthrite ne doit pas être le même, lors même que l'affection se traduirait par les mêmes lésions anatomiques, si les sujets appartiennent à des familles pathologiques différentes. Je pense que ce sera un grand progrès accompli si l'on arrive à établir ces différences, en les fondant, non-seulement sur l'anatomie pathologique qui ne les constate pas, mais sur les états constitutionnels.

Nous avons déjà une trace de cette tendance dans une étude intéressante, récemment faite sur le pronostic des hydarthroses, et l'auteur a établi déjà que ce pronostic dépend de la constitution des sujets.

Chez la jeune fille, l'os est à nu déjà depuis longtemps, puisque des séquestres ont été éliminés ; chez le garçon, le stylet arrivera bientôt sur l'os, dès que le trajet fistuleux se sera établi. Cependant la nature des deux affections est bien différente. La jeune fille n'est pas atteinte de carie de l'os comme le garçon. C'est un abcès sous-périostique du premier métatarsien, qui est la cause de la maladie ; le début a été brusque, la douleur très-vive, les phénomènes de réaction ont apparu d'emblée, et avec un caractère nettement inflammatoire, qui est complètement étranger à la carie, et même à l'ostéite. Après l'ouverture de l'abcès à l'extérieur, des parcelles d'os sont sorties : ce qui n'arrive pas de la même façon dans l'ostéite. Après l'ouverture de l'abcès à l'extérieur, des parcelles d'os sont sorties, ce qui n'arrive pas de la même façon dans l'ostéite ; parfois, on a vu ainsi sortir des fragments osseux dans les cas de tuberculisation diffuse des os, quand un séquestre central se trouvait enveloppé et limité, de façon à être entraîné à l'extérieur, ce qui, d'ailleurs, n'arrive que dans les os plats, et non dans les os longs. Ainsi, nous diagnostiquons un abcès sous-périosté aigu, qui, par conséquent, n'a rien de commun avec la scrofule. C'est une lésion qui se rattache au rhumatisme, et qui a pu se produire sous l'influence du froid, de l'humidité, d'une cause plus ou moins variable.

La marche de la maladie est très-différente chez le jeune garçon ; il a été pris de douleur aux deux genoux. Quoique le mal soit récent, il ne ressent aucune douleur à l'état ordinaire, la marche, la pression sur le genou, provoquent quelque douleur. Si en ce moment on pouvait ouvrir cette articulation, on y trouverait du pus séreux, louche, mélangé de quelques flocons, avec une synoviale tapissée par des fongosités épaisses, mollasses et friables.

Quant au pronostic, il sera très-bon chez la jeune fille, à la condition que nous interviendrons et que nous extrairons les séquestres et les parcelles osseuses qui pourraient maintenant se trouver enchatonnées dans la diaphyse de l'os. Puis, si nous rencontrons de l'ostéite condensante, comme chez le premier malade dont je vous ai entretenus, nous ajouterions la rugination de la même façon que nous l'avons déjà pratiquée. Enfin, lors même que ces moyens deviendraient insuffisants, il nous restera toujours une ressource certaine, la désarticulation du premier métatarsien, en y comprenant l'orteil, ou en le respectant suivant les circonstances. Cette opération sauverait certainement la malade de toute complication ultérieure.

Mais il n'en est pas de même pour le garçon, dont le mal est, en apparence, moins avancé ; la guérison est beaucoup plus problématique. Si nous ouvrons la partie tuméfiée avec le bistouri, il nous restera une fistule permanente. Si nous ruginons l'os, nous verrons une récidive, et les fongosités continueront leur évolution dans les gaînes des tendons voisins. Nous serons donc conduits rapidement à enlever l'os en totalité, mais ce moyen radical ne nous assurera pas pour longtemps la guérison, ou plutôt les apparences de guérison. Sans doute, la cicatrisation de la plaie pourra se faire plus ou moins régulière, plus ou moins complète; mais une fistule apparaîtra bientôt, venant de la carie du métatarsien voisin ou du premier cunéiforme. La récidive apparaîtra presque inévitablement ; elle est opiniâtre dans les affections du pied et de la main de cette nature. Ce n'est pas d'hier que j'ai fait cette remarque : dès 1845, pendant mon internat, j'avais déjà rédigé un mémoire sur l'insuffisance des amputations partielles chez les scrofuleux, et je prouvais, par des observations, que si la chirurgie, trop parcimonieuse, ménage les métatarsiens, elle conduit à des amputations successives du tarse, du pied et de la jambe, chez les malades atteints d'ostéites scrofuleuses. Si l'on se montre trop économe au début, on arrive inévitablement à découper ainsi, comme par tranches successives, le membre malade. Cette marche fatale est très-fréquente, surtout pour la région du pied ; c'est pourquoi j'ai renoncé, dans les cas de ce genre, presque complètement aux opérations partielles du pied. Je suis d'avis qu'il faudrait faire ici d'emblée l'amputation de tout le premier métatarsien ; après cette opération, on pourrait espérer une amélioration, une guérison même, si l'on pouvait conduire ce malade au bord de la mer, et combiner le séjour de la campagne avec un régime réparateur. Malheureusement, nous sommes dans l'impossibilité absolue de faire suivre ce traitement aux malades qui viennent encombrer nos hôpitaux ; ils sont tous destinés à y végéter pendant quelques mois, quelques années au plus, et, de fistules en fistules, de suppurations en suppurations, à y succomber tôt ou tard, à moins qu'une maladie intercurrente ne vienne abréger leur agonie. Quand on songe que cette triste destinée leur est imposée parce que des ressources pécuniaires nous font défaut, ne peut-on pas, sans être accusé de sensiblerie, regretter les milliards que les États de l'Europe consacrent aux besoins de leur budget de la guerre, tandis que quelques millions, chaque année, sauveraient la vie à tant de milliers de scrofuleux ?

---

## HOPITAL SAINT-CHARLES DE NANCY. — M. Bernheim.

### Blessures du poumon par armes à feu.

(Observation recueillie par M. le docteur Albert René, ancien interne des hôpitaux.)

Le 9 avril 1876, on apporte à l'hôpital Saint-Léon la femme Eugénie C..., âgée de trente-trois ans. Lassé par les

infidélités de sa femme, son mari vient de lui tirer un coup de pistolet dans le dos, pendant qu'elle fermait une fenêtre (puis il va se noyer aussitôt après).

La balle a atteint le poumon droit, au niveau de la troisième côte, dans la région interscapulaire ; elle a traversé les vêtements, puis les muscles de la nuque, et s'est perdue dans le parenchyme pulmonaire. Il n'y a pas d'orifice de sortie. L'orifice d'entrée est régulier, arrondi, présentant un diamètre d'environ un centimètre, avec une auréole inflammatoire d'un demi-centimètre. Le médecin appelé sur les lieux pour donner les premiers soins, avant le transport à l'hôpital, a fait l'exploration de la plaie, où il est certain, dit-il, de trouver deux trajets, une bifurcation, ce qui fait d'abord supposer qu'il y aurait deux projectiles, et non un seul, dans la poitrine. Cependant, comme on a retrouvé au pied du lit, près de la fenêtre, une autre balle provenant du second coup de pistolet, on pense qu'il n'y en avait qu'une dans chacun des canons du pistolet, et qu'elles sont l'une et l'autre du même calibre. La camisole de laine et la chemise sont chacune percées d'un trou fait comme à l'emporte-pièce ; les portions du tissu enlevées ont donc suivi la balle dans la cavité thoracique.

La malade a eu une hémoptysie abondante le premier jour de son entrée à l'hôpital, et elle a continué ensuite à avoir quelques crachats sanguinolents tous les jours. Elle présente d'ailleurs peu de fièvre.

La balle a été recherchée avec le stylet plusieurs fois et n'a jamais été perçue. Pendant quelques jours, on a remarqué, au-dessus de la clavicule droite et dans la région latérale du cou, au-dessus de la fossette sus-claviculaire, vers les scalènes, une rougeur diffuse bien nette. On y a senti, à plusieurs reprises, un noyau rénitent, puis la rougeur a à peu près disparu après quelques jours. On constate plusieurs fois que la blessure a atteint le poumon : on voit que la flamme d'une bougie, placée près de la plaie, est agitée par les mouvements respiratoires.

La malade n'éprouve pas d'accidents; on est étonné de la bénignité de sa lésion. La malade ne présente pas d'autres symptômes que de la toux légère ; elle affirme, d'ailleurs, qu'elle était déjà enrhumée avant l'accident, depuis trois ou quatre semaines environ.

Vers le milieu d'avril, la malade rend des crachats pneumoniques rouillés, bien caractérisés pendant plusieurs jours. Le 20 au matin, elle est prise d'une vomique subite vidant une cavité très-considérable; il y a un crachoir rempli de pus. La balle ne s'y trouve pas.

On se demanda alors si la malade n'était pas atteinte de tuberculose pulmonaire ; ce diagnostic fut soupçonné, mais il ne reposait que sur la constatation d'un peu d'expiration prolongée du côté gauche. On n'eut pas d'autres signes de l'affection, avec la toux qui existait depuis trois ou quatre semaines avant la blessure.

La suppuration par la plaie dorsale est toujours abondante. Le 27 avril, M. le professeur Simonin, ayant repris le service, fait l'exploration de la plaie avec une sonde de femme ; il l'introduit à six centimètres de profondeur. Rien n'est perçu. Le lendemain, même exploration : on sent, à six centimètres, un choc sourd, et, en glissant latéralement à cet obstacle, on pénètre à dix centimètres, en passant donc à côté du point où l'on s'est senti arrêté la veille. Mais on n'a pas touché la balle. On pratique alors la dilatation de la plaie avec de l'éponge préparée pour une exploration plus efficace : M. Simonin introduit des pinces à extraction de balles jusqu'au point où l'on avait perçu un obstacle. Il ne saisit que du tissu osseux; quelques petites esquilles restent dans les mors des pinces, provenant, sans doute, de côtes fracturées.

Le 1er mai, les crachats, qui avaient cessé subitement d'être sanguinolents, sont encore teintés de stries et de filets sanguins rutilants. Le 2, simple expectoration muqueuse et toujours abondante.

La suppuration de la plaie est aussi très-abondante ; on fait toujours un pansement simple. On ne trouve pas trace de corps étranger.

La malade continue à n'avoir pas de fièvre.

Le 15 mai, survient un érysipèle léger à la région de la nuque, au point où l'on avait senti de la rénitence ; on perçoit parfois un noyau assez dense à la partie droite du cou. Cet érysipèle donne de la fièvre du 15 au 22 ; puis, la fièvre ayant disparu, la cicatrisation se fait progressivement. La malade se lève, mange bien et dort bien. Son teint est beaucoup plus coloré et plus animé qu'au moment de son entrée. Elle sort de l'hôpital, guérie de sa blessure ; mais on ne peut précisément dire ce qu'est devenue la balle.

La grossesse, arrivée au sixième mois, n'a pas été influencée par le traumatisme du poumon. On entend les bruits du cœur du fœtus : la mère perçoit toujours les mouvements de l'enfant. L'accouchement se fait à terme, à la Maternité, d'un enfant du sexe masculin, que la mère a allaité pendant deux mois.

Quelques jours après ses couches, elle a commencé à tousser et à cracher beaucoup plus que précédemment, et, un mois après, elle a craché du sang. Puis, elle a eu successivement plusieurs hémoptysies peu abondantes ; la diarrhée étant aussi survenue, elle a cessé d'allaiter deux mois après. Depuis cette époque, elle a eu des sueurs nocturnes abondantes, jusqu'au mois de janvier, époque à laquelle elle entre à l'hôpital Saint-Charles (service de M. le professeur Bernheim).

Le 4 janvier 1877, la femme Eugénie C... est dans un état d'anémie profonde. Le thorax est large, amaigri : les creux sus et sous-claviculaires sont très-marqués. Le côté droit ne se soulève presque pas. A la pression, on constate de la matité presque complète sous la clavicule droite ; dans le deuxième espace intercostal, le son est un peu plus clair, mais encore vide. La percussion donne, à ce niveau, un bruit de pot fêlé manifeste. Du côté gauche, le son est un peu moins clair qu'à l'état normal. A l'auscultation, en avant et à droite, contre la clavicule, on entend un souffle caverneux avec gargouillement ; au-dessous, râles sous-crépitants.

Sous la clavicule gauche, respiration rude et expiration prolongée ; quelques craquements humides.

En arrière, à quatre centimètres au-dessus du bord externe de la clavicule, le doigt perçoit une sensation de crépitation. A la percussion, on constate la matité de la fosse sus-épineuse droite, submatité à gauche. A l'auscultation, on entend du souffle et du gargouillement dans [illegible] fosse sus-épineuse droite. Dans la fosse sous-épineuse [illegible] me côté, la respiration est obscure avec quelques râles [illegible]-crépitants. Du côté gauche, la respiration est rugue [illegible] xpiration prolongée.

La te[illegible] ure oscille de 38° 5 à 39° 5, le pouls de 100 à 112, la [illegible] ion de 44 à 52. Expectoration muco-purulente. Dia[illegible]

L'état de la malade reste stationnaire pendant quelques jours. Le 10 janvier, la percussion en avant donne un son tympanique aigu sous la clavicule droite : bruit de pot fêlé quand la malade ouvre la bouche. La main appliquée sur l'épaule sent éclater les râles, au-dessous du muscle trapèze, lorsque la malade tousse.

En arrière, mêmes signes que précédemment.

Le pouls arrivant à 180, on prescrit la digitale (infusion avec $0^{gr},60$), mais la digitale n'agit pas. La dyspnée augmente : la température tombe à 36°, le 14 janvier, et, le 16, la malade succomba.

A l'autopsie, on trouve, au sommet du poumon droit, une cavité de la grosseur d'un œuf : sa paroi supérieure est formée par la plèvre épaissie, qui remonte jusqu'au-dessus de la clavicule. Au fond de cette excavation, repose la balle, comme un œuf dans un nid de pigeon ; on y trouve aussi quelques débris de tissus. Cete caverne est parfaitement circonscrite ; le reste du parenchyme pulmonaire contient des granulations tuberculeuses disséminées, quelques-unes confluentes, mais toutes à l'état d'induration ; on ne constate pas de transformation caséeuse étendue.

On constate, en outre, qu'il y a eu fracture de la deuxième côte et de l'apophyse transverse de la deuxième vertèbre dorsale.

On peut penser que la tuberculose doit être indépendante de l'abcès développé autour de la balle, que la tuberculisation ait débuté avant la blessure ou après la grossesse. Cette hypothèse est la plus probable, parce que le tissu environnant la caverne ne présentait, sauf quelques granulations, aucune trace de dégénérescence caséeuse ; et l'on sait que, pour ceux qui admettent la doctrine de Buhl et de Niemeyer, c'est précisément la résorption des produits caséeux d'un abcès qui serait le point de départ de la poussée tuberculeuse.

Quoi qu'il en soit, il nous a paru intéressant de rapporter, dans ses traits les plus saillants, l'histoire résumée de cette malade, tant au point de vue de l'évolution clinique de la blessure du poumon, que des lésions constatées à l'autopsie.

## ANATOMIE.

### SUR LA COMMUNICATION DES CAVITÉS VENTRICULAIRES DE L'ENCÉPHALE AVEC LES ESPACES SOUS-ARACHNOÏDIENS,

Par M. le docteur Marc Sée.

Nous reproduisons les conclusions de ces intéressantes recherches publiées dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* (juin 1878 et avril 1879) :

« Les ventricules cérébraux sont en communication directe avec les espaces sous-arachnoïdiens de l'encéphale et de la moelle. Cette communication a lieu par tous les points où la pie-mère s'engage dans l'intérieur de l'encéphale. Le trou de Magendie n'a pas l'importance qu'on lui a attribuée, et son oblitération, normale dans certaines espèces animales, n'apporte aucun trouble au mécanisme de la circulation du liquide céphalo-rachidien. Cette circulation ne doit pas être conçue comme celle d'une masse fluide coulant à plein canal d'une cavité dans une autre par des orifices parfaitement libres, mais bien comme une véritable filtration à travers les mailles du tissu conjonctif qui soutient les vaisseaux des plexus choroïdes et des toiles choroïdiennes supérieure et inférieure. »

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 avril 1879. — Présidence de M. Malassez.

### COMMUNICATIONS

**Physiologie expérimentale.** — M. Brown-Séquard fait une communication ayant pour but de démontrer la transmission par hérédité d'altérations produites accidentellement chez les parents. Par exemple, chez des cochons d'Inde, on produit des attaques épileptiformes par la section du sciatique ; ces animaux, pendant ces attaques, se mangent plusieurs doigts de la même patte ; or, ces doigts manqueront quelquefois chez les petits de ces animaux. Lorsqu'on a sectionné le sciatique chez des cochons d'Inde dans le but de produire des attaques épileptiformes après la réunion de ce nerf, ces attaques cessent graduellement suivant un ordre inverse à celui suivant lequel elles se sont produites ; or, chez les petits de ces animaux, les mêmes attaques peuvent apparaître et cesser suivant le même ordre sans la section du sciatique. On sait que la section du corps restiforme chez les cochons d'Inde donne lieu à une exophthalmie du côté correspondant à la section ; or, dans ces cas, il se produit quelquefois chez les petits plus encore que la lésion des parents, c'est-à-dire une double exophthalmie.

M. Mazius (de Belgique) a appelé l'attention sur des faits de transmission de l'absence chez les petits d'un organe qui avait été enlevé chez les parents, de la rate par exemple.

M. Brown-Séquard a observé chez l'homme un fait qui se rapproche de ceux-ci : un homme reçoit sur la face un coup de feu qui a pour résultat de déformer le maxillaire supérieur en accent circonflexe ; les deux filles de cet homme présentèrent la même déformation. Une femme eut le doigt médian tiré ; trois petits enfants de cette femme naquirent avec la même difformité, sans que le père de ces enfants, fils de cette femme, eût rien présenté de semblable. Dans ce cas, la transmission avait donc sauté une génération. Un jeune homme a deux phalanges enlevées par accident, son fils naît avec ces deux phalanges en moins.

Enfin M. Brown-Séquard met sous les yeux de la Société trois petits cochons d'Inde nés d'hier et qui présentent des particularités intéressantes : on sait que la section du corps restiforme détermine dans l'oreille du côté correspondant des hémorrhagies souvent suivies de gangrènes plus ou moins étendues. Cette section ayant été faite chez les parents de ces petits cochons d'Inde, chez l'un d'eux on constate une sorte d'appendice surnuméraire à côté de l'oreille, chez un autre au contraire l'absence d'une bonne partie de l'oreille, et chez le troisième des ecchymoses. Il n'est pas très-rare de constater que l'absence d'un organe chez les parents est représentée chez les enfants par la présence, au contraire, d'un organe surnuméraire ; c'est là précisément ce qui est arrivé chez le premier de ces trois petits cochons d'Inde. De même la section du sciatique qui, chez les parents, produit une paralysie du membre correspondant, a souvent pour résultat d'amener chez l'enfant une paralysie du côté opposé.

En terminant, M. Brown-Séquard insiste sur ce fait qu'aucun de ces effets n'a pu être produit directement sans un état particulier du système nerveux. Or l'animal n'hérite pas de la lésion produite chez les parents, mais bien de cet état particulier du système nerveux sans lequel ces effets ne sauraient se reproduire chez les enfants.

M. Rouget a observé chez les batraciens un grand nombre de faits analogues à ceux dont vient de parler M. Brown-Séquard, en particulier la production chez les descendants de parties supplémentaires correspondant aux mêmes parties absentes chez les parents.

M. Galippe se rappelle avoir fait l'autopsie de plusieurs petits chiens issus d'un chien et d'une chienne dératés. Or ces petits chiens avaient tous une rate.

**Histoire physiologique du foie.** — M. de Sinéty, au nom de M. Picard (de Lyon), lit une note sur ce sujet (sera publiée).

**Albuminurie brightique.** — M. CORNIL a fait l'autopsie d'un rein brightique au début, et l'examen histologique lui a montré que les cellules, en certains points, étaient remplacées par de petites cavités; il a constaté la présence dans les tubes urinifères de petites gouttelettes claires et transparentes.

**Traumatisme cérébral.** — M. BOCHEFONTAINE présente le cerveau d'un cheval qui a été assommé par un coup porté sur la tête.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Delasiauve, médecin de la Salpêtrière (service des épileptiques aliénées et des jeunes idiotes), vient de donner sa démission et d'être promu à l'honorariat. M. le préfet de la Seine, désireux de reconnaître, par une faveur exceptionnelle, les trente-six années de services si dévoués que compte M. Delasiauve, tant à Bicêtre qu'à la Salpêtrière, a autorisé ce médecin, sur sa demande, et avec l'agrément du successeur qui lui a été donné, à inspecter, à sa convenance, et même à diriger les exercices pédagogiques de la classe des petites filles idiotes.

Lorsque l'on se souvient du refus que M. Delasiauve a toujours opposé à une distinction honorifique, si enviée par d'autres, on ne peut qu'admirer la simplicité et la modestie de ce vénérable confrère qui, au milieu des loisirs de sa retraite, a désiré servir encore d'éducateur aux malheureuses orphelines de la pensée. C'est dignement terminer une existence médicale des plus honorables.

— Par arrêté de M. le préfet de la Seine, en date du 7 avril 1879, M. le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre, a été nommé médecin de la Salpêtrière (service des épileptiques aliénées et des jeunes idiotes), en remplacement de M. Delasiauve.

— Le concours qui va s'ouvrir pour deux places de médecin du service des aliénés à l'hospice de Bicêtre a pour but de remplacer M. Bergtier, décédé, et M. Legrand du Saulle, passé à la Salpêtrière. Les deux élus entreront donc *immédiatement* en fonctions. — Ce renseignement répond à plusieurs demandes que nous avons reçues à cet égard.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers d'académie : MM. le docteur Ballay, médecin de la marine, et Gennevier, pharmacien à Nantes, membre de la Société botanique de France.

— Un concours est ouvert à la Faculté de médecine de Nancy pour deux places de chef de clinique, l'une pour la clinique chirurgicale, l'autre pour la clinique obstétricale.

A chacun de ces emplois, dont la durée est de trois ans, est attaché un traitement annuel de 1,000 francs.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine français non pourvus du titre d'agrégé, et les étudiants ayant subi les cinq premiers examens de doctorat.

Le concours pour la place de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine le lundi 14 juillet 1879, à huit heures du matin.

Le concours pour la place de chef de clinique obstétricale s'ouvrira à la Faculté de médecine le lundi 21 avril, à huit heures du matin.

Le registre d'inscriptions sera clos huit jours avant l'ouverture de chaque concours.

— La Société de médecine de Lyon met au concours la question suivante : « De la scrofule à Lyon. Sa genèse à tous les âges; son développement; ses conséquences. Moyens pratiques d'en arrêter les progrès. »

Le prix, de 500 francs, sera décerné dans la séance publique de 1881. — Les mémoires devront être adressés selon les formes académiques, avant le 1er novembre 1880, à M. le docteur P. Diday, secrétaire général, 8, rue de la République, à Lyon.

— M. le docteur Dareste, directeur du laboratoire de tératologie à l'École des hautes études, commencera ses conférences d'embryogénie normale et tératologique le mardi 22 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre nº 3 de l'École pratique; il les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure, dans son laboratoire.

— M. le docteur Hillairet, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses conférences sur les maladies de la peau, le jeudi 24 avril, à huit heures et demie du matin (salles Henri IV et Saint-Louis) et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

— M. le docteur Reliquet commencera son cours, *sur les opérations des voies urinaires*, le vendredi 25 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre nº 1 de l'École pratique, et les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

— Au moment de mettre sous presse, on nous transmet la douloureuse nouvelle de la mort de M. le professeur Gubler.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 8110.

N° 47. — JEUDI 24 AVRIL 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 24 AVRIL 1879. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu dans cette séance une lecture de M. le docteur Ed. Burdel, de Vierzon, membre correspondant, une courte note de M. le docteur Debout d'Estrées et une communication de M. Jaccoud. La lecture de M. Burdel porte sur un point de pathogénie dont cet honorable praticien poursuit depuis déjà longtemps l'étude, la relation étiologique qui lie la tuberculose au cancer. Il y a dix ans, il faisait sa première communication sur ce sujet à l'Académie, et, l'année d'après, Vigla faisait sur ce travail un rapport dans lequel, sans conclure sur le fond de la question, il reconnaissait que M. Burdel avait apporté à l'appui de sa proposition des observations nombreuses et bien faites, auxquelles il ne manquait que la sanction de faits semblables recueillis par d'autres observateurs et dans d'autres lieux. Nous ne croyons pas que d'autres faits semblables aient été produits ailleurs jusqu'à présent. Mais M. Burdel, n'en continuant pas moins persévéramment ses études sur ce point, a apporté un fait nouveau qui n'est plus comme les précédents un fait de transmission héréditaire probable par voie de transformation diathésique du cancer en tubercule, mais bien de manifestation, d'abord successive, puis simultanée, du cancer et du tubercule chez un même sujet. Quand on réfléchit à la latitude illimitée de l'étiologie de la tuberculose qui, suivant M. Pidoux, peut procéder de toutes les diathèses, on ne sera pas éloigné, sans doute, d'admettre avec M. Burdel, ses observations aidant, que la diathèse cancéreuse chez les parents puisse engendrer la disposition tuberculeuse chez leurs descendants. Mais ce ne serait là qu'un cas particulier de l'étiologie banale formulée par M. Pidoux. Il n'en est pas moins intéressant à consigner.

La note de M. Debout est relative à une analyse spectrale de l'eau de l'une des sources de Contrexéville. On trouvera les résultats de cette analyse dans le compte-rendu de la séance.

La communication orale de M. Jaccoud a eu pour sujet la pleurésie multiloculaire ou cloisonnée. Des déductions pratiques importantes pouvant être tirées des considérations très-intéressantes dans lesquelles est entré l'orateur sur ce sujet, nous attendrons pour les résumer que l'improvisation de M. Jaccoud ait pris un corps et qu'il nous ait été possible d'en méditer à loisir l'impression.

La séance a été terminée par la lecture d'un rapport de M. Marrotte sur le prix Godard.

Après la lecture de la correspondance, M. Roger, présidant en l'absence de M. Richet, a annoncé à l'Académie la mort de M. Gubler. Il sera sans doute rendu à M. Gubler, au nom de l'Académie, le juste hommage de regrets qui lui est dû. Qu'il nous soit seulement permis de dire ici, par anticipation, que la mort de M. Gubler est une perte réelle pour la science, qu'il aimait et cultivait avec autant de zèle que d'intelligence, et pour l'enseignement, où il brillait parmi les professeurs les plus suivis et les plus écoutés. Avant qu'il eût participé aux travaux de l'Académie, M. Gubler avait déjà laissé de nombreuses preuves de son utile activité dans les comptes-rendus des Sociétés anatomique, de biologie, des médecins des hôpitaux, de thérapeutique, et enfin à la Société d'hygiène publique, dont il était l'un des fondateurs et le deuxième président, ainsi que dans plusieurs des publications récentes ou en cours d'exécution les plus importantes.

Dr Brochin.

### HOTEL-DIEU. — M. Richet.

#### Lipomes.

Nous allons extirper une tumeur occupant le bord postérieur du creux axillaire, qui me paraît être un fibrolipome.

Il s'agit d'une jeune femme, âgée de trente ans, travaillant chez un confiseur, et qui jouit d'ailleurs d'une santé parfaite. Elle raconte qu'il y a un mois, ayant eu beaucoup de travail, elle a ressenti des douleurs à la partie postérieure de l'épaule. Elle les a attribuées à des douleurs rhumatismales. Mais, quinze jours après, par hasard, en s'habillant devant une glace, elle remarqua la tumeur, qu'elle aurait ignorée jusqu'à ce jour. Il ne faut pas croire un mot de cette histoire : elle avait sa tumeur depuis un temps plus éloigné que cela ; celle-ci s'est développée silencieusement et sans douleur, mais, quoique n'ayant pas été sentie dès son début, elle a été remarquée par la malade depuis plus de quinze jours.

Cette tumeur est indolente, pas douloureuse à la pression, malgré des investigations multiples et répétées. On n'ob-

serve pas de coloration de la peau, pas d'adhérence des téguments. La tumeur est mollasse ; en appuyant fortement et en la saisissant entre les deux mains, il semble qu'on perçoit une fausse fluctuation. Elle se déplace en masse, et n'est pas adhérente aux parties profondes. En la malaxant à pleines mains, on sent plusieurs tumeurs glandulaires ; la tumeur est lobulaire. Toutefois, en frottant les lobes l'un sur l'autre, je n'ai pas perçu de collision crépitante, comme je l'ai désignée, ce qui eût été caractéristique du lipome.

Cependant le diagnostic se fait facilement : nous avons affaire à une tumeur qui n'appartient pas à la classe des tumeurs dures ni des tumeurs liquides ; il nous reste à la placer entre les tumeurs fibro-plastiques jusqu'à l'encéphaloïde. Éliminons de suite les tumeurs malignes dont elle n'offre aucun caractère, et, tout en faisant à peine quelques réserves pour la forme de fibrome, ou de tumeur fibro-plastique, qui présente des lobules et peut donner, à une certaine période, la sensation de mollesse, disons que c'est une tumeur graisseuse.

Il y a plusieurs sortes de lipomes : il ne faut pas croire qu'ils soient toujours la même tumeur ; il faut les différencier. On peut en admettre au moins trois espèces :

1° Le lipome commun, en grappes, granulaire, qui occupe toutes les régions, voire même le voile du palais et la paume de la main, comme j'en ai observé des exemples ;

2° Le fibro-lipome, composé de tissu fibreux mélangé à de la graisse, et qui est difficile à distinguer des fibromes proprement dits ;

3° Le stéato-lipome, presque uniquement constitué par de la graisse condensée, à l'état suiffeux. Cette forme se rapproche infiniment de la tumeur sébacée, des kystes sébacés avec lesquels elle peut être confondue.

A laquelle de ces trois variétés arrêterons-nous notre diagnostic ?

I. Nous n'avons pas ici la première forme, le lipome granulaire, en chapelet, qui est composé anatomiquement de granulations graisseuses accolées les unes aux autres, quelques-unes ayant des sortes de pédicules, ce qui leur donne l'aspect d'une grappe ou d'un chapelet.

Il est désagréable d'opérer ces sortes de lipomes : on en tire successivement des chapelets, et il est difficile de faire une extirpation complète. Ce lipome peut être allongé ou replié sur lui-même. En frottant les grains de ce chapelet les uns contre les autres, on produit un bruit perceptible quelquefois par les oreilles, mais ordinairement mieux senti par le tact ; c'est la « collision crépitante ». Si on la perçoit, on peut être *certain* que cette tumeur n'est qu'un lipome. Une seule tumeur offre aussi cette sensation ; c'est une tumeur des bourses, formée par l'épiploon, et, précisément, l'épiplocèle est constituée par une suite de tumeurs graisseuses. Je me rappelle, à ce sujet, une erreur commise à propos d'un jeune garçon envoyé de province pour une tumeur des bourses. Je l'examinai en compagnie de Nélaton et de Velpeau : nous trouvâmes une tumeur à la partie inférieure, postérieure et antérieure du testicule ; le cordon spermatique était libre, le canal inguinal aussi normal. Nous fûmes d'avis qu'il n'y avait pas d'épiplocèle, mais seulement un lipome des bourses ; ce dont nous nous sommes crus assurés parce que nous percevions cette collision crépitante. L'extirpation fut décidée, et, au premier coup de bistouri, l'épiploon m'arrivait sous la lame ; je développai la partie saillante, et en fis la ligature. Deux heures après, vomissements et coliques intenses nous faisaient craindre des accidents de hernie étranglée ; je coupai la ligature, et les accidents cessèrent peu de temps après. Ici encore, à l'Hôtel-Dieu, au n° 1 de la salle des hommes, nous avons trouvé une tumeur fluctuante dans l'aine : nous fîmes l'incision ; c'était une épiplocèle suppurée. Nous n'avions pas cherché le frottement ; il est toutefois probable que nous ne l'aurions pas trouvé, à cause de l'état avancé de cette suppuration : nous ne songions qu'à l'adénite, d'autant plus que le malade portait des excoriations aux bourses, qui expliquaient bien l'engorgement des ganglions. Notons, en passant, que cet homme se trouvera guéri de son épiplocèle, le bouchon cicatriciel qui va se former devant obturer le canal inguinal.

II. Le fibro-lipome est constitué par des tractus fibreux entre lesquels se développe la graine contenue au milieu d'aréoles très-serrées, et divisée en lobes. Il pourrait être confondu avec les fibromes infiltrés de sérosité.

III. Le stéato-lipome n'est que de la graisse accumulée ; au lieu de granulations isolées, c'est de la graisse déposée molécule à molécule ; c'est un entassement analogue à du suif.

Il présente une apparence blanchâtre : si on le coupe avec le bistouri, la graisse reste sur la lame ternie ; les doigts enfoncent dans cet amas mou et pâteux. Mais, sur le vivant, la tumeur offre une résistance plus grande.

Il existe un moyen d'éclairer le diagnostic ; c'est la réfrigération : elle coagule la graisse, la rend dure et solide. Si, au contraire, on a affaire à un fibrome infiltré, le liquide séreux ne se coagule pas, la dureté de la tumeur n'est pas augmentée par la réfrigation. Nous n'avons pas eu recours à ce procédé, d'abord à cause des règles de la malade, mais surtout parce que, si nous le tentions aujourd'hui, jour de l'opération, nous nous exposerions à l'érysipèle qui est favorisé par la réaction qui suit le refroidissement de la peau.

Le pronostic de cette tumeur fibro-lipomateuse n'est pas grave. Le médecin se trouve souvent embarrassé lorsqu'on lui demande s'il faut enlever ces tumeurs. Tout ce qu'il faut répondre au malade, c'est qu'elles ont une tendance continuelle à augmenter de volume ; elles peuvent arriver à la grosseur de la tête : j'en ai enlevé une du poids de quarante-cinq livres, qui est déposée au Musée Dupuytren. Plus on tarde, plus les conditions sont mauvaises pour l'opération, puisqu'il faut pratiquer une incision plus large, et par suite faire une plaie plus étendue.

On a dit que les lipomes récidivent (M. Broca). On a rappelé le cas de Beauchêne, observé à l'hôpital Saint-Antoine : deux mois après l'extirpation d'un lipome, la malade avait le corps tout couvert de nouvelles tumeurs lipomateuses. Je pense qu'elle les portait déjà au moment de l'opération, mais qu'elle ne les avait pas fait remarquer. J'en ai vu ainsi 25 à 30 chez un magistrat qui ne m'en montrait d'abord qu'une seule. Autrefois encore, lorsque j'étais interne de Ph. Boyer, un portefaix vint se faire enlever, dans ce service, un lipome de l'épaule. Après l'extirpation, on le couche, et, en le portant sur son lit, je sens une tumeur à la jambe ; c'était un lipome : je découvre le reste du corps, et j'en trouve quinze sur toute la surface du corps.

Si je ne m'en étais pas aperçu par cet heureux hasard, nul doute que, deux mois après, nous n'aurions cru à une récidive. Je pense, pour mon compte, que ni les fibromes ni les lipomes ne récidivent.

Le traitement est tout indiqué : aucune thérapeutique médicale ne peut faire disparaître cette tumeur qui a le volume du poing; l'iode ne fera rien sur la graisse, absolument rien. J'ai vu une vieille dame qui était couverte de lipomes : elle se frictionnait avec la teinture d'iode; elle n'arriva à aucun résultat satisfaisant; au contraire, en faisant disparaître la graisse des seins et la couche sous-cutanée, elle rendait les lipomes plus saillants encore.

De même, vésicatoires, coton iodé, etc., ne produisent aucun effet. Il faut recourir au traitement chirurgical.

On a proposé les caustiques, les injections caustiques; j'ai fait ces injections pendant quinze ans. J'ai injecté, il y a deux ans, du chlorure de zinc (le contenu d'une seringue de Pravaz), mais, un mois après, la plaie était encore très-large; je ne songe plus à ce procédé, pas plus qu'à la ligature et à l'écraseur linéaire. Le thermo-cautère présente un inconvénient : c'est que la graisse s'enflamme au contact du fer rouge. Il est beaucoup plus simple et plus commode de se servir du bistouri qui ne laisse aucune trace. Je ferai donc une incision demi-circulaire avec un lambeau relevé en haut, et j'énucléerai la tumeur. Un point de suture pour fixer les lambeaux, après avoir fait un lavage de la plaie avec de l'alcool pur, et c'est tout.

Quelques jours après, nous observons un nouveau cas de lipome, une femme qui porte une tumeur depuis quinze jours sur la paroi abdominale; mais, depuis quatre mois surtout, cette tumeur a grossi considérablement ; elle atteint le volume d'une tête d'enfant. Cette tumeur lipomateuse est-elle complètement en dehors de l'abdomen, ou bien y a-t-il communication avec la cavité abdominale? La tumeur est bien sur la paroi abdominale : on sent un point dur, enfoncé entre les muscles de l'abdomen, mais, en soulevant la tumeur et en la pédiculisant, on perçoit, en disant à la malade de tousser et de se relever pour lui faire contracter ses muscles abdominaux, on perçoit la contraction des muscles *au-dessous* de la main qui tient la base de la tumeur; celle-ci est donc indépendante de la paroi abdominale. Ce n'est qu'un lipome, mais il est remarquable par son volume et par son siège. L'extirpation se fait encore par le même procédé à lambeau, en demi-lune, à convexité supérieure. La guérison se fit rapidement.

---

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Laboulbène.

### Empoisonnement par le phosphore; empoisonnement par l'ammoniaque (1).

II

En même temps que cet empoisonnement par le phosphore, le hasard nous a amené un autre malade, empoisonné par l'ammoniaque.

Au nº 1 de la salle Saint-Félix est couché un garçon d'hôtel, âgé de vingt-quatre ans, qui est entré le 14 juin. Au milieu de la nuit précédente, pendant son sommeil, ayant une soif assez vive, il avait saisi une bouteille et avait avalé quelques gorgées. Il avait pris une bouteille renfermant de l'ammoniaque destinée à dégraisser les habits. Il en avait avalé une très-petite quantité : réveillé en sursaut, il avait senti immédiatement une horrible cuisson, il avait rejeté ce qu'il avait encore dans la bouche, puis avait bu de l'eau pour se rincer la bouche, et l'avait, à tort, aussi avalée.

Le matin, lorsqu'il vint à l'hôpital, il respirait assez facilement; mais l'expiration était bruyante, l'inspiration calme. C'était l'état contraire de celui qu'on observe dans l'œdème de la glotte. La déglutition était très-difficile et très-douloureuse. En lui examinant la cavité buccale, nous avons découvert que les lèvres, à leur partie interne surtout, étaient littéralement ulcérées au vif, comme si l'on y avait appliqué un vésicatoire. Le côté droit de la cavité buccale était intact : le malade avait saisi la bouteille de la main droite, et le liquide avait coulé du côté gauche où le sillon intermaxillaire gauche surtout était dépouillé complètement de son épithélium. La voûte palatine étant en ogive, son sommet n'avait pas été atteint. Mais la brûlure était profonde au fond de la bouche, sur la luette qui était gonflée, œdémateuse et pendante.

Nous lui fîmes prendre du lait, du bouillon froid; il put avaler par petites gorgées une solution de citrate de magnésie. On lui appliqua un collutoire miellé additionné de bromure de potassium, pour calmer la douleur, qui était très-vive.

Le lendemain, il n'allait pas sensiblement mieux; sa voix était plus sourde. En abaissant fortement la base de la langue, nous aperçûmes l'épiglotte rouge et boursouflée. La luette présentait une petite capsule à son extrémité, molle et jaunâtre. Le 17, l'excoriation était bien marquée sur le bord labial, et se couvrait de fausse membrane.

Le malade ne pouvait manger.

Vers le 20, les ulcérations se modifiaient : avec des pinces je saisissais l'extrémité de la luette, et, le malade ayant fait un mouvement brusque, la capsule que je signalais resta entre les mors des pinces : je l'examinai au microscope et j'y trouvai de la fibrine et des cellules épithéliales granulo-graisseuses.

Le 26, l'amélioration se fait mieux sentir : le malade peut supporter le pain; il demande à sortir.

Ce malade a été plus gravement atteint que nous ne l'avions tous pensé au premier abord. Il put supporter à peine le bouillon pendant un espace de huit jours.

Les empoisonnements par l'ammoniaque sont rares : c'est seulement le deuxième cas que j'observe. On le comprend assez facilement : car l'odeur et la saveur caustique de cette susbtance n'encouragent guère à la choisir pour les suicides ou pour les homicides. Dans cette dernière catégorie, on y a eu recours en enivrant d'abord les victimes, puis, sous prétexte de leur porter secours, on leur a fait prendre des doses très-fortes d'ammoniaque. On a vu des malheureux tomber en syncope pour une cause quelconque, et les criminels profiter de cet accident pour verser largement l'ammoniaque dans la bouche; une imprudence peut produire le même effet.

On connaît l'histoire de ce médecin qui, atteint du petit mal, fut pris d'une syncope, en présence d'une personne étrangère. Celle-ci saisit un flacon d'ammoniaque et lui en fit respirer 8 à 10 grammes versés sur une compresse. Le médecin succomba deux jours après. Comme, sur les 8 ou 10 grammes versés sur la compresse, il avait dû s'en évaporer près de moitié, on ne put admettre la version de cette femme. L'autopsie, ayant fait découvrir des lésions profondes de l'estomac, de la partie supérieure du tube digestif, outre celles de l'arbre respiratoire, on eut la preuve qu'elle avait fait avaler une plus grande quantité d'ammoniaque, en la versant dans la bouche du malheureux médecin. (Voir *Journal de Médecine*, 21 mai 1816.)

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 avril 1879.

L'empoisonnement par l'ammoniaque est remarquable par l'anxiété excessive qu'il produit, par les douleurs à l'épigastre et à la région dorsale correspondant au trajet de l'œsophage. Cette vive douleur dorsale est expressément signalée, aussi bien qu'une salivation presque inextinguible, que Fonssagrives a combattue efficacement par le chlorate de potasse.

La douleur est très-vive aussi au cou, la voix éteinte. Ainsi notre malade, qui cependant n'avait rien absorbé par les voies respiratoires, a présenté ces accidents : l'état de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques a suffi pour les déterminer.

Souvent des accidents, légers au début, se terminent plus tard par la mort : c'est par la stéatose viscérale, comme dans l'empoisonnement par le phosphore, l'arsenic, etc.

L'intelligence reste intacte jusqu'au dernier moment; de même dans l'empoisonnement par le phosphore, sauf dans la forme nerveuse.

On a été surpris de trouver la teinte subictérique : il ne faut pas s'en étonner, puisqu'il y a stéatose des organes, et du foie tout d'abord.

M. Potain a signalé des douleurs musculaires très-vives ; il a insisté sur ce phénomène. Je pense qu'on peut l'expliquer par la dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire, comme dans les cas d'empoisonnement par le phosphore.

L'eau sédative, qui renferme aussi beaucoup d'ammoniaque, produit les mêmes effets, mais surtout des phénomènes nerveux plus considérables, dus à la grande quantité de camphre.

Je terminerai cette histoire de deux formes d'empoisonnement par l'examen d'une question qui peut être embarrassante pour le médecin. Si un médecin se trouve en présence d'un malade qu'il soupçonne d'être empoisonné par le phosphore, à l'odeur alliacée des vomissements, à l'ictère, etc., que doit-il faire? Doit-il violer le secret médical, ou laisser se commettre un crime ? Il devra emporter les substances vomies chez lui, les examiner dans un cabinet obscur et chercher les grains de minium, les parcelles d'allumettes ou de soufre qui pourraient y être mélangées. S'il a acquis la certitude qu'il y a empoisonnement, il reviendra auprès de son malade, lui prescrira de l'essence de térébenthine, et fera voir à la famille qu'il a bien remarqué qu'il se passe là quelque chose d'extraordinaire : ce qui, le plus souvent, arrêtera les coupables dans leur tentative criminelle.

---

## HOPITAL MILITAIRE DE SAIDA

### Gangrène dans les fièvres paludéennes

Par M. le Dr Moty, médecin-major.

I

La gangrène dans les fièvres paludéennes a été signalée par quelques auteurs et niée par d'autres (1); dans tous les cas, les observations en sont trop rares pour que nous puissions laisser inédites celles que nous possédons et qui sont de nature à jeter un peu de jour sur certains points encore contestés de l'histoire de ces fièvres.

Obs. Ire. — D... (Arthur), soldat au 2e zouaves, de moyenne constitution, entre le 22 octobre 1872 à l'hôpital militaire de Saïda (Oran), pour une bronchite datant de huit jours.

Il a deux ans et demi de séjour en Afrique ; il est anémié par les atteintes antérieures de l'endémie, mais n'a pas actuellement d'accès de fièvre; il éprouve une certaine oppression et l'examen de la poitrine révèle : 1° une double bronchite de la base; 2° du côté du cœur un souffle systolique doux symptomatique d'une myocardite palustre. Rien de notable du côté des voies digestives. La rate mesure à la percussion 11 centimètres en hauteur sur 8 en largeur.

22 octobre. — Régime : alimentation légère, vin de quinquina ferrugineux, potion morphinée à 0 gr. 01, kermétisée à 0,2.

1er novembre. — La bronchite est améliorée, mais les bruits du cœur sont dédoublés; il y en a quatre d'une durée à peu près égale et suivis d'un silence assez court. Même régime.

2 novembre. — Léger accès de fièvre ce matin. Sulfate de quinine, 1 gramme à dix heures du soir. Supprimer la potion kermétisée. Même régime d'ailleurs.

7 novembre. — Les accès de fièvre ont disparu, mais l'état général reste mauvais ; le dédoublement des bruits du cœur n'existe plus, mais le souffle persiste ; il se forme depuis deux jours, immédiatement au-dessous et à gauche de l'ombilic, un gonflement avec empâtement profond de 5 centimètres de diamètre environ, mal limité et très-douloureux à la pression, présentant une coloration vaguement bleuâtre qui rappelle les ecchymoses profondes.

Nous appelons en consultation M. le docteur Autellet, notre compagnon d'Afrique et camarade de promotion; mais l'examen le plus complet ne nous permet pas de préciser le diagnostic; nous adoptons sous toutes réserves l'idée d'une thrombose veineuse. Traitement : frictions mercurielles et cataplasme.

8 novembre. — Température du soir, 40°. Même état local, accès de fièvre le soir; sulfate de quinine, 1 gramme.

9 novembre. — Température : matin, 39,4 ; soir, 38,8. La tuméfaction augmente, l'état général est mauvais ; affaissement progressif, intelligence nette; même traitement; les urines renferment des traces d'albumine, mais pas de sucre.

10 novembre. — Température : matin, 38,2 ; soir, 39,6. Le mal a fait des progrès, un gonflement œdémateux apparaît dans l'aine en bas et dans l'aisselle en haut; douleurs très-vives sur tout le côté gauche du tronc; l'ombilic est un peu moins sensible, mais l'aspect des parties n'a pas changé. Il semble y avoir de la matité sous l'empâtement, toutefois la percussion est trop douloureuse pour donner des résultats significatifs. Même état du cœur : selles quotidiennes, deux à trois mictions dans la journée ; langue nette, humide, un peu pâle ; pouls faible à 90 pulsations. Même traitement; vin de cannelle au lieu de vin de quinquina.

11 novembre. — Température : matin, 36,85 ; soir, 38,4. L'affaissement progresse. Il se forme deux plaques gangréneuses d'un rouge vineux, superficielles, du diamètre d'une pièce de 2 francs au-dessous du pli de l'aine; la langue reste bonne et l'intelligence nette. Même traitement.

12 novembre. — Température : matin, 37,4. Pas de selle hier, la prostration augmente ainsi que la tuméfaction de tout le côté gauche; les eschares gangréneuses de la racine de la cuisse s'étendent rapidement; elles restent sèches, mais de petites bulles, préludes d'une gangrène humide, apparaissent sur la peau qui les environne.

13 novembre. — État général grave; pouls à 120, les deux eschares de la cuisse se sont rejointes, la gangrène apparaît dans le creux de l'aisselle.

14 novembre. — Les eschares s'étendent, la prostration est extrême. Mort à quatre heures du soir.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

La rigidité cadavérique ne persiste qu'aux extrémités. Large tache ecchymotique naissant de l'ombilic et se prolongeant transversalement du côté gauche jusqu'à un décimètre au-delà de la colonne vertébrale, remontant obliquement jusqu'au sommet du creux de l'aisselle et descendant jusqu'au milieu de la face externe de la cuisse.

A 5 centimètres au-dessous du pli de l'aine, eschare gangréneuse sèche entourée d'une zone ecchymotique foncée couverte de

---

(1) Maurice Raynaud. (Article *Gangrène* du *Dictionnaire* de Jaccoud.)

phlyctènes; cette zone, de forme elliptique, offre un grand diamètre à peu près vertical d'un décimètre environ; on trouve dans le creux de l'aisselle une tache semblable moins étendue, sans eschare sèche centrale. En un mot, tout le côté gauche du tronc est converti en un vaste foyer de gangrène humide plus ou moins avancée dans son évolution, mal limitée, de coloration plus foncée au pli de l'aine et dans l'aisselle. Il s'en écoule à l'incision une abondante sérosité trouble, rougeâtre et d'odeur gangréneuse; la couche musculaire est infiltrée dans toute son épaisseur par cette sérosité.

L'abdomen est ouvert avec précaution, le péritoine est intact; au niveau de l'ombilic les tissus sont gangrénés jusqu'au péritoine exclusivement; au voisinage de l'ouraque, petit noyau ecchymotique correspondant au point de départ de l'affection; ce noyau, petit et mou, de couleur violacée, semble dû à un épanchement de sang veineux ou à une thrombose dans un petit vaisseau, mais son origine ne peut être nettement démontrée.

La muqueuse de l'estomac est complètement décolorée; l'intestin, grêle et pâle, contient peu de gaz et présente en plusieurs points des plaques jaunâtres œdémateuses indiquant une tendance à la gangrène; les vaisseaux mésentériques aboutissant à ces points ne présentent aucune lésion.

Le gros intestin, ballonné dans sa portion transverse, contracté dans sa portion descendante, contient une assez grande quantité de matières fécales consistantes.

Le foie est volumineux ; il présente de gros noyaux disséminés, colorés en jaune et de consistance assez ferme.

Les reins sont petits et légèrement bosselés. La rate est très-volumineuse; elle a 20 centimètres dans son grand diamètre, 14 dans sa largeur, et pèse 1,430 grammes; son tissu est dur et cassant.

Les vaisseaux de l'abdomen ne présentent aucune altération appréciable.

*Cavité thoracique.* — Pas de liquide dans les cavités pleurales, cependant un peu d'injection de la plèvre pariétale gauche; les poumons sont flasques, de couleur ardoisée, pâle, et renferment très-peu de sang.

Le poumon droit, perméable dans toute son étendue, présente cependant dans son lobe inférieur cinq ou six points d'induration que nous considérons comme des infarctus; leur forme est conique, leur plus grand diamètre de 0m,01, et leur sommet est dirigé vers la racine du poumon; le lobe moyen n'offre qu'un seul de ces noyaux; il n'y en a pas dans le lobe supérieur.

Le poumon gauche, contigu aux points de la paroi thoracique envahi par la gangrène, présente à sa base une zone d'hépatisation de couleur grisâtre d'autant plus foncée qu'on se rapproche davantage des foyers gangréneux voisins; il y a trois noyaux d'infarctus dans son lobe moyen.

Le cœur, peu volumineux, est pâle et flasque; ses valvules sont intactes ainsi que tout l'endocarde; on trouve seulement une petite nodosité aplatie et probablement très-ancienne dans l'une des valvules aortiques. Les gros vaisseaux sont intacts.

*Cerveau.* — Quelques petites ecchymoses dans les méninges; la substance cérébrale est très-pâle et très-consistante; les ventricules et les différentes artères ne présentent rien de particulier.

L'intérêt de cette observation réside tout entier dans l'apparition chez un sujet impaludé d'une gangrène dyscrasique très-remarquable, au point de vue clinique, par ses débuts insidieux et son point de départ insolite; elle prend sa source à l'ombilic, dans une région où la circulation est assurée par de très-nombreuses anastomoses, gagne la cuisse gauche où apparaît la première eschare et remonte ensuite le long du flanc du même côté jusque dans l'aisselle. Dès que la première eschare est formée, la marche de l'affection s'accélère et devient très-rapide dans les derniers moments de la vie.

Il est regrettable que la moelle épinière n'ait pas été examinée. Le malade ne se plaignit jamais de douleurs de reins, et rien du côté de la sensibilité ou de la motalité, rien dans le fonctionnement de la vessie, n'appela notre attention sur le système rachidien, rien ne fait donc supposer une lésion de la moelle. Quant aux urines, elles étaient rares et à peu près normales; il n'y a donc pas à chercher ailleurs que dans le paludisme, dont les caractères étaient fortement accusés, la cause de la complication gangréneuse.

En effet, la fièvre rémittente fut très-meurtrière à Saïda cette année-là; quelques cas de fièvre typhoïde grave apparurent en même temps que l'endémie palustre atteignait son maximum d'intensité (septembre-octobre), et les deux affections réagirent si bien l'une sur l'autre qu'un certain nombre de cas restèrent indéterminés. Cette constitution médicale fâcheuse eut des effets prolongés, et beaucoup de convalescents allèrent mourir dans leurs familles après avoir traversé péniblement dans nos salles une longue période de crises. Dans le cas qui nous occupe, le principal facteur du processus gangréneux fut donc un état dyscrasique du sang, attesté par la désorganisation de la rate; mais sa puissance fut sans doute augmentée par une prédisposition individuelle dont la nature nous échappe.

## HYDROLOGIE

### DES EAUX BICARBONATÉES SODIQUES FORTES DE VALS.

### VI

Sous le même abri d'un charmant chalet suisse coulent les deux sources *Rigolette* et *Désirée*. Nous pourrions faire une étude comparative de l'action de ces deux eaux-sœurs; mais, pour plus de clarté et pour bien faire connaître leurs propriétés, nous en ferons d'abord l'histoire séparément en commençant par la *Désirée*.

La *Désirée* a une température de 16° centigrades; sa saveur est alcaline, mais, *sui generis*, elle se rapproche beaucoup de celle de l'eau contenue dans les huîtres. La première surprise passée, on s'y fait très-vite; les mangeurs d'huîtres ne se font pas prier pour avaler cette eau qui leur paraît même très-agréable.

La *Désirée* présente la composition suivante :

| | |
|---|---|
| Acide carbonique libre | 2.145 |
| Bicarbonate de soude | 6.040 |
| — de potasse | 0.263 |
| — de chaux | 0.571 |
| — de magnésie | 0.900 |
| — de fer et mang | 0.010 |
| Chlorure de sodium | 0.100 |
| Sulfate de soude et chaux | 0.200 |
| Silicate et silice, alumine | 0.058 |
| Iodure alcal., arsenic, lithine | Traces. |

Cette composition donne aux eaux de la source *Désirée* un caractère laxatif très-précieux. Il ne faut pas s'arrêter à la dose relativement minime du bicarbonate de magnésie. Un gramme par litre semble dose très-minime, mais que l'on fasse continuer pendant quatre ou cinq jours l'usage de cette eau, et l'on voit que cette dose, qui paraissait d'abord faible, est parfaitement suffisante pour détruire la constipation et souvent même pour produire des selles diarrhéiques. Clermont (de Lyon) a bien caractérisé cette action lorsqu'il a dit que l'eau de la *Désirée* était purgative, non à la manière des eaux de Sedlitz, de Pullna ou de Niederbronn, mais comme celle que l'on employait sous le nom d'*eau magnésienne saturée* et qui n'était autre qu'une dissolution de carbonate de magnésie dans l'eau, obtenue au moyen d'une addition d'acide carbonique. Cette eau magnésienne saturée n'était qu'une eau artificielle; la *Désirée* a ses propriétés, elle est naturelle et emprunte, — comme on le voit toujours, — à cette origine naturelle

un ensemble de propriétés et une physionomie toute particulière.

La quantité d'acide carbonique dont est chargée la *Désirée* a encore une véritable importance; après l'eau de la *Magdeleine*, c'est elle qui contient le plus de bicarbonate de soude. Elle n'a que 10 milligrammes de fer; c'est donc son action élective purgative qui forme sa caractéristique.

Le lecteur n'a pas oublié l'action de la source *Précieuse* : les troubles morbides qui réclament l'emploi de l'eau de cette source sont à peu près les mêmes que ceux que l'on envoie à la *Désirée*. Mais il ne faut pas perdre de vue cette distinction très-nette et qui ne saurait échapper aux praticiens : c'est que cette action, presque similaire, présente toutefois une nuance importante à observer. Quand on veut obtenir par les eaux sodo-magnésiques un relâchement médiocre du ventre, c'est à la source *Précieuse* qu'il faut s'adresser, et on peut en continuer l'usage, sans crainte d'en abuser, un ou même deux mois, comme d'une médecine d'entraînement. Elle agit très-bien dans les dyspepsies et les constipations lymphatiques. Mais, si l'on a affaire à une constipation plus rebelle, plus idiopathique, c'est à l'eau de la source *Désirée* qu'il faut avoir recours, car son action laxative plus marquée peut être considérée comme le commencement d'une véritable révulsion sur l'intestin.

Il y a, dans cette observation que nous devons à Clermont (de Lyon), un enseignement très-bien observé et qui doit guider la pratique.

Toutes les affections qui demandent une action sur l'intestin seront donc tributaires de la source *Désirée*. Dans la gastro-entérite chronique, alors qu'au premier degré d'irritation la sécrétion des flux muqueux est diminuée, c'est à la source *Désirée* qu'il faut adresser le malade, puisque la constipation domine. Mais, lorsque la maladie avance, que les selles sont devenues liquides, et que la maladie passe ainsi à l'état chronique, ce n'est plus à la *Désirée*, mais à la *Magdeleine* qu'il faut demander l'action tonique reconstituante. Ce simple exemple montre très-nettement ce qu'on peut attendre de l'usage raisonné de ces sources.

L'eau de la source *Désirée* a réussi également, dans l'entérite chronique, alors que l'état morbide de l'intestin entretenait une alternative de diarrhée et de constipation, due probablement à une irritation lymphatique du rectum.

Nous terminerons cet article par une observation de *gastrorrhée*, où nous verrons la constipation opiniâtre s'améliorer sous l'action de la Désirée, pour disparaître par une action prolongée de cette eau.

M. Est..., de Venterol (Drôme), âgé de cinquante-deux ans, a été envoyé à Vals par un confrère très-distingué de Nyons, M. le docteur Long.

Depuis deux ans, M. Est... est atteint de troubles digestifs et d'une constipation rebelle. Ce qui l'inquiète beaucoup et ce qui l'a engagé à venir à Vals, ce sont des régurgitations de matières glaireuses, survenant le matin et parfois dans la journée, deux ou trois heures après avoir mangé.

Le 22 juillet, jour d'arrivée, le malade a la langue blanche, l'estomac un peu tendu, quoique indolore; d'ailleurs l'appétit est bon, le pouls calme et régulier. En somme, il se plaint de trois choses : de régurgitation, de constipation, et d'une légère douleur au genou gauche, où il perçoit un petit craquement en marchant (préexistence d'un rhumatisme à l'état morbide stomacal) : ce dernier phénomène n'est pas constant, il ne reparaît que de temps à autre.

*Prescription :* trois verres, soir et matin, de l'eau de la *Désirée*.

Le 29, la constipation est vaincue, et les régurgitations diminuent de fréquence et de quantité, mais la douleur du genou paraît augmenter. Une genouillère de flanelle, des bains alcalins et quelques frictions avec le baume opodeldoch la font bientôt disparaître.

Le 14 août, le malade part, à peu près, mais non complètement délivré de sa gastrorrhée ; ce qui l'engage à se faire suivre d'une caisse d'eau minérale de la *Désirée*.

Le vertige intestinal, alors même qu'il dure depuis plusieurs mois, cède à l'usage de la *Désirée*. Nous aurons à revenir sur ce point intéressant.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 avril 1879. — Présidence de M. Roger.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Armand Gautier dans la section de physique et de chimie médicales.

M. Gautier, présent à la séance, est invité à prendre place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° deux rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales d'Ax et d'Uriage; 2° une demande en autorisation d'exploiter, en France, pour l'usage médical, l'eau minérale salso-iodurée de la fontaine de Sales, près Rivanazzano (Italie). (Comm. des eaux minérales.)

M. le ministre des États-Unis demande quelques indications sur les mesures sanitaires préventives et curatives contre la rage.

M. le docteur Seure (de Saint-Germain-en-Laye) dépose un pli cacheté. (Accepté.)

M. le docteur Azam (de Bordeaux), à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, adresse un mémoire sur la réunion primitive et le pansement des grandes plaies.

MM. Mathieu fils déposent un pli cacheté.

M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. Burdel (de Vierzon), Simonin (de Nancy), Seux (de Marseille), Rouget (de Montpellier) et West (de Londres), membres correspondants, assistent à la séance.

M. le président fait part ensuite à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Gubler, membre titulaire dans la section de thérapeutique.

### PRÉSENTATIONS

M. DELPECH, au nom de M. de Wecker, présente un volume intitulé : *Thérapeutique oculaire.*

M. DEVERGIE présente, de la part de M. le docteur Hédouin deux brochures, l'une sur la dyspepsie, l'autre sur la médication marine.

M. LARREY présente, de la part de M. Charles Brames (de Tours), un mémoire manuscrit sur l'acné.

### LECTURES

**Cancer et tubercule.** — M. LE DOCTEUR ED. BURDEL (de Vierzon), membre correspondant, donne lecture d'un travail intitulé : *Cancer et tubercule développé chez le même sujet.*

Dans ce travail M. Burdel rapporte une observation qui complète l'étude qu'il a déjà faite sur la relation étiologique du cancer avec le tubercule, et dont il a soumis les résultats à l'Académie il y a quelques années.

Cette observation démontre le développement bien distinct de ces deux états, cancer d'abord, puis tubercule apparaissant ensuite simultanément chez le même sujet à quinze mois de distance, le premier s'effaçant après l'ablation, pour laisser place quelque temps après à l'autre, c'est-à-dire à l'apparition de la tuberculose. Elle fait voir, en outre, combien est grande et intime la relation qui existe entre ces deux états nécrobiosiques; elle établit, enfin, d'une façon péremptoire cette loi pathogénique de la tuberculose prenant sa source dans le cancer.

**Eaux minérales.** — M. LE DOCTEUR DEBOUT D'ESTRÉES, inspecteur des eaux de Contrexéville, présente le résultat de l'analyse spectroscopique de cette eau minérale faite au laboratoire de la Faculté avec le concours de M. Wilm, chef des travaux chimiques.

Les conclusions de l'auteur établissent que le spectroscope a permis de constater dans l'eau de Contrexéville la raie jaune du sodium, la raie rouge du lithium, la raie rouge et la raie verte du calcium, la raie rouge et la raie violette du potassium. Pas de trace de cæsium, de rubidium et de strontiane, cette dernière ayant été signalée à tort dans une analyse faite par O. Henry.

En outre, un dosage de la lithine en fixe la quantité à 4 milligrammes de bicarbonate de lithine par litre, chiffre d'ailleurs conforme à celui indiqué par M. Debray, de l'Institut. (Renvoyé à la Commission des eaux minérales).

**COMMUNICATION**

**M. JACCOUD** fait une communication verbale sur la pleurésie aiguë multiloculaire (voir le premier-Paris).

**RAPPORT**

**M. MARROTTE** commence la lecture du rapport sur le prix Godard.

La séance est levée à cinq heures.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Corps de santé militaire.* — M. le médecin principal de 1re classe Garnier; MM. les médecins principaux de 2e classe Leroux, Herbecq et Lavigne; MM. les médecins-majors de 1re classe Fleury, Bigot, Cavaroz, Toussaint, Damien et de Sotomayor; MM. les pharmaciens principaux de 1re classe Delezenne et Latour prennent leurs retraites.

M. le médecin aide-major de 1re classe Thuet vient de donner sa démission.

— M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le lundi 28 avril 1879 à quatre heures (petit amphithéâtre) et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Il traitera des attentats contre la vie et des attentats aux mœurs.

— Le docteur Albert Robin reprendra son cours de pathologie interne, le jeudi 24 avril, amphithéâtre no 2 de l'École pratique, à quatre heures. Le cours aura lieu les mardis, jeudis, samedis.

— *Muséum.* — M. le professeur de Quatrefages commencera le cours d'anthropologie ou histoire naturelle de l'homme, le mardi 29 avril et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à trois heures.

Le professeur commencera cette année l'étude des questions générales se rattachant à l'anthropologie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Avis.* — M. Sartre est prévenu qu'il subira le premier examen de doctorat (anatomie, physiologie) le vendredi 25 avril 1879 à huit heures précises du matin pour la préparation à l'École pratique.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 8123.

## Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS. Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

## Maladies de la peau

Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LÉPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le docteur CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc.

Dépôt général à Paris : Pharm. FOURNIER, 56, rue d'Anjou Saint-Honoré. — Et pour la vente en gros : pharm. LABÉLONYE, 99, rue d'Aboufir, Paris, se trouvent dans toutes les pharmacies.

## Papier Rigollot

Les succès immenses de cette excellente invention ont eu pour effet immédiat d'exciter les *appétits de lucre* d'une foule de *contrefacteurs* ou *imitateurs*, dont l'indignation publique en différents pays a fait invariablement justice.

Mais, malheureusement, il se trouve dans le commerce des détaillants *assez nécessiteux* et *assez peu scrupuleux* pour vouloir réaliser *quand même de plus grands bénéfices*, et qui, à une demande clairement formulée de PAPIER RIGOLLOT, répondent en donnant à l'acheteur un des produits dont nous venons de parler plus haut.

Nous engageons vivement Messieurs les médecins à se tenir en garde et à n'accepter que les produits véritables, après examen scrupuleux et attentif.

Sur chaque feuille de PAPIER RIGOLLOT, exiger la signature ci-contre. *P. Rigollot*

## Granules antimoniaux du docteur PAPILLAUD.

**Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.**

**Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.**

**Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, r. Montmartre.**

**Sirop reconstituant**

## D'Arséniate de fer soluble

**de A. CLERMONT**

Licencié ès sciences, ex interne des hôpitaux de Paris, pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'emploi de ce produit, d'une absorption sûre et régulière, est indiqué dans les diverses formes de l'anémie, la cachexie paludéenne, la phthisie, les maladies de la peau, les névralgies, le diabète, etc. Prendre de une à quatre cuillerées à café avant les deux principaux repas. Chaque cuillerée à café représente 1 milligr. d'arséniate de fer soluble.

2 fr. 50 le flacon portant la signature ci-contre : *A. Clermont*

Détail : 25, rue de Grammont, Paris et toutes Phies. Gros : Grillon, 27, rue de Rambuteau, Paris.

## Sirop du docteur Demesse,

diurétique (Codex n° 380) et sédatif, *à la cissampeline.*

Heureuse modification des formules diurétiques du codex (cissampelos caapeba, associé à la digitale, à la scille, etc.).

Vingt années d'expériences comparatives prouvent la supériorité incontestable de cette préparation dans les *hydropysies, œdèmes rebelles, pleurésies et bronchites chroniques, albuminuries,* et dans tous les cas où les *diurétiques* et les *sédatifs* sont indiqués.

Dépôt général chez M. Legras, pharmacien-préparateur, 222, faub. St-Denis, à Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies. Prix : 5 fr. le flacon.

## Anti-goutteux à l'iodure de LITHIUM FERRUGINEUX du Dr Ate LACOTE

**Dragées contenant chacune 0,10 centigrammes de principe actif. — Brochure explicative.**

***Vente en gros :* HUGOT, 19, rue Vieille-du-Temple, Paris.**

**Vente en détail : dans toutes les bonnes pharm.**

## Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

## Elixir et Vin de Coca,

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alibiles, là où le quinquina est impuissant.

E. FOURNIER et Ce, 56, r. d'Anjou Saint-Honoré.

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

## Liqueur de Laprade

A L'ALBUMINATE DE FER

Seule employée par les médecins des hôpitaux de Paris : ***MM. Féréol, M. Raynaud, Dolbeau, Demarquay, Dujardin-Beaumetz, Nicaise,*** et les gynécologistes les plus compétents, cette préparation, d'un goût agréable, est acceptée sans répugnance par les malades, ce qui la rend précieuse pour les jeunes filles chez lesquelles la menstruation est pénible.

« Contre l'anémie des femmes atteintes d'affections utérines chroniques, les résultats ont toujours été remarquables; il en fut de même d'un nombre respectable de chloroses traitées par la même préparation..... Nous préférons la forme de liqueur pour l'albuminate, parce qu'elle est plus absorbable et surtout parfaitement supportée par l'estomac. » (*Gaz. des Hôp.*)

La LIQUEUR DE LAPRADE, à l'albuminate de fer, se prend à la dose d'une cuillerée à chaque repas.

A la phie, 20, fbg Poissonnière, toutes les pharm.

NÉVRALGIES — MIGRAINES

## Gelsemium sempervirens

une à cinq pilules au maximum en 24 heures

**ELIXIR ANTI-NÉVRALGIQUE**

une à cinq cuillerées à café en 24 heures.

**TEINTURE DE GELSEMIUM**

en petits flacons pour MM. les Médecins.

Exiger la signature du Dr FOURNIER, pharmacien de première classe. Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

## Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Écoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DEPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

## Fer-Diastasé assimilable

du Dr V. BAUD

**Sous la forme de granules bien dosés, un sel de FER combiné à la diastase par la germination des graines de cresson, devient le plus facile et le plus actif des *ferrugineux.* — Sans saveur ni cause d'irritation, il se trouve indiqué contre l'*anémie*, la *chlorose*, etc.**

**Paris, 22 et 19 r. Drouot.** *Dr V. Baud*

## Salicol Dusaule

DÉSINFECTANT — ANTISEPTIQUE

ANTIÉPIDÉMIQUE — CICATRISANT

(Solution d'acide salicylique dans du méthylène.

Le peu de solubilité de l'acide salicylique n'avait pas permis d'en tirer jusqu'à présent tout le parti qu'on était en droit d'en attendre comme antiseptique et désinfectant. En employant le méthylène qui le dissout en toutes proportions, on a rendu à l'acide salicylique toute sa puissance antiseptique en y ajoutant l'action désinfectante également très-énergique des phénols et autres hydrocarbures représentés par le méthylène. Le salicol possède en outre l'odeur extrêmement agréable du méthylène; il n'est ni caustique ni vénéneux. Il est donc supérieur aux antiseptiques généralement employés dans le pansement des plaies ou autres usages.

Paris, 97, rue de Rennes, et les pharmacies.

## Épilepsie. Hystérie. Névroses

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

## Névroses. — Sirop Collas

**au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 ou 3 cuillerées par jour.**

**Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.**

## Diathèse urique. Pilules Collas

**au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.**

**Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.**

**Dépôt pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.**

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

## Capsules molles de Bourgeaud

**A LA CRÉOSOTE VRAIE**

et à **l'Huile de Foie de Morue,**

Formule des docteurs BOUCHARD et GIMBERT.

*Les seules employées dans les hôpitaux.*

BOURGEAUD, pharmacien, fournisseur des hôpitaux, 20, rue de Rambuteau, à Paris.

Ces capsules, à *enveloppe très-soluble*, d'*odeur agréable*, *à saveur sucrée*, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indication contraire, 2 centigr. de *créosote vraie* du goudron de hêtre et 50 centigr. d'huile de foie de morue. Les grosses, 5 centigrammes de *créosote vraie* et 2 grammes d'huile de foie de morue.

Dose : 5 à 10 *petites capsules* et 2 à 4 *grosses capsules* matin et soir, ou avant le repas, suivant l'avis du médecin. — LA BOITE, 4 FRANCS.

VIN et HUILES CRÉOSOTÉS. La Blle 5 fr.

## Thermes de Dax

(LANDES)

Fondée par les docteurs DELMAS et LARAUZA

Ouverts toute l'année.

*Méd. d'arg. avec dipl., Exp. Univ., Paris* 1878.

Résidence hivernale remarquable par l'uniformité de sa température intérieure (16° C) et son atmosphère minéralisée chaude et moite.

Unique en Europe *pour les malades de la poitrine, de la gorge, les arthritiques et les diabétiques, y séjournant.*

Eaux sulfatées, calciques, ferrugineuses, thermales. Boues végétales, minérales, chaudes. Eaux-mères des Salines de Dax, — appliquées avec succès contre :

Les *rhumatismes* simples, goutteux, noueux et leurs accidents consécutifs durables; *affections utérines, des voies génito-urinaires, névralgies, névroses, paralysies, anémie, lymphatisme, scrofule.*

APPARTEMENTS ET INSTALLATION BALNÉAIRE TRÈS-CONFORTABLES.

## Vin de Baudon **antimonio-phosphaté.**

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

*Utile pendant la grossesse et l'allaitement.*

Ph. BAUDON, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

## Constipation guérie

***sans purger* par les Pilules du PODOPHYLLE COIRRE. — Ce médicament peut être continué sans danger, même chez les femmes enceintes. — Il guérit radicalement en peu de jours les constipations habituelles les plus opiniâtres.**

**Prix : 3 fr. — GROS : 79, rue du Cherche-Midi. DÉTAIL : 97, rue de Rennes et dans les pharmacies.**

N° 48. — SAMEDI 26 AVRIL 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 26 AVRIL 1879. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### De l'influence de l'alcoolisme des parents sur la santé des enfants. — Épilepsie d'origine alcoolique.

Il est peu de sujets plus féconds en objets d'étude que l'alcoolisme. Nous avons souvent dans cette Revue l'occasion de citer des exemples de son influence funeste, soit sur la marche et l'issue des maladies communes, soit sur le traumatisme. « L'homme ne meurt pas, il se tue, » a dit Flourens. Si ce n'est pas à propos de l'alcoolisme qu'il a formulé cette proposition, on peut l'y appliquer au moins pour une large part. Mais si l'alcoolisme considéré au point de vue individuel offre un champ inépuisable d'observation, en nous montrant tous les degrés de déchéance organique et morale qu'il est capable de produire, la question s'élargit encore et s'élève à un bien autre degré de gravité quand on l'envisage au point de vue de son influence sur la descendance des alcoolisés. Elle prend alors les proportions d'une véritable question sociale. C'est la perspective des menaces que les progrès toujours croissants de l'alcoolisme font peser sur l'avenir de nos populations qui a si vivement ému dans ces dernières années presque tous les corps savants et les pouvoirs publics. On sait la part active que l'Académie de médecine et les Sociétés de tempérance ont prise à l'étude et à la vulgarisation de tout ce qui pouvait éclairer à cet égard l'opinion publique. Mais, malgré les recherches statistiques, cliniques et expérimentales sans nombre qui sont nées de ce concours d'efforts, il s'en faut que le sujet soit près d'être épuisé. Tous les jours l'observation clinique multiplie ses apports à la vaste enquête qui s'instruit. C'est de quelques-uns de ces derniers documents que nous avons à nous occuper en ce moment.

Assurément ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a soupçonné et constaté même les effets pernicieux de l'abus des boissons sur la descendance des buveurs. On en trouve des exemples dans les auteurs anciens, même les plus reculés. Mais, on peut le dire, c'est de nos jours seulement que datent les recherches cliniques sérieuses sur ce sujet. Cependant, avant la publication du célèbre ouvrage de Magnus Huss, qui a donné l'impulsion à toutes les études récentes sur ce sujet, un médecin allemand, exerçant à Moscou, Bruhl-Cramer, qui avait déjà assigné un nom particulier, que l'on a traduit depuis par celui de dipsomanie, à ce besoin invincible de boire qui constitue déjà par lui-même un état maladif avant toute la série des effets funestes qui en devront résulter, avait constaté que non-seulement les enfants des dipsomanes étaient exposés à une série d'accidents morbides, d'arrêts de développement et de signes divers de dégénérescence, mais encore qu'à certaines époques de leur existence ils devenaient dipsomanes à leur tour. C'est cette question si intéressante des dégénérescences acquises par suite des excès alcooliques et transmises des parents à leur descendance que M. Lancereaux, auquel on doit déjà, comme tout le monde le sait, l'excellent article *Alcoolisme* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, a consacré une étude nouvelle dont les éléments principaux lui ont été fournis par ses observations cliniques dans les hôpitaux et dans la pratique civile.

Les points que M. Lancereaux a surtout cherché à mettre en relief dans ce nouveau travail sont les suivants : Les désordres purement fonctionnels constituent le degré le plus faible de l'alcoolisme héréditaire ; ils sont fréquents, sinon constants, chez les descendants de l'individu alcoolisé. En interrogeant sur leurs antécédents de famille les jeunes filles atteintes d'hystérie, presque toujours il a découvert des excès alcooliques chez l'un des parents. Les enfants des deux sexes qui sont manifestement prédisposés aux convulsions et chez lesquels ces troubles fonctionnels se manifestent à l'occasion de la moindre excitation, sont presque toujours issus de parents alcooliques.

M. Lancereaux rapporte, à cette occasion, l'histoire d'un jeune garçon de sept ans pour lequel il fut appelé au moment où il venait d'être pris, après un repas, de convulsions épileptiformes qui se répétèrent à plusieurs reprises dans l'espace de quelques heures, avec des intervalles d'immobilité, avec pâleur cadavérique et suspension de la respiration, qui simulaient la mort. Quelques jours après cet enfant rendit deux énormes lombrics. Né d'un père alcoolique, qui tenait lui-même cette passion de ses ascendants, cet enfant présentait, par suite de cette influence héréditaire, une excitabilité réflexe excessive que la présence seule des vers dans l'intestin avait suffi à manifester avec l'intensité insolite que l'on vient de voir. Les faits de ce genre ne doivent pas être rares.

A ces indications rapides des phénomènes excito-moteurs

résultant de l'hérédité alcoolique, M. Lancereaux ajoute l'indication de l'état intellectuel et des tendances morales des descendants d'ivrognes en apparence bien conformés.

Les enfants des ouvriers de Paris, qui usent chaque jour de liqueurs frelatées, ont, en général, une intelligence précoce, mais les espérances qu'ils donnent dans les premières années se réalisent rarement. Chez quelques-uns il survient des convulsions qui souvent les tuent ou qui cessent pour reparaître ensuite à l'époque de la puberté sous la forme d'attaques épileptiques. Chez d'autres il se développe une méningite tuberculeuse qui les emporte. Ceux qui ne meurent pas présentent bientôt un arrêt dans le développement de leur intelligence.

Les descendants des buveurs ont, sans que l'imitation y soit pour rien, une appétence particulière pour les boissons alcooliques. C'est en général à l'époque des grands mouvements physiologiques qu'elle se révèle, à la puberté ou quelquefois plus tard, à l'occasion d'une maladie chez la femme, dans le cours d'une grossesse ou à l'époque de la ménopause. Avec cette tendance, tantôt continue, tantôt simplement intermittente, coexistent assez généralement des instincts mauvais, des penchants vicieux, ainsi que Morel en avait déjà consigné la remarque dans son livre si remarquable sur les dégénérescences.

Dans d'autres catégories de faits, c'est par des vices de conformation organique que se manifeste l'effet éloigné de l'alcoolisme des parents. Les désordres matériels qui sont le fait de l'hérédité alcoolique consistent en des lésions inflammatoires des centres nerveux qui varient suivant l'âge. Pendant la période embryonnaire, ce sont des malformations de l'encéphale. Survenant chez le fœtus ou dans le jeune âge, les désordres héréditaires de l'alcoolisme se traduisent encore par des lésions qui s'opposent au complet développement des organes : atrophies partielles des hémisphères cérébraux, suivies de toutes leurs conséquences, paralysie infantile, épilepsie, etc.

C'est surtout sur l'épilepsie, déjà signalée depuis longtemps comme l'une des conséquences les plus communes de l'alcoolisme des parents, que se sont appesantis le plus les observateurs dans ces derniers temps. L'un des anciens élèves de M. Lancereaux, devenu depuis interne de M. Delasiauve à la Salpêtrière, à l'instigation de son premier maître, a entrepris pendant son séjour à cet hospice des recherches dont les résultats méritent que nous les résumions ici. Ce sera le complément de l'esquisse rapide que nous venons de tracer, d'après M. Lancereaux, de l'alcoolisme héréditaire.

M. Martin, pendant son exercice d'internat à la Salpêtrière, sur 150 aliénées épileptiques du service auquel il était attaché, a pu recueillir 83 observations dans lesquelles les renseignements sur les familles ont été puisés aux meilleures sources. Sur ces 83 enfants et adultes épileptiques et hystériques, il a pu contempler un grand nombre de fois les ravages exercés par les maladies du système nerveux sur les descendants d'alcooliques. Il a réuni toutes ses observations en deux catégories distinctes, l'une dans laquelle il a compris les cas où les habitudes alcooliques pouvaient être considérées comme certaines, l'autre comprenant les cas douteux à ce point de vue et dans lesquels l'alcoolisme n'a pu être que soupçonné pour quelques-uns.

La première catégorie comprend 60 malades, c'est-à-dire plus des deux tiers.

Les 60 filles épileptiques de cette première catégorie avaient eu 244 frères ou sœurs; sur ce nombre, 48 ont été affectés de convulsions de la première enfance; 132 étaient morts en 1874 et 112 seulement vivaient encore. Parmi les vivants, la plupart très-jeunes encore, quelques-uns avaient le système nerveux plus ou moins gravement atteint.

Dans la deuxième catégorie, 23 filles épileptiques ont eu 83 frères ou sœurs, parmi lesquels 10 seulement ont eu des convulsions, et, 37 étant morts en 1874, 46 vivaient encore.

Ainsi dans le groupe des alcooliques avérés, un cinquième de leurs enfants ont eu des convulsions et plus de la moitié sont morts presque tous très-jeunes; tandis que dans le groupe où l'alcoolisme était douteux ou nul, les convulsions n'ont frappé qu'un huitième des enfants, et le plus grand nombre vivait encore à l'époque où les observations ont été faites.

Chez les malades elles-mêmes, les convulsions du premier âge ont précédé d'une ou de plusieurs années les crises épileptiques qui n'ont éclaté que plus tard, sous l'influence de causes insignifiantes. En ne tenant pas compte de cinq malades sur lesquelles les détails manquent, on trouve que, sur 78 épileptiques, 50 avaient d'abord eu des convulsions éclamptiques fort distinctes de l'épilepsie.

Additionnant toutes ces statistiques partielles, on voit que 83 familles dans lesquelles un ou plusieurs membres présentaient une surexcitation nerveuse d'origine alcoolique ont eu 410 enfants. Sur ce nombre 108, c'est-à-dire plus du quart, ont eu des convulsions, et, en 1874, 169 étaient morts, tandis que 241 vivaient encore; mais 83, c'est-à-dire plus du tiers des survivants, étaient épileptiques.

## Des rapports de la phosphaturie avec les lésions osseuses.

Dans la très-remarquable thèse sur le diabète phosphatique, que M. Verneuil a citée avec de justes éloges dans sa dernière communication à l'Académie de médecine, M. le docteur Teissier fils (de Lyon) a noté deux points qui intéressent vivement la chirurgie, savoir : la coïncidence de diverses affections oculaires, de la cataracte en particulier, avec la phosphaturie, ce nouveau diabète qu'il a introduit dans le cadre nosologique, et l'influence de ce même diabète sur le cal des fractures. C'est sur ce dernier point que M. Verneuil a dirigé les quelques recherches nouvelles qu'il a communiquées à ses collègues et dont nous avons fait connaître les conclusions générales dans notre numéro du 10 avril. Nous avons pensé que la valeur de ces conclusions qui, il faut bien le dire, dans la pensée même de M. Verneuil, ne sont encore que provisoires, ne pourrait que gagner dans l'esprit de nos lecteurs à un exposé succinct des faits qui leur ont servi de base.

Le premier fait qui a provoqué l'attention de M. Verneuil sur ce sujet est celui d'une jeune dame des environs de Paris, à laquelle il eut à pratiquer une opération très-simple pour une lésion presque insignifiante en apparence, l'ablation d'un fibrome cutané du volume d'une noix, siégeant à la partie postérieure de la cuisse. Les suites de l'opération chez cette malade ne furent pas aussi simples qu'il y avait lieu de l'espérer. A son réveil d'une chloroformisation qui avait été laborieuse, la malade accusa de violentes douleurs et manifesta une grande agitation. Le soir, du sang avait paru en assez grande abondance à la périphérie du pansement, qui dut être enlevé. Une artériole donnait encore ; elle fut liée ; la plaie fut débarrassée des caillots et un nouveau pansement appliqué.

Les jours suivants, il y eut des douleurs dans le membre, du malaise, de l'inappétence, de la soif et un peu de fièvre.

Le quatrième jour, la plaie avait une mauvaise apparence et n'était point encore en voie de détersion.

Le huitième jour, il était survenu un phlegmon sous-aponévrotique occupant presque toute la longueur du membre, avec fièvre.

Surpris de la marche si mauvaise de cette plaie, M. Verneuil en chercha la cause dans un état constitutionnel qui aurait pu lui échapper. Il demanda à voir les urines, qui depuis l'opération étaient troubles et laissaient au fond du vase un abondant dépôt. Il apprit que le même phénomène se montrait quand la malade avait quelque émotion vive ou quelque fatigue exagérée. L'analyse de ces urines fit reconnaître que ce dépôt était constitué par une quantité énorme de phosphates terreux. Le phlegmon sous-aponévrotique suppura les jours suivants, et la plaie ne fut fermée qu'au bout de six à sept semaines.

Dès que les phénomènes inflammatoires locaux furent amendés, M. Verneuil prescrivit les préparations de quinquina et d'arsenic, qui lui parurent agir favorablement ; les forces reparurent peu à peu, et la malade rentra dans son état normal cinq mois environ après son opération.

Les deux faits suivants ont trait à des affections des os.

Le 27 février dernier, entrait dans la salle Saint-Louis de la Pitié un jeune homme de dix-sept ans qui, le matin même, s'était fracturé l'humérus à la partie supérieure, entre le col chirurgical et l'empreinte deltoïdienne. Cette fracture avait eu lieu par le seul fait d'une brusque contraction musculaire dans le sens du rapprochement des bras à demi fléchis contre la poitrine pour retenir une charge prête à s'échapper. Le bras fut placé dans une gouttière. Le lendemain on appliqua un appareil plâtré.

Ne comprenant guère comment un simple rapprochement des bras, si brusque qu'il eût été, avait pu fracturer l'humérus dans sa portion la plus épaisse, bien qu'il ne manque pas d'exemples de fractures par seule contraction musculaire, M. Verneuil se mit en quête d'une cause générale ou d'une lésion locale antérieure du point affecté qui pût lui en donner l'explication.

Les premiers interrogatoires et examens dirigés dans ce sens restèrent sans résultat. Le jeune homme ne souffrait nullement de son bras avant l'accident, il ne présentait aucun indice de scrofule ni d'aucune maladie constitutionnelle, enfin il paraissait jouir d'une bonne santé. Toutefois il rappela à M. Verneuil qu'il y avait environ dix-huit mois, il était entré dans son service pour un abcès sous-périostique de l'extrémité inférieure du fémur droit, qui avait nécessité le drainage et même plus tard l'extraction d'un séquestre volumineux, comprenant la moitié environ de l'épaisseur de la diaphyse fémorale.

Cet antécédent rapproché de la fragilité osseuse exceptionnelle, semblant indiquer une disposition maladive du système osseux, suggéra à M. Verneuil l'idée de rechercher quel était chez ce sujet l'état des urines. Il apprit alors de ce jeune homme que depuis longtemps il s'était aperçu d'une augmentation de quantité notable de ses urines, ainsi que d'une soif assez prononcée. Il rendait par jour, en moyenne, de 2,500 à 3,500 grammes d'urine claire, moyennement colorée et d'une assez grande densité. A l'analyse, on constata qu'elles ne contenaient ni albumine ni sucre, que l'urée y était en proportion à peu près normale, mais qu'en revanche il y avait un excès de phosphates (2,10 d'acide phosphorique et 5,50 de phosphates pour 3,300 grammes d'urine rendue en un jour).

Ainsi le fait de la phosphaturie, à l'âge même où s'effectue le plus grand développement du squelette, expliquait la diminution de la solidité osseuse et la production de la fracture par un effort minime.

L'autre malade, âgé de 16 ans, a été aussi atteint, comme celui-ci, d'ostéopériostite traumatique. A l'âge de sept ans, à la suite d'un coup violent reçu à la partie inférieure de la jambe droite, il eut une ostéite qui se termina par suppuration. Le membre, depuis cette époque, était resté un peu plus faible que l'autre. Dans ces derniers temps, sous l'influence de fatigues exagérées, le cou-de-pied est devenu sensible, et il s'est produit une déviation qui rend la station pénible, ce qui l'a engagé à entrer à l'hôpital. Aujourd'hui on constate les traces des anciens abcès. Le tiers inférieur du tibia est le siège d'une hyperostose considérable. L'état général, d'ailleurs, est satisfaisant. Le malade est mis au repos, le membre enfermé dans un appareil ouaté, et à l'usage de quelques toniques. Les urines examinées sont pâles, claires ; leur quantité dépasse quatre litres par jour. L'analyse y fait découvrir : 2,75 d'acide phosphorique et 7,00 de phosphates, pour la quantité d'urine rendue dans la journée.

Ici la polyurie et la phosphaturie étaient encore plus évidentes que dans le cas précédent.

Voilà deux faits dans lesquels la phosphaturie coïncide avec des lésions des os. Il est difficile de se défendre de l'idée d'une relation entre ces deux faits. Ainsi, le fait de la phosphaturie chez le premier sujet, à l'âge même où s'effectue le plus grand développement du squelette, pourrait expliquer la diminution de solidité osseuse et la production de la fracture sous l'influence d'un effort minime. Mais quelle a été dans ces deux cas l'origine de cette phosphaturie ? C'est ce qu'on ignore encore et ce qui devra faire l'objet de recherches ultérieures chez les sujets qui se présenteront avec des conditions analogues ou semblables à celles de ces deux malades.

Ces deux observations, comme on le voit, ne font que poser une question, mais une question d'un très-grand intérêt et sur laquelle il était utile d'appeler l'attention des observateurs.

Dr BROCHIN.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 avril 1879. — Présidence de M. TARNIER.

### LECTURES

**Nouveau mode de pansement des tumeurs blanches.** — M. SUCHARD expose un procédé de traitement des tumeurs blanches qui lui a été communiqué par un vieux médecin de Lausanne qui le tenait de Mayor. Il consiste à envelopper l'articulation malade dans une couche de *lint* pelucheux ou charpie anglaise enduite d'un mélange d'onguent mercuriel et de cérat camphré, et recouverte par des bandelettes de diachylon imbriquées, consolidées elles-mêmes par des attelles de cuir enduites de savon. On réalise ainsi immobilisation, compression élastique, action médicamenteuse spéciale du mercure. On change l'appareil tous les huit ou dix jours ; la suppuration serait notablement diminuée et le pus perdrait son odeur lorsque l'occlusion est parfaite.

**Résections du tibia.** — M. PAMARD (d'Avignon) a pratiqué deux opérations de résection sous-périostée du tibia pour des abcès de l'extrémité inférieure de cet os, chez des malades âgés de trente-

deux et trente-six ans. Dans les deux cas, l'os se reproduisit entièrement après la résection.

**M. VERNEUIL.** Ces observations démontrent qu'il ne s'agissait pas de séquestres, mais la reproduction de l'os a été incontestable.

**M. HOUEL.** Ces abcès épiphysaires ne communiquent pas avec le canal médullaire; s'ils pouvaient être vidés par la trépanation, la guérison pourrait être obtenue sans résection.

**M. TRÉLAT.** Dans ces deux cas, il y a eu de véritables abcès des os, de l'ostéite chronique généralisée, de l'ostéomyélite terminée par abcès. Si le diagnostic d'abcès des os est accepté, certainement la trépanation doit être pratiquée; mais, si l'os est altéré profondément, s'il est sur le point de devenir un séquestre, il ne suffit plus de faire la trépanation, qui serait insuffisante, il faut intervenir plus efficacement et pratiquer la résection comme l'a fait avec raison M. Pamard.

**M. DESPRÈS** pense que l'affection débute par une ostéite juxta-épiphysaire chronique, qui se forme pendant l'adolescence, à l'époque où les épiphyses ne sont pas encore soudées. Ce qui le prouve encore, c'est qu'on la trouve dans les points où il y a des ostéites épiphysaires aiguës. Il conviendrait, lorsqu'on observe ces affections au début, non-seulement de faire la trépanation, mais de passer un drain dès le début de l'abcès; mais on ne peut pas toujours trépaner, parce que le diagnostic est souvent incertain.

**M. TRÉLAT.** Le terme d'ostéite juxta-épiphysaire est impropre, car il y a aussi des abcès dans la continuité des os longs, par exemple le cas observé par M. Reverdin.

**M. LANNELONGUE.** Je préfère le terme d'ostéomyélite. L'affection naît, non pas au niveau du cartilage épiphysaire ou de la moelle centrale, mais au voisinage du cartilage, au niveau du point que j'ai décrit sous le nom de bulbe de l'os, entre le cartilage épiphysaire et l'encoche de soudure étudiée par M, Ranvier, entre le canal médullaire et le cartilage de conjugaison. Je l'appelle ostéomyélite parce qu'elle se développe en un point où il y a beaucoup de moelle, à l'âge de l'adolescence. L'affection ne débute pas par le canal médullaire, mais elle progresse vers l'articulation la plus voisine ou vers le canal médullaire qu'elle atteint très-rapidement, en quelques jours, souvent en quelques heures, et en provoquant des symptômes généraux typhiques. Dès que le diagnostic est fait, même s'il n'y a pas de pus sous le périoste, il faut trépaner au point de l'os très-douloureux. Si la moelle centrale est déjà enflammée, il faut pratiquer la résection. S'il y a des complications du côté de l'articulation ou du côté des viscères, il faut rapidement se décider à faire l'amputation. Quant au terme d'ostéite épiphysaire, je ne puis l'admettre puisque l'affection peut se développer dans des os qui n'ont pas d'épiphyses, tels que le calcanéum, l'épine et la fosse sous-épineuse de l'omoplate.

**Chondrome de la région sous-maxillaire et en particulier de la glande sous-maxillaire.** — **M. NEPVEU** lit l'observation d'une jeune femme atteinte d'un goître et d'un chondrome de la glande sous-maxillaire. M. Verneuil pratiqua l'énucléation de la dernière tumeur avec facilité. Il n'y a dans la science que dix observations de semblable tumeur. La guérison fut complète en deux ou trois semaines.

### PRÉSENTATION DE PIÈCES

**Embolie cardiaque.** — **M. POLAILLON** présente les pièces d'une femme, atteinte de psoïte suppurée, qui fut trouvée morte dans son lit à l'hôpital. L'autopsie démontra qu'il ne s'agissait pas d'une embolie pulmonaire comme on l'avait supposé d'abord, mais d'une véritable embolie cardiaque. Dans le cœur droit, l'oreillette et le ventricule étaient remplis par un énorme caillot étranglé par l'orifice auriculo-ventriculaire, de couleur grisâtre, semblable à ceux de l'agonie. En incisant ce caillot, on trouva à son centre une concrétion bien différente de la partie enveloppante et ayant la forme de la veine iliaque et de sa bifurcation. Cette concrétion centrale avait plusieurs centimètres de long et avait dû être le point de départ du caillot total qui remplissait le cœur droit.

**M. TILLAUX.** L'embolie cardiaque est peu connue. J'ai eu l'occasion d'en observer un exemple chez une femme qui tomba en syncope devant moi et succomba en quelques minutes. Du reste, l'embolie cardiaque n'est que la première phase de l'embolie pulmonaire; chez la malade de M. Polaillon, l'embolie n'a pu s'introduire dans l'artère pulmonaire, parce qu'elle était trop volumineuse; elle est restée dans le cœur. Dans les cas d'embolies cardiaques, les malades meurent par syncope; dans les cas d'embolies pulmonaires, ils meurent par asphyxie, encore faut-il que les deux artères pulmonaires soient oblitérées.

La séance est levée à cinq heures et demie.

---

Séance du 23 mars 1879. — Présidence de M. TILLAUX.

### CORRESPONDANCE

**Inversion utérine; ligature élastique.** — **M. CHAUVEL**, membre correspondant, adresse à la Société l'observation d'une jeune femme de dix-huit ans, entrée à l'hôpital d'Orléansville. Après l'accouchement, le placenta avait été violemment arraché, et il s'était produit un renversement de la matrice. La tumeur apparue subitement dans le vagin fut irréductible. Des hémorrhagies abondantes furent observées sur la surface de cette tumeur, aux époques menstruelles, et furent traitées sans succès par les injections astringentes. M. Chauvel, appelé auprès de cette malade, tenta à plusieurs reprises et inutilement une série de manœuvres de réduction par la main et des pressions indirectes. Il se décida enfin à pratiquer la ligature élastique. Il amena la tumeur au dehors du vagin pour compléter l'inversion, la comprima pour en chasser le sang et pressa le pédicule pour refouler les anses intestinales qui auraient pu suivre le fond de la matrice. Une anse métallique fut appliquée avec un serre-nœud sur le pédicule et au-dessus de cette anse ; dans un sillon fait avec le cautère, fut portée une ligature élastique constituée par un tube à drainage en caoutchouc. Des douleurs violentes se manifestèrent pendant tous les jours suivants. Neuf jours après, la malade eut plusieurs selles de suite et éprouva soudain un grand soulagement après l'expulsion d'un corps grisâtre volumineux qu'elle prit pour un caillot et qui n'était autre que le corps de l'utérus séparé par la ligature. En effet, quelques jours après, lorsque M. Chauvel examina le fond du vagin, il ne trouva plus trace de la tumeur; lorsqu'il tira sur les chefs de la ligature, il ne ramena que le tube de caoutchouc avec un cylindre charnu; le fond du vagin présentait le moignon de l'utérus constitué par une surface rouge granuleuse au centre de laquelle était un petit orifice dans lequel le chirurgien n'osa prudemment introduire aucune sonde. La tumeur s'était donc détachée spontanément dans un rapide délai, le neuvième jour, alors qu'on songeait seulement à resserrer la ligature. La guérison a été parfaite. Il sera intéressant d'examiner ultérieurement ce que deviendront les fonctions génitales et le moignon d'utérus.

**M. TILLAUX** regrette que l'examen de la tumeur expulsée n'ait pas été fait; on pourrait peut-être penser qu'il ne s'agissait là que d'un corps fibreux implanté sur le fond de l'utérus.

**M. HOUEL.** Le diagnostic de M. Chauvel n'est pas douteux malgré cette lacune. Il faut tenir compte des conditions dans lesquelles s'est produite l'inversion ; c'est à la suite de violent arrachement du placenta aussitôt après l'accouchement; les hémorrhagies sont aussi caractéristiques. C'est toujours ainsi que survient l'inversion utérine, dont il y a quelques exemples au musée Dupuytren. Il faudrait un polype énorme pour invaginer pareillement l'utérus.

**M. VERNEUIL.** Il ne peut rester de doute sur cette observation : un détail décisif est la constatation d'hémorrhagies sur la surface de la tumeur quand on l'explorait. Le renversement total est rare. Mais ici l'inversion n'a été qu'incomplète ; si elle avait été totale, la ligature aurait porté sur le vagin même, et non sur un moignon d'utérus, comme l'indique l'observation. M. Denucé (de Bordeaux) a rapporté des faits à peu près analogues, à la suite de ligatures métalliques spéciales.

**M. TARNIER** pense aussi que l'inversion est incontestable, étant connues les conditions dans lesquelles elle s'est présentée. Il en a

observé deux cas absolument identiques : délivrance trop rapide et apparition brusque d'une tumeur irréductible.

### RAPPORT

**Forceps Tarnier. — M. POLAILLON** lit un rapport sur un travail de M. Ad. Wasseige (de Liège), sur l'essai pratique et l'appréciation du forceps de M. Tarnier. L'auteur n'apporte que six observations concernant précisément des femmes ayant le bassin rétréci et irrégulier. Plusieurs de ces observations sont d'ailleurs favorables au forceps de M. Tarnier. L'auteur ne s'est pas servi du modèle de M. Tarnier, mais d'un forceps dont les branches étaient maladroitement raccourcies de 4 centimètres. Il ne faut pas demander à cet instrument plus qu'il ne peut donner : dans les impossibilités obstétricales, il échouera tout comme les autres. M. Wasseige est loin de critiquer les principes théoriques de sa construction, il ne le repousse de la pratique probablement qu'en raison de ses doutes sur l'utilité de la deuxième courbure du forceps de M. Tarnier. Il est évident que les praticiens habitués à l'ancien forceps ne l'abandonneront pas volontiers, parce qu'ils suppléent à ses inconvénients par leur expérience, mais ceux qui nous suivront accorderont assurément leurs préférences au nouvel instrument.

M. TARNIER. Je ne puis guère me dispenser de prendre la parole, puisqu'il s'agit de critiques adressées à mon forceps. Or je connais M. Wasseige, et je suis désolé qu'il repousse mon instrument. Si, en effet, j'examine les observations sur lesquelles il fonde sa critique, je trouve au contraire qu'elles lui sont favorables. Je ne comprends guère qu'il n'apporte que six observations, et toutes concernant des malades ayant des bassins rétrécis. Cependant, dans sa première observation, l'application du forceps a été facile, et on ne peut lui rien reprocher. La deuxième et la sixième ne sont pas non plus si défavorables : le forceps a été appliqué, on amène la tête dans l'excavation, où elle reste immobile parce qu'elle ne peut exécuter son mouvement de rotation, alors M. Wasseige, saisissant la tête entre les branches du forceps, lui fait faire artificiellement cette rotation. Il a réussi avec mon forceps aussi bien qu'avec un autre : ces faits me sont donc encore avantageux. La quatrième observation se rapporte à un cas de bassin très-rétréci ; on tire fortement, on ne peut amener la tête, et il faut pratiquer la céphalotripsie ; le forceps n'entre pour rien dans ces difficultés. Quant aux troisième et cinquième observations, il s'agit encore de bassins rétrécis, et l'on échoue parce que les branches de traction sont trop courtes. Or j'ai appliqué mon forceps plus de soixante fois, dans les cas les plus défavorables jamais il ne s'est trouvé trop court. Je réponds à M. Wasseige que son échec tient simplement à ce qu'il a employé un forceps plus court que le mien, il le reconnaît d'ailleurs. J'ai fait fabriquer au moins trente modèles de forceps par M. Colin, parmi lesquels assurément il y en a eu de mauvais ; mais il ne s'agit que de celui auquel je me suis enfin arrêté depuis longtemps. Je ne m'occupe pas de tout ce qui a été fabriqué par d'autres couteliers sous la rubrique de forceps Tarnier modifié par un tel ou un tel. Le modèle que j'ai adopté est celui que je vous présente en ce moment : il peut être employé sans ses branches de traction, comme un forceps ordinaire, si l'on voulait ; et, dans ce cas, il serait encore plus avantageux que l'autre, puisqu'il aurait encore les avantages tenant à sa courbure rationnelle et à sa longueur.

Je n'ai vraiment pas de chance en Belgique. Récemment je lisais un livre de M. Hubert (de Louvain) qui a reproduit et réuni à peu près toutes les critiques qui ont été adressées à mon forceps : il a donné des dessins auxquels je n'ai jamais pensé, et parmi lesquels plusieurs sont absolument absurdes ; tout cela est apocryphe. Pour éviter des erreurs de ce genre, je vous demande la permission de répéter ici les signes à l'aide desquels on pourra reconnaître le modèle de forceps que j'ai adopté. Il a 42 centimètres de longueur ; de l'extrémité des cuillers au pivot, il y a 27 centimètres. Or le forceps ordinaire n'a, pour cette mesure, que 24 centimètres, celui de Stoltz n'en a que 22, et cependant on ne lui a jamais reproché d'être trop court. Enfin, il y a 25 centimètres de l'extrémité des cuillers à l'extrémité des tiges de traction. Si un jour on avait affaire à une femme absolument phénoménale, on pourrait encore introduire jusqu'au pivot, et l'on aurait 27 centimètres. Je crois qu'avec ces dimensions mon forceps est assez long, et je me garderai bien de l'allonger. On le reconnaîtra encore à ses manches couverts de plaques de corne, et à sa poignée de traction s'insérant par un petit verrou. Toutes les fois que l'on fera relation de faits se rapportant à des forceps autres que celui-là, j'en décline complètement la responsabilité.

### COMMUNICATION

**Abcès périostiques et ostéomyélite. — M. BERGER.** Il y a actuellement une tendance marquée à distinguer nettement les abcès sous-périostiques ou périostite phlegmoneuse de l'ostéomyélite proprement dite. Chassaignac avait déjà fort bien établi la distinction, et il avait fait ressortir la gravité moindre des abcès sous-périostiques aigus.

Récemment, MM. Marjolin et Tillaux ont, ici même, insisté sur les caractères différentiels de la périostite et de l'ostéomyélite, et ont signalé l'absence de complications articulaires et le caractère des douleurs non térébrantes, avec la nécrose très-superficielle que l'on observe dans la périostite. J'ai eu l'occasion d'étudier dernièrement, avec M. Gosselin et sous son contrôle, un fait très-intéressant se rattachant à cette question.

Le 6 décembre dernier, je fus consulté pour un jeune collégien, grand, mince et lymphatique, qui s'était fait, disait-on, une entorse la veille, ce qui ne fut pas bien établi. Il boitait, présentait un œdème assez considérable du pied ; il y avait de la douleur à la pression, au niveau de la malléole externe ; un peu de fièvre. Le lendemain, l'empâtement remplaçait l'œdème, avec rougeur de la région et douleur à la pression ; pas de douleur spontanée. L'articulation tibio-tarsienne était libre. C'étaient les phénomènes d'un phlegmon diffus de la région externe de la jambe et de la partie dorsale du pied. Moins de soixante-douze heures après, la fluctuation apparaissait au niveau de la malléole externe, et ne laissait pas de doute sur le diagnostic de périostite. M. Gosselin pratiqua une incision de six à sept centimètres à ce point, et donna issue à environ une cuillerée de pus. Au fond de la plaie, le périoste était largement décollé, et l'os mis à nu offrait tous les signes classiques du séquestre. La fièvre tomba immédiatement, la rougeur resta limitée aux lèvres de la plaie ; j'attendais la formation d'un séquestre et son élimination, peut-être aussi un peu de retentissement de l'affection du côté de l'articulation tibio-tarsienne ; il ne se produisit absolument rien. Le troisième ou le quatrième jour, l'os était recouvert, et, un mois après, la plaie superficielle était guérie, ayant même une cicatrice mobile, sans gonflement, sans douleur, ni sensibilité, ni gêne des mouvements articulaires.

Voilà donc un fait où il n'y a pas eu de nécrose, ce qui est très-rare.

Or, si je veux chercher un nom à cette affection caractérisée dans ses traits principaux, par l'accumulation rapide du pus entre l'os et le périoste, avec des phénomènes de phlegmon diffus, et sans nécrose, je crois que la meilleure appellation est encore celle de Chassaignac, celle d'abcès sous-périostique aigu, qui suppose comme cause une inflammation profonde du périoste, et qui laisse de côté l'os et le tissu médullaire qui n'y ont point participé. On l'appellerait aussi ostéite épiphysaire aiguë des adolescents, mais la terminaison sans nécrose paraît désigner clairement qu'il n'y a pas d'ostéite, car l'ostéite laisse toujours une exfoliation insensible et des suppurations prolongées. On dira encore moins que c'est de l'ostéomyélite, dont l'affection ne se rapproche nullement : ce serait dépasser le but et supposer de l'identité entre la couche ostéogène du périoste et le tissu médullaire. Il y a bien relation intime entre les deux organes ; mais leur anatomie, leur développement, leur physiologie, leur pathologie, sont tout à fait différents.

Dans le fait que j'ai observé, j'ai rencontré plusieurs des symptômes décrits par Chassaignac pour la périostite phlegmoneuse aiguë ; mais il a manqué ici les douleurs « excruciantes » avec exa-

cerbations nocturnes, sans doute en raison du caractère superficiel de la lésion.

La terminaison des abcès sous-périostiques aigus sans nécrose est rare : elle peut tenir soit à la nature de l'affection, car toutes les dénudations des os n'entraînent pas fatalement la nécrose, et l'on admet assez généralement (sauf Volkmann) que la suppuration amène la nécrose lorsqu'elle tient à l'ostéite, et qu'elle en est exempte si elle est simplement périostique, soit au traitement même, soit enfin peut-être à la nature de l'os atteint; le péroné, en effet, qui est un os dense et à canal médullaire court et peu développé, paraît avoir été indemne de nécrose dans un ou deux cas (Bœckel), mais non pas constamment.

M. VERNEUIL. Je partage complètement l'opinion de M. Berger: je combats toutes les tentatives qui voudraient fusionner en une seule affection la périostite phlegmoneuse et l'ostéomyélite, qui sont, sans doute, deux affections voisines et pouvant chevaucher l'une sur l'autre, mais qui doivent être distinguées en raison de leur siège, de leur évolution, de leur pronostic et de leur traitement.

Quant à chercher à en établir le diagnostic différentiel comme M. Berger, d'après les observations de Chassaignac, j'estime qu'il est bien difficile, cliniquement, de dire ce qui appartient à l'abcès sous-périostique, qui peut quelquefois affecter les signes de l'ostéomyélite la plus exagérée. Je voudrais donc conserver, en clinique, la distinction entre les maladies suivantes : l'abcès sous-périostique tel que nous le connaissons d'après Chassaignac, et qui est une forme des plus nettes et des plus fréquentes, l'ostéomyélite centrale diaphysaire, l'ostéomyélite spongieuse, l'ostéite aiguë, l'ostéomyélite centrale qui fournit les hyperostoses considérables, et qui donne ces vastes foyers purulents si rapidement mortels, l'ostéite épiphysaire qui se produit vraiment dans les épiphyses, celle qui correspond aux abcès sous-périostiques, et qui est due à l'inflammation du cartilage de conjugaison.

Puisque M. Berger a fait ressortir la rareté des abcès sous-périostiques terminés sans nécrose, j'ajouterai un fait tout récent que je viens d'observer, et qui viendra encore à l'appui de ma protestation contre la doctrine des résections précoces. Le 2 janvier dernier, j'ai été appelé par le docteur Frébault auprès d'un de ses malades, jeune garçon âgé de quatorze ans, doué d'une belle constitution ; il avait fait une chute sur l'avant-bras, qui s'était gonflé fortement. Les douleurs étaient très-vives et l'aspect du malade rappelait absolument le typhus des membres de Chassaignac. Le gonflement augmenta très-rapidement, et l'œdème gagnait le coude et même le bras. Je perçus de la fluctuation sur presque tout l'avant-bras, mais surtout vers le bord radial. Pensant que j'avais affaire à un abcès sous-périostique envahissant même peut-être les deux os de l'avant-bras, je me hasardai à ouvrir largement au niveau de la fluctuation, dans une direction parallèle au tendon du long supinateur, sur une longueur de six à sept centimètres : il sortit un flot de pus, qui s'accrut encore par la pression au voisinage du coude. Je supposai l'existence d'un immense foyer entourant tout le radius, qui était dénudé sur presque toute sa circonférence. Je redoutais la perte de la plus grande partie de l'os, et je portai un pronostic grave. Je prescrivis de faire mettre le membre, pendant trois heures matin et soir, dans le bain permanent antiseptique auquel j'attache une grande importance (liquide contenant un gramme d'acide phénique pour mille), et dans l'intervalle on appliqua seulement une compresse de tarlatane phéniquée. Je pensais être rappelé auprès du malade pour passer des drains dans ce vaste foyer, etc.; il n'en fut rien. Quel ne fut pas mon étonnement, à peine un mois après, en voyant arriver dans mon cabinet le jeune homme si bien guéri que je ne le reconnaissais pas ! La plaie s'était fermée en moins de sept ou huit jours, et il avait conservé presque tous les mouvements de la main. Ce fait remarquable montre qu'il ne faut pas trop se hâter de faire de la trépanation une application générale, comme le voudrait M. Lannelongue; il importe de préciser les cas où elle est utile, indispensable ou superflue.

La séance est levée à cinq heures et demie.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de M. le professeur Gubler auront lieu aujourd'hui samedi 26 avril, à onze heures et demie très-précises, en l'église Saint-Roch, où l'on se rendra directement.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Aux termes du décret du 20 juin 1878 et des instructions ministérielles des 20 novembre 1878 et 16 février 1879, les étudiants *en cours d'études* peuvent opter entre le nouveau régime d'études et d'examens et le mode actuel. Ces étudiants peuvent opter pour le régime qui entrera en vigueur le 1er novembre 1879.

Les élèves de première année, c'est-à-dire ceux qui n'auront au mois de juillet prochain que quatre inscriptions, et qui opteraient pour le nouveau régime, n'auront pas à subir le premier examen de fin d'année. Ils subiront le premier examen de doctorat (physique, chimie, histoire naturelle), au mois de novembre prochain; et, en cas d'échec, ils pourront se représenter devant le jury en janvier 1880.

Les élèves de deuxième et troisième année peuvent également opter pour le nouveau régime dans les conditions déterminées par l'instruction ministérielle du 20 novembre 1878.

Les élèves en cours d'études qui ont l'intention d'opter pour le *nouveau régime* devront en faire la déclaration au Secrétariat de la Faculté du 21 avril courant au 15 juin 1879. Il est ouvert au Secrétariat un registre sur lequel ils inscriront leur déclaration.

Passé le 15 juin, les étudiants qui n'auraient pas fait connaître leur intention seront considérés comme restant sous le régime actuel.

— Par décret en date du 15 avril 1879, le service des cours cliniques annexes est réglé de la manière suivante :

Article premier. — Les services spéciaux, nécessaires pour le fonctionnement des cours cliniques annexes institués par le décret du 20 août 1877, sont mis à la disposition des Facultés de médecine par les soins des administrations des hôpitaux et des administrations des asiles publics d'aliénés, et restent affectés à ces services. Toutefois l'installation des cliniques annexes de maladies mentales et les conditions auxquelles fonctionneront les cours seront préalablement réglées pour chaque asile d'aliénés, de concert entre le ministre de l'instruction publique et le ministre de l'intérieur.

Art. 2. — A Paris, ces services nouveaux spécialement affectés aux cours des maladies des enfants, des maladies syphilitiques et des maladies de la peau, sont établis dans les hôpitaux des Enfants-Malades, du Midi et Saint-Louis. Ils restent à la disposition de la Faculté de médecine dans les mêmes conditions que les services affectés aux cliniques générales. Dans le cas où il y aurait lieu de pourvoir à une vacance de chargé de cours, avant que ces services soient créés, le cours ne sera confié qu'à l'un des chefs de service en exercice dans l'hôpital. Le service affecté au cours des maladies des yeux sera distinct des services de chirurgie générale. Jusqu'à ce que les constructions nécessaires pour installer ces services à Lariboisière et pour installer à Necker le cours des maladies des voies urinaires aient été terminées, ces deux cours seront faits dans les services des chargés de cours nommés, qui ne pourront changer ni d'hôpital ni de service pendant toute la durée de leurs fonctions.

Art. 3. — En cas d'empêchement d'un professeur, le suppléant est choisi, soit parmi les agrégés pourvus d'un service hospitalier, soit parmi les médecins ou chirurgiens des hôpitaux.

Art. 4. — A chaque cours clinique annexe est attaché un chef de clinique. Les chefs de clinique sont nommés au concours; la durée de leurs fonctions est fixée à deux années. Les candidats devront justifier du grade de docteur et du titre d'ancien interne des hôpitaux. Toutefois ces dispositions ne sont pas applicables à Paris, où les internes nommés au concours remplissent de plein droit les fonctions de chef de clinique.

Ar. 5. — Le chargé de cours fait deux leçons par semaine pendant toute l'année scolaire ; un amphithéâtre est tenu à sa dispo-

sition aux jours fixés pour les leçons. Un cabinet de recherches est annexé à chaque service, et disposé d'accord avec le doyen de la Faculté. Une salle spéciale de consultation est affectée au service des maladies des yeux.

Art. 6. — Les chargés de cours annexes et les chefs de cliniques restent soumis comme tout le personnel médical des hôpitaux à toutes les prescriptions réglementaires du service hospitalier, même en ce qui concerne l'heure et la régularité des visites à faire aux malades.

Art. 7. — La réglementation d'ordre intérieur et de police dans les établissements où il y aura des cours annexes, appartient exclusivement à l'Administration hospitalière.

Art. 8. — Il est pourvu par les soins du ministre de l'instruction publique aux dépenses de personnel, de construction, d'appropriation, d'ameublements et d'achats d'instruments rendus nécessaires par l'installation des cours annexes de cliniques dans les hôpitaux civils; ces dépenses ne pourront, en aucun cas, devenir obligatoires pour les Administrations hospitalières. La propriété des bâtiments appartiendra à l'Administration hospitalière. Nul travail ne peut être exécuté sans l'assentiment de l'Administration hospitalière. Les plans et devis sont dressés par l'architecte des hospices et soumis à la Faculté de médecine.

Art. 9. — En cas de dissentiments entre les Facultés de médecine et les Administrations hospitalières, il en est référé aux ministres de l'instruction publique et de l'intérieur, et l'affaire est portée devant la Commission mixte permanente.

Art. 10. — Les ministres de l'instruction publique et de l'intérieur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

— M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences cliniques sur les affections de la peau et la syphilis, le lundi 28 avril à neuf heures du matin et les continuera les lundis suivants à la même heure (salle Saint-Jean).

— *Muséum.* — M. Daubrée, professeur, commencera le cours de géologie le samedi 26 avril 1879 à quatre heures un quart précises, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie et de géologie, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Le professeur traitera des faits fondamentaux de la géologie et particulièrement des actions mécaniques dont l'écorce terrestre présente les vestiges et qui y ont été provoquées par l'activité interne. Il exposera aussi la constitution géologique des environs de Paris.

En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, docteur ès sciences, à qui est confiée la direction des excursions géologiques, que des affiches spéciales annonceront successivement.

M. le professeur Édouard Bureau commencera le cours de botanique (classifications et familles naturelles) le samedi 26 avril 1879, à midi et demi, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Ce cours aura pour objet l'étude des familles de plantes appartenant à l'embranchement des dicotylédones. Il sera à la fois théorique et pratique. La leçon d'ouverture aura lieu dans le grand amphithéâtre. Il en sera de même des leçons théoriques suivantes qui auront lieu le samedi. Les leçons pratiques auront lieu le mardi à midi et demi, et le samedi à une heure et demie, dans le laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63. Des herborisations font partie du cours; elles ont lieu ordinairement le dimanche et seront annoncées par des affiches spéciales.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 8135.

N° 49. — MARDI 29 AVRIL 1879. 52e ANNÉE. MARDI 29 AVRIL 1879. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

**I. Traitement des hémorrhoïdes internes procidentes. — II. Contracture musculaire, d'origine nerveuse ou rhumatismale, consécutive à une chute.**

I. Parmi les malades qui vont faire le sujet de notre leçon d'aujourd'hui, je vous citerai cet homme qui est actuellement couché au n° 11 de la salle Sainte-Vierge et qui est atteint d'hémorrhoïdes internes procidant seulement au moment de la défécation, saignant quelquefois, assez difficiles à réduire depuis quelque temps, tellement douloureuses, surtout, que ces douleurs seules avaient décidé le malade à entrer à l'hôpital.

C'est un de ces cas d'hémorrhoïdes internes procidentes, douloureuses, lentement réductibles avec la main, sans qu'il existe pourtant de constriction notable de l'anus, et dans lesquelles enfin l'absence de toute contracture de la part du sphincter ne rend pas nécessaire l'intervention de la dilatation forcée; un de ces cas enfin dont on ne peut pas dire que ce moyen de traitement est le seul qui conduise à la guérison de cette variété d'hémorrhoïdes.

La vérité est que, chez ce malade, j'ai pensé que nous pourrions arriver à modifier son état sans faire disparaître les hémorrhoïdes, en nous bornant seulement à en diminuer le volume.

Faire disparaître des hémorrhoïdes internes, ce n'est pas, en effet, chose facile, parce que cette indication exige l'emploi de moyens de destruction puissants à action prolongée et que ces opérations sont très-souvent dangereuses, soit par les phlébites qu'elles peuvent amener, soit par les rétrécissements du rectum qui en sont la conséquence. Aussi est-il préférable de s'en tenir à provoquer une diminution de volume des hémorrhoïdes suffisante pour qu'elles se réduisent spontanément quand elles viennent à procider, ou pour que le malade puisse les faire rentrer lui-même avec une grande facilité, quand la réduction spontanée n'a pas lieu.

C'est donc dans le but de satisfaire à cette indication que vous m'avez vu faire ici des cautérisations parenchymateuses avec une des pointes de l'appareil Paquelin.

La cautérisation a été faite le 28 janvier, et, hier, nous avons constaté que, au moment de la garde-robe, les hémorrhoïdes étaient sensiblement moins volumineuses et qu'elles rentraient avec une très-grande facilité. Quant aux eschares qui ont résulté de l'application du cautère, elles ont été éliminées très-promptement; il n'y a pas eu de perte de sang, la plaie s'est cicatrisée, et aujourd'hui la perte de substance est complètement réparée.

Le procédé que nous avons employé a donc amené une diminution notable des hémorrhoïdes. Grâce à lui l'anus est redevenu très-dilatable; le malade va maintenant facilement à la selle, à la condition toutefois de lui administrer quelques purgatifs, de la rhubarbe en particulier; enfin la procidence est moindre après les garde-robes, et il suffit de quelques lavements pour que les hémorrhoïdes rentrent sans difficulté. Enfin cet homme ne perd plus de sang par l'anus, il se déclare bien plus à son aise, et, comme il demande à quitter nos salles, je le laisse partir.

Mais je lui ai conseillé, avant de nous quitter : 1° de ne pas rester longtemps à la garde-robe, ce que font la plupart des individus qui sont affectés d'hémorrhoïdes internes procidentes, parce que, le prolapsus entretenant chez ces malades la sensation du besoin de défécation, ils se livrent à des efforts qui ont pour effet de rendre les hémorrhoïdes plus volumineuses et de les faire saigner facilement pour peu qu'elles soient légèrement excoriées, et qu'enfin ils entretiennent ainsi indéfiniment leur maladie;

2° De s'abstenir de boissons excitantes, d'alcool, de vin pur, parce que, sous cette influence, les hémorrhoïdes internes tendent toujours à augmenter de volume, à se congestionner.

Enfin je lui ai recommandé d'éviter la constipation, de s'entretenir le ventre absolument libre, soit avec de la rhubarbe, soit avec des lavements, parce que les efforts d'expulsion auxquels les malades se livrent, et la grosseur du bol fécal, irritent et entretiennent les hémorrhoïdes.

La conclusion de ce que je viens de vous dire, c'est que le chirurgien doit toujours se borner, dans ces cas d'hémorrhoïdes internes, à obtenir les trois résultats suivants : avoir des hémorrhoïdes qui ne sortent pas pendant la marche, qui ne saignent pas, qui rentrent facilement quand elles sont sorties.

II. Je vous signalerai maintenant une malade qui est couchée au n° 21 de la salle des femmes et qui nous offre un cas très-difficile à bien interpréter. C'est une femme un peu pâle, un peu amaigrie, pleurant facilement et sans rai-

son, qui présente comme phénomène dominant une attitude particulière consistant dans une rotation de droite à gauche de la tête qui est en même temps inclinée sur l'épaule droite. C'est, en d'autres termes, l'attitude que donne à la tête la contraction prolongée du muscle sterno-cléido-mastoïdien et quelquefois du grand complexus et du splénius correspondants, dans ce que nous appelons le torticolis.

D'autre part, il existe à la partie inférieure du muscle sterno-cléido-mastoïdien, en arrière du faisceau musculaire qui prend son point d'implantation à l'extrémité supérieure du sternum, une petite grosseur qui pourrait faire croire, soit à un ganglion engorgé, soit à une de ces tumeurs syphilitiques du muscle sterno-mastoïdien qui ont été décrites autrefois par Nélaton et par M. Bouisson (de Montpellier), mais qui est dû simplement à une tension presque permanente de cette partie du muscle.

J'ajouterai enfin que les mouvements communiqués s'exécutent assez facilement et qu'ils ne sont pas aussi douloureux qu'on pourrait le supposer tout d'abord. On n'éprouve pas ici, en effet, cette difficulté insurmontable à incliner la tête la tête en avant ou en arrière, et surtout à lui imprimer des mouvements de rotation, qu'on rencontre chez ces malades qui ont de la contracture de tous les muscles du cou.

Quel nom donnerons-nous à cette affection ? Il me paraît tout d'abord de la première évidence qu'il s'agit ici d'une contracture douloureuse rémittente, qui persiste plus ou moins longtemps, des muscles du cou et notamment du sterno-mastoïdien droit, du grand complexus, du splénius correspondants, ainsi peut-être que de quelques-uns des muscles profonds de cette région. Et, comme cette contracture amène un état presque permanent d'attitude vicieuse ou analogue à celle que présente la tête dans le torticolis, j'ajouterai que cette femme est atteinte de torticolis musculaire.

Mais n'a-t-elle que cela ? En d'autres termes, cette contracture musculaire est-elle idiopathique ou symptomatique, c'est-à-dire consécutive à un état douloureux du squelette ? Voilà ce qu'il est difficile de bien interpréter, et voici pourquoi.

C'est que la malade attribue les troubles qu'elle présente du côté du cou à une chute qu'elle a faite, il y a quelques jours, sur le côté droit. Dans quelles conditions cet accident a-t-il eu lieu ? Cette femme a-t-elle été poussée violemment ? Non ; elle est tombée, dit-elle, de sa hauteur : ce qui ne nous satisfait pas beaucoup pour expliquer suffisamment les lésions dont elle est atteinte. Cependant, comme elle insiste beaucoup pour rattacher sa maladie actuelle à l'accident dont elle a été victime, nous sommes conduits à rechercher s'il ne s'agit pas chez elle d'une lésion quelconque du squelette, soit d'une entorse, soit d'une fracture, soit enfin d'une luxation survenue en quelque point de la colonne cervicale.

Examinons donc successivement chacune de ces hypothèses.

Je vous dirai tout d'abord que je ne pense pas que nous ayons affaire à une entorse. Quand, en effet, il y a abandon momentané des surfaces articulaires des apophyses transverses, soit qu'il y ait eu déchirure des ligaments qui unissent entre elles les parties des vertèbres, soit que les ligaments jaunes, les ménisques inter-vertébraux ou les ligaments susépineux aient été distendus et tiraillés, c'est que la tête présente une flexion en avant ou sur les côtés très-prononcée. Or il serait très-rare qu'une chute sans importance, comme celle qu'a subie notre malade, ait été suffisante pour donner lieu à des désordres aussi accentués, à une entorse qui aurait été suivie d'arthrite.

D'un autre côté, les sujets qui présentent de ces luxations incomplètes offrent ce caractère particulier que, instinctivement, ils immobilisent leur articulation de telle façon qu'il est impossible au chirurgien de faire exécuter à la tête le moindre mouvement, ce qui n'a pas lieu chez cette femme.

Serait-ce une fracture ? Mais c'est un accident bien rare et qu'on n'observe d'ailleurs qu'à la suite de chutes d'un endroit élevé et alors que le cou est dans la flexion forcée en avant ou en arrière. Rien de tout cela non plus dans le cas qui nous occupe. En admettant d'ailleurs qu'il y eût réellement fracture, la contracture des muscles produite par la douleur se produirait non-seulement dans le sterno-mastoïdien, mais dans tous les muscles du cou, et, comme dans le cas précédent, elle s'opposerait aux mouvements communiqués.

A plus forte raison, nous devons éloigner l'idée d'une luxation. Si d'ailleurs cette hypothèse était fondée, nous devrions avoir une déviation de la tête permanente tant que nous n'aurions pas remis en place les surfaces articulaires.

Reste maintenant le cas dans lequel nous aurions affaire à une contracture idiopathique qui serait survenue sous l'influence du rhumatisme, comme cela se voit pour tous les sujets qui ont un torticolis. C'est en effet l'opinion à laquelle je me range relativement à cette malade : elle a un torticolis rhumatismal, peut-être même d'origine nerveuse ou hystérique, car nous n'avons pas de signes fonctionnels qui nous autorisent à faire cette distinction.

Quant à la chute que cette malade a faite, c'est une simple coïncidence. Dire qu'elle n'y est pour rien serait peut-être un peu exagéré, car cette femme a un tempérament nerveux, et il pourrait fort bien se faire, dans le cas où le torticolis serait lié à une influence hystérique ou même rhumatismale, que cette chute eût provoqué une excitation à la suite de laquelle le torticolis se fût produit.

---

## HOPITAL MILITAIRE DE SAIDA

### Gangrène dans les fièvres paludéennes (1)

Par M. le Dr Moty, médecin-major.

II

Obs. 2e. — N... (François), soixante ans, entré le 29 novembre à l'hôpital de Saïda, présente une cachexie palustre très-ancienne, une rate volumineuse et des accès de fièvre franchement intermittente.

Cet état se complique de bronchite, de diarrhée et d'un peu d'œdème des membres inférieurs plus marqué à gauche, sans lésions cardiaques appréciables.

7 décembre. — La fièvre et la diarrhée ont disparu à la suite d'un traitement basé sur la quinine, mais il s'est produit des suffusions sanguines au front, sur les joues et aux mains ; l'œdème a légèrement augmenté ; les urines sont très-faiblement albumineuses.

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 avril 1879.

26 décembre. — Accès d'oppression avec douleur très-vive dans l'abdomen. L'œdème n'a pas augmenté aux jambes, mais on le retrouve sur les parois pectorales. Sulfate de quinine, 1g,2. La fièvre reparaît et cède vers le 8 janvier à la suite de doses quotidiennes de 8 à 12 décigrammes de quinine aidées de toniques variés, et le malade sort le 23 du même mois assez bien rétabli, mais encore faible et cachectique.

Il rentre le 16 février présentant sur la peau des différentes régions du corps des ecchymoses à peu près circulaires de diamètre variable (0,03 à 0,05), de couleur vineuse et sans empâtement sous-jacent; la fièvre et l'œdème ont reparu. Le 15 mars, tandis que son état s'améliorait, il est pris subitement de trois attaques épileptiformes suivies de stupeur prolongée (cinq à six heures), de parésie du membre supérieur droit et de paralysie des lèvres. Le pouls reste calme, mais les ecchymoses cutanées se prononcent sur certains points et les accès de fièvre reparaissent. Enfin, le 22 mars, à la suite d'un traitement approprié, l'état général s'est relevé, les phénomènes paralytiques ont disparu et l'aspect des ecchymoses cutanées s'est notablement modifié; les unes ont été résorbées, d'autres se sont pour ainsi dire parcheminées; on trouve à leur niveau la peau épaissie et bleuâtre sans traces d'inflammation; une de ces plaques parcheminées occupe le relief de la lèvre inférieure; enfin au bras gauche deux d'entre elles se sont transformées en eschares gangréneuses sèches situées, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la région olécranienne; la plus grande a 3 centimètres de diamètre; elles sont sur le point de se détacher.

1er avril. — Les plaies résultant de la chute des eschares sont à peu près cicatrisées; les plaques parcheminées disparaissent par exfoliation et résorption; l'état général est bon et le malade ne conserve qu'une rate très-volumineuse, profondément altérée et qui a déformé la base du thorax en soulevant peu à peu les côtes; il sort peu de temps après.

Cette fois la cause de la gangrène est bien nette; on a pu voir pour ainsi dire les infarctus arriver sous le tégument externe; le poumon et l'intestin ont sans doute été le théâtre de semblables phénomènes, et les attaques épileptiformes transitoires se rattachent certainement à un processus analogue du côté de l'encéphale. Les hémorrhagies capillaires naissant autour du noyau embolique suivirent différentes évolutions; mais, puisque la guérison eut lieu, la résorption dût être la règle dans les organes internes. Remarquons cependant que la parésie ne disparut que lentement, et qu'il y eut probablement dans le cerveau autre chose qu'une gêne passagère de la circulation.

Quelque hasardées que puissent paraître ces considérations, elles se sont tout naturellement présentées à notre esprit; pour ceux qui ont examiné quelquefois le sang des impaludés, le scepticisme à l'égard des idées de Frerichs, Planer et Virchow n'est plus permis, et, quelque réserve que l'on puisse garder à leur égard, il faut reconnaître qu'elles sont basées sur un fait positif, l'existence de corpuscules et de globules anomaux dans le sang. Une analyse très-complète de lésions hématiques a été publiée dans les *Archives de physiologie* (1875-1876), par M. Kelsch, professeur agrégé du Val-de-Grâce, qui put se livrer dans la province de Constantine à des études très-étendues sur la physiologie pathologique des fièvres paludéennes et qui importa chez nous les idées allemandes sans en modifier notablement les points fondamentaux. Elles se résument ainsi: sous l'influence du paludisme, les globules du sang diminuent; au moment des accès, cette diminution est extrêmement rapide et le sang se charge de granulations libres en même temps qu'apparaissent dans sa masse des globules blancs, gonflés, allongés, infiltrés de particules noires insolubles. Il est donc bien naturel d'attribuer à ces éléments anomaux un rôle prépondérant dans la pathogénie des phénomènes si complexes que nous avons observés; la diarrhée, la bronchite, les ecchymoses sous-cutanées, les attaques épileptiformes et la parésie transitoire qui leur succéda, tout cet ensemble reconnaît une même cause, la stase capillaire par altération morphologique du sang.

Notre seconde observation diffère de la première à bien des points de vue. Chez un homme âgé, les petits vaisseaux n'ont plus leur première souplesse et la circulation se rétablit chez lui moins facilement que chez un jeune homme dans le département d'une artérite devenue imperméable; c'est pourquoi nous avons vu de petites plaques cutanées se mortifier superficiellement sans que l'état général du malade fût extrêmement grave. Cet accident avait les mêmes allures que les eschares du décubitus; dans notre premier cas, au contraire, l'altération du sang était tellement profonde que toute la circulation capillaire était compromise. Dès que la gangrène apparaît, elle prend une forme envahissante et s'étend par contiguïté de tissu, en retentissant elle-même sur l'état général du malade et en accélérant sa marche jusqu'au terme fatal.

Ces deux observations offrent donc des différences cliniques très-considérables, et cependant elles rentrent dans le même cadre.

On observe souvent dans les pays à fièvre un purpura ponctué, abondant surtout au cou et à la poitrine, et qui se rencontre aussi bien dans la cachexie palustre qu'à la suite des accès aigus. Il est d'autant plus prononcé que l'intoxication est plus profonde et que le dernier accès est moins éloigné et a été plus intense, et ne manque presque jamais dans les cas graves. Les petites extravasations sanguines qui le constituent disparaissent quatre ou cinq jours après la cessation des accès; suivant nous, elles constitueraient le premier terme d'une progression qui peut aller très-loin, comme le montre notre premier cas.

Nous ne prétendons pas avoir tranché des questions encore à l'étude, mais notre but était seulement d'apporter à leur solution le contingent de ces deux faits qui, nous en sommes persuadé, ne resteront pas isolés.

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 avril 1879 (fin). — Présidence de M. Malassez.

### PRÉSENTATION DE PIÈCES

**Traumatisme cérébral.** — M. Bochefontaine présente à la Société l'encéphale d'un cheval qui, après avoir servi à M. Vulpian pour des expériences sur le sympathique cervical, a été assommé par l'équarrisseur et dont la tête a été ensuite apportée au laboratoire.

L'os frontal était enfoncé à droite dans les parties profondes; il y avait donc intérêt à rechercher les lésions encéphaliques qui pouvaient accompagner cette fracture du crâne; ces lésions sont celles qui ont été depuis bien longtemps constatées :

Épanchement de sang dans la dure-mère cérébrale et cérébelleuse; écrasement d'une partie du lobe frontal correspondant à la fracture, corps calleux réduit en bouillie à sa partie antérieure; l'épanchement de sang pénètre dans la profondeur des anfractuosités cérébelleuses; parois du ventricule médian ramollies; épanchement de sang autour de la protubérance et du bulbe à la partie inférieure de ces organes et s'étendant à la partie supérieure de la moelle cervicale; ramollissement de la corne d'Ammon droite; ecchymose diffuse du corps restiforme gauche; absence complète

de lésion des parois du quatrième ventricule et de l'aqueduc de Sylvius.

Ce fait observé sur le cheval et auquel le présentateur est étranger, puisque l'animal a été sacrifié par l'équarrisseur, est intéressant, parce qu'il est conforme à ce qui s'est passé chez les chiens ou les chats dont M. Bochefontaine a indiqué les lésions encéphaliques à la suite des chocs extrêmement violents du crâne. Il montre une fois encore que les lésions des parois ventriculaires et du quatrième ventriculaire en particulier sont exceptionnelles dans les traumatismes du crâne et de l'encéphale.

Puisque l'occasion se présente de mentionner l'absence de lésions des parois du quatrième ventricule dans des cas de traumatismes cérébraux, il est intéressant de mentionner un cas d'hémorrhagie bulbaire spontanée observé à Charenton chez une vieille démente, hémorrhagie qui s'était produite un peu à droite et sur la ligne médiane, *dans la profondeur du bulbe*, sans déchirure du plancher du quatrième ventricule. La Société se rappellera peut être que sur l'encéphale d'un chien, entre autres lésions de l'encéphale résultant du traumatisme, il y avait une mince couche hémorrhagique dans la partie moyenne de l'épaisseur de la substance bulbaire et pas de lésion du plancher du quatrième ventricule.

Il serait hâtif de conclure de ces faits que dans les cas où l'on a noté des lésions hémorrhagiques intéressant le plancher du quatrième ventricule on était en présence d'une lésion dont le point de départ était dans la profondeur du bulbe; mais le rapprochement mérite d'être signalé.

---

Séance du 26 avril 1879. — Présidence de M. Malassez.

COMMUNICATIONS

**Physiologie expérimentale.** — M. BROWN-SÉQUARD présente un petit cochon d'Inde né d'un parent auquel on avait pratiqué la section du sciatique droit, et qui avait présenté les troubles habituels : atrophie du membre correspondant et perte des orteils. Ce petit cochon d'Inde offre une atrophie considérable des masses musculaires des deux membres postérieurs, surtout marquée du côté gauche et sans perte des orteils. Il n'a pas jusqu'ici présenté de phénomènes épileptiformes.

M. MATHIAS DUVAL présente, de la part de son maître M. Schutzenberger (de Strasbourg), deux volumes, l'un de philosophie médicale, l'autre de clinique.

**Diphthérie des oiseaux.** — M. MÉGNIN fait une communication sur ce sujet. Il rappelle les divers travaux qui ont été publiés sur cette question, en particulier ceux d'Ercolani (de Bologne), de Tripier (de Lyon), de Pietra-Piana (d'Italie), et enfin le travail qu'il a fait lui-même l'année dernière sur ce sujet. Il a montré que cette maladie est extrêmement commune chez les oiseaux, que c'est une maladie essentiellement parasitaire et nullement transmissible à l'homme. Il cite en effet l'exemple d'un chiffonnier qui se nourrit une fois par semaine des oiseaux diphthéritiques qui ont servi à ses études et qu'il fait jeter ensuite dans la rue où vient les ramasser ce chiffonnier avec une parfaite exactitude.

M. TRASBOT, à l'appui de ce que vient de dire M. Mégnin, cite également l'exemple d'un palefrenier de l'école d'Alfort qui mange constamment les volailles diphthéritiques qu'il a toujours chez lui en assez grand nombre.

**Du mécanisme des paralysies.** — M. BROWN-SÉQUARD poursuit ses études sur le mécanisme des paralysies. Il a fait une série d'expériences qui l'ont conduit à cette conclusion que la lésion d'une partie déterminée de la moelle donne lieu toujours aux mêmes troubles, quelles que soient les lésions préalablement produites sur le cerveau ou sur d'autres parties de la moelle.

**Action physiologique des purgatifs.** — M. ARMAND MOREAU continue ses expériences sur ce sujet. Il est vrai, dit-il, que, quand on introduit un purgatif salin directement dans le sang, il ne purge pas. Mais, si l'on introduit en même temps du sulfate de soude dans le sang, d'une part, et, d'autre part, dans une anse d'intestin isolée, le sulfate de soude introduit dans l'anse intestinale exerce directement son action purgative, avec la même abondance que s'il n'avait pas été fait d'injection dans le sang. La présence dans le sang d'une certaine quantité du sel purgatif n'empêche donc pas l'action directe du même purgatif sur la muqueuse intestinale.

M. LEVEN rappelle que M. Rabuteau explique la constipation qui suit les purgations salines par le passage dans le sang d'une certaine quantité du sel purgatif. Or l'expérience de M. Armand Moreau prouve bien que, d'une part, la présence dans le sang d'une certaine partie du sel purgatif n'amène pas de constipation, et, d'autre part, l'action directe du purgatif sur la muqueuse intestinale. C'est bien, en effet, directement sur cette muqueuse qu'agissent les sels purgatifs. On a fait des injections de sulfate de soude sous la peau, et ces injections ne purgent pas. C'est donc à une action directe seule qu'il faut attribuer les effets des purgatifs salins.

**De la gelsémine.** — M. FOURNIER présente des échantillons de chlorhydrate de gelsémine qu'il a préparés lui-même et qui permettent d'avoir un produit autrement pur que les préparations diverses de gelsémine qui étaient envoyées en France de l'étranger.

La séance est levée à six heures.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 avril 1879. — Présidence de M. Hervieux.

PRÉSENTATIONS

M. RAYNAUD fait hommage en son nom et au nom de M. Sabourin d'un travail paru dans les *Archives de physiologie* sous ce titre : *Sur un cas d'énorme dilatation des voies biliaires avec péri-angiocholite chronique et hypertrophie des glandes péri-canaliculaires.*

Il profite de cette occasion pour exposer un nouveau fait clinique qui lui paraît la confirmation des vues émises dans ce mémoire. Ce qui fait l'originalité de l'affection des voies biliaires dont il s'agit, c'est 1° au point de vue anatomo-pathologique, une dilatation généralisée des conduits hépatiques, sans aucune participation ni du canal cystique, ni de la vésicule biliaire. Le tissu du foie se trouve refoulé vers la périphérie, tout en conservant sa structure intacte. Chaque canalicule est entouré d'une sorte de zone de sclérose dans l'épaisseur de laquelle on trouve des productions glanduleuses qui ne sont autre chose que les glandes de Luschka prodigieusement hypertrophiées (on sait qu'à l'état normal ces glandes ne se trouvent guère que sur les plus gros conduits biliaires). En outre, il existe un développement non moins extraordinaire de l'appareil musculaire des conduits hépatiques. Le contenu de cette vaste poche est formé par un mélange de mucus et de graviers biliaires. On trouve à peine quelques calculs dont les plus volumineux ne dépassent pas la grosseur d'une noisette, et qui sont remarquablement friables.

2° Et, *au point de vue clinique*, cette observation est remarquable par la répétition étonnamment fréquente des crises de coliques hépatiques. Chacune de ces crises correspond à la contraction douloureuse de la poche hépatique, tendant à expulser son contenu et broyant en quelque sorte le magma biliaire au voisinage de l'ampoule de Vater.

Dans la nouvelle observation rapportée par M. Raynaud, il s'agit d'une malade d'une trentaine d'années, présentant depuis huit mois des coliques hépatiques d'une intensité effrayante et se reproduisant jusqu'à deux et trois fois par jour. Le foie formait une tumeur descendant jusqu'au dessous de l'ombilic. Après un mois d'observation pendant lequel furent recueillis avec soin dans les matières fécales des produits calculeux formés de cholestérine pure, on vit apparaître une fluctuation suffisamment nette pour que M. Raynaud se crût autorisé à tenter une ponction qui, dans sa pensée, devait être à la fois exploratrice et peut-être curative. Rendez-vous fut pris pour le lendemain. Quel ne fut pas son éton-

nement lorsqu'au moment de pratiquer l'opération il s'aperçut que la tumeur avait disparu! Il ne peut expliquer cette dernière terminaison que par l'expulsion d'un magma biliaire par les voies naturelles. Il prescrivit alors pour tout traitement des massages quotidiens sur la région du foie dans le but de vider méthodiquement la poche et d'empêcher l'accumulation des produits sécrétés. Depuis deux mois que ce traitement est pratiqué avec régularité, la malade jouit d'une santé parfaitement satisfaisante.

### RAPPORTS

**Maladies régnantes.** — M. BESNIER donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes. Pendant les trois premiers mois de l'année, l'humidité de l'atmosphère a été élevée, la hauteur de pluie considérable; c'est à cette cause qu'il faut probablement rapporter la constitution de quelques foyers typhoïdes extraordinaires observés pendant ce trimestre.

La mortalité générale dans les hôpitaux et hospices de Paris a été de 3,716 décès, chiffre très-notablement supérieur à la moyenne des trimestres correspondants des années précédentes. Cette élévation est due à la pneumonie, à la réapparition de la variole, à l'exacerbation accidentelle de la fièvre typhoïde.

Les *pneumonies*, en effet, ont donné une mortalité excessive et sont venues souvent compliquer les fièvres typhoïdes, catarrhales, éruptives, etc.

La *diphthérie* a pris depuis quelques années une fréquence inaccoutumée. Elle se chiffre à Paris, pour le premier trimestre, par 529 décès. Cette aggravation constitue un fait épidémiologique d'une grande importance; elle n'est ni accidentelle ni momentanée; elle s'est produite successivement, lentement. M. Besnier en a annoncé le début, chiffré les progrès sans attirer grande attention. Il croit néanmoins avoir déterminé la loi saisonnière invariable de l'affection dont voici la formule: chaque année l'épidémie permanente de diphthérie atteint le point le plus déclive de sa courbe dans le troisième trimestre, se relève durant le quatrième, atteint son paroxysme durant le premier et décline de nouveau durant le second.

Parmi les *fièvres éruptives*, M. Besnier insiste particulièrement sur la *scarlatine* et la *variole*. Il relève une petite épidémie locale de scarlatine observée au collège Chaptal et rapidement enrayée grâce aux mesures prises par M. Archambault. Aussitôt qu'un élève était atteint, il était transporté dans sa famille s'il était de Paris, à la maison de santé s'il était de la province.

L'opinion publique s'est émue un peu plus que de raison d'une explosion variolique récente dont M. Besnier avait, en temps opportun et utile, dénoncé l'imminence sans parvenir à se faire écouter. Il avait montré la variole reparaissant dans la ville, comme dans les hôpitaux, sous forme de foyers partiels et très-limités, mais assez actifs pour ne s'être éteints que sous l'action de mesures énergiques d'isolement. En ce qui concerne particulièrement notre terrain hospitalier, il était inutile de transcrire une fois de plus l'ensemble complet du système de prophylaxie nosocomiale tant de fois développé depuis le rapport de M. Vidal. M. Besnier a toutefois, il y a trois mois, indiqué les mesures qu'il était urgent de prendre sans délai: 1° création dans tous les hôpitaux sans exception d'un pavillon d'isolement temporaire destiné à donner asile immédiat et d'urgence, soit aux sujets atteints d'affections contagieuses qui sont apportés à l'hôpital dans une situation trop grave pour être immédiatement transférés dans les services d'isolement, soit aux malades amenés du dehors dont l'affection est restée douteuse à un examen rapide et qui doivent être l'objet d'une enquête plus approfondie ou plus prolongée avant d'être introduits dans un convoi de varioleux ou dans un service d'isolement; 2° organisation et réglementation du service de transfert des malades atteints d'affections contagieuses; mesures de police à l'égard des voitures dans lesquelles sont apportés à l'hôpital les sujets varioleux; mesures restrictives apportées à la libre sortie des convalescents qui, dans l'état actuel, s'en vont librement semer dans la ville les germes varioleux; 3° création d'un institut vaccinal public dans lequel on pourrait présenter chaque jour les sujets à vacciner, ou trouver sans délais ni difficultés du vaccin efficace et disponible.

M. Besnier ne dit pas que rien de tout cela n'a été fait, mais il est obligé de dire que rien n'a été fait grandement, largement, complètement, et que c'est par lambeaux, en quelque sorte, que nous obtenons de trop lentes modifications. Nous avons, dit-il, des services d'isolement attachés à quelques hôpitaux généraux, alors qu'il faudrait des hôpitaux d'isolement. Aucun compte n'a été tenu de la nécessité d'avoir un petit lazaret à l'entrée de chaque hôpital. Un grand hôpital qui ne possède pas un pavillon d'isolement est un hôpital incomplet, peu digne de notre époque. N'est-il pas humiliant de savoir qu'à Paris, à la fin du dix-neuvième siècle, on introduit encore dans les salles communes des malades atteints d'affections contagieuses!

L'isolement des malades est un principe absolu d'hygiène et de morale publique. Le temps est venu de lui donner satisfaction pleine et entière.

L'isolement, seul moyen de prophylaxie pour la presque-totalité des affections contagieuses, reste encore un moyen de premier ordre alors qu'il s'agit de la variole, et quelle que soit d'ailleurs l'assistance que peuvent prêter la vaccination et la revaccination. En effet, dans une agglomération de plusieurs centaines de mille, et, à plus forte raison, de plusieurs millions d'hommes, l'état de grâce vaccinale permanent, si l'on veut bien me passer cette expression, est une utopie. Il supposerait, en effet, pour être réalisable: 1° le consentement et la soumission de la population entière, permanente et flottante, à la vaccination et aux revaccinations en coupes réglées de quelques années; 2° la possibilité matérielle de réaliser la vaccination dans l'état actuel de pénurie quantitative et qualitative où sont laissées les sources vaccinales.

C'est seulement dans les catégories d'individus classés: armée, hôpitaux, écoles, administrations, que l'on peut espérer voir les revaccinations appliquées, et encore combien de difficultés de détail, à ne compter que celles qui naissent de l'incertitude résultant d'une revaccination négative, après laquelle on voit trop souvent apparaître la variole! Il faut que ces difficultés soient bien réelles pour que l'administration de l'Assistance publique, à laquelle nous avons maintes fois fait appel à l'occasion de morts déplorables survenues dans son personnel médical ou administratif, n'ait jamais pu assurer de service des revaccinations obligatoires pour les élèves, ni même exiger le certificat de vaccine. Espérons que le malheureux élève en pharmacie du service de M. Labric qui vient de succomber à la variole, et chez qui notre savant collègue n'avait pu trouver trace de vaccination, sera la dernière victime.

Dans une circulaire récente, l'administration de l'Assistance publique a prescrit la revaccination de son personnel entier et engagé les médecins à étendre la mesure à tous les malades pour qui elle ne serait pas un inconvénient ou un danger.

La source de vaccin mise à la disposition des médecins est la série des génisses organisée par une entreprise particulière. Est-ce bien là ce qu'il y aurait de mieux à faire? L'Assistance publique ne devrait-elle pas avoir son service particulier et permanent de vaccine, dirigé, en tout ce qui concerne la vaccine animale, par un vétérinaire autorisé qui a, seul, compétence pour accepter ou rejeter les animaux amenés dans les hôpitaux? Enfin, à défaut de tout cela et d'une commission opératoire de vaccin, formons le vœu de voir toutes les revaccinations opérées sous la direction des chefs de service et en leur présence réelle, avec le liquide s'écoulant spontanément de la déchirure des boutons vaccinaux louables, et non avec le liquide obtenu par la compression de ce bouton, pratique commerciale qui devrait être interdite.

Quand la ville de Paris aura-t-elle un bureau central d'hygiène dirigé, comme à Bruxelles, par un médecin compétent, pourvu du matériel nécessaire, revêtu de l'autorité indispensable, et rétribué assez largement pour exercer réellement les fonctions dont il sera chargé, et un bureau particulier dans chaque arrondissement?

Actuellement, aussitôt les foyers de maisons signalés dans toutes les habitations qui sont sous la surveillance directe de la police, les mesures d'hygiène les plus énergiques sont prescrites par la

préfecture de police, et mises à exécution sous la direction momentanée des membres du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

La note suivante, que M. Hillairet a bien voulu rédiger à ma demande, va vous montrer, pour un de ces foyers de maisons, comment les choses se passent :

« Le 14 mars, nous écrit M. Hillairet, M. le préfet de police m'informait que des cas de variole avaient été signalés dans un affreux garni de la rue du Pré-maudit, nº 23, quartier de la Chapelle. Un ouvrier hollandais avait été pris le premier, et, quelques jours plus tard, trois autres personnes furent atteintes. Un cinquième cas se manifesta quelques jours plus tard. Total cinq cas. Il y a eu, à ma connaissance, trois décès (variole noire). Le dimanche 16 mars, à huit heures du matin, j'ai été visiter ce bouge immonde. J'ai prescrit la vaccination d'office de tous les habitants, puis ils ont été congédiés. Le garni a été lavé, fumigé, et, finalement, on est en train de le réparer, ou plutôt de le refaire de fond en comble.

« Mais ces mesures n'ont pas suffi : il y a huit jours, la variole s'est déclarée dans un autre garni, au nº 1 de la même rue. Un nouvel ordre du préfet me prescrivait, samedi 5 avril, d'y aller. Dans le même logement, je trouvai deux enfants qui avaient été atteints. L'un était en convalescence, l'autre en voie de guérison. Dès la veille, j'avais fait donner au commissaire de police l'ordre de placer deux sergents de ville dès cinq heures du matin, afin d'empêcher qui que ce soit de sortir, et de faire venir soit un médecin du bureau de bienfaisance, soit une sage-femme pour revacciner d'office tous les habitants. C'est ce qui a été fait en ma présence, à l'exception toutefois de quelques ouvriers belges qui avaient été revaccinés au régiment (dans leur pays), il y a deux ou trois ans. »

Les mêmes mesures d'assainissement ont été prescrites et seront sévèrement exécutées pour ce second foyer.

Le mouvement de la variole dans les hôpitaux a repris une activité qu'il avait complètement perdue depuis l'année 1872, et comprend, pour le premier trimestre de 1879, 273 malades et 54 décès.

Tous les malades, venant du dehors, ou atteints dans les hôpitaux généraux, ont été transportés dans les services d'isolement, lesquels sont au nombre de six, annexés aux hôpitaux suivants : la Pitié, Saint-Antoine, Laënnec, Tenon, Enfants-malades, Sainte-Eugénie.

L'isolement des varioleux dans les hôpitaux, aujourd'hui régulièrement pratiqué, a déjà rendu un service considérable à la population, laquelle n'est plus exposée, aux jours de visite publique, à une cause de contagion, autrefois permanente. C'est là le premier résultat acquis, le plus palpable, le plus utile probablement.

Mais quelle est l'étendue du service rendu aux malades des salles communes, c'est un point qu'il n'est pas aisé de déterminer avec une parfaite précision et que l'on peut étudier seulement sans donner de conclusion absolue.

Il n'est pas question, bien entendu, de mettre en doute la haute utilité de l'isolement considérée en général, à une époque où l'on peut à peu près sûrement établir que la variole ne se développe que là où les germes varioliques sont apportés par les hommes ou les choses ; c'est en présence des varioleux, en effet, et non à distance que s'opère la transmission morbide, et il serait peu conforme à l'esprit scientifique actuel de considérer l'atmosphère d'une ville ou d'un hôpital pullulant partout de germes varioliques.

Assurément, l'heure n'est pas venue d'appliquer à l'homme malade, la lettre des magnifiques découvertes de l'illustre Pasteur, mais on peut, par avance, lui en attribuer l'esprit et en faire bénéficier pour ainsi dire empiriquement, la santé publique : cela vaudra mieux que de continuer à se leurrer des mots d'influence épidémique et de spontanéité morbide.

Mais il est une circonstance propre à la variole elle-même qui rendra toujours imparfaites et incomplètes les mesures les plus strictes d'isolement : c'est la longueur de sa période d'incubation dont la durée n'est pas moindre de deux septénaires ; on verra toujours, surtout aux périodes épidémiques où les atteintes de la maladie sont nombreuses, admettre dans les salles des hôpitaux, soit des malades en état d'incubation variolique et atteints en même temps d'affections diverses, soit des sujets ébauchant la période prodomique, sans cependant pouvoir être convaincus de variole et supposés, à un examen sommaire, atteints de toute autre affection.

Tout ce que l'on pourra faire, c'est de songer toujours à la variole quand les maladies présentent dans leur état quelque signe prodromique propre à cette affection. Ce sera surtout, et cela est capital, d'abaisser au minimum les chances de transmission, en faisant enlever le varioleux, supposé ou déclaré, le plus promptement possible après que le diagnostic réel aura été porté ou même sera très-probable. Cette nécessité qui apparaîtra de plus en plus évidente, rend indispensable la création dans chaque hôpital, d'un service d'isolement des affections contagieuses, seul moyen de rendre rapidement et efficacement applicables les mesures de préservation que commande l'hygiène contemporaine.

Si j'insiste avec soin sur ces divers points, c'est qu'il est nécessaire d'étudier cette question de tout près, en présence de ce fait assez peu prévu, que le chiffre du cas intérieur reste considérable malgré les mesures d'isolement telles qu'elles sont prises aujourd'hui.

Lorsque l'on saura que le premier trimestre de 1879, sur moins de 400 admissions de varioleux, compte 91 cas intérieurs de variole, on pourra se demander si, en réalité, les mesures d'isolement ont été exécutées partout avec l'ensemble, l'entrain, la régularité et la précision nécessaires. Je ne veux pas aujourd'hui appuyer trop fortement sur ce point délicat ; les chiffres que je donne ont été recueillis, à ma demande, par les soins de M. le Directeur de l'Assistance publique, toujours empressé à servir les intérêts de la science et de la vérité ; mais ces chiffres n'ont pu être collectés que *à posteriori* et par une enquête purement administrative.

J'ai hâte d'ajouter, cependant, qu'il est déjà facile de montrer que ces 91 cas doivent être divisés en deux catégories, et que le plus grand nombre ne méritent pas, en réalité, la qualification de cas intérieurs, qui est purement administrative.

En effet, sur ces 91 cas, 51 ont été constatés chez des sujets qui avaient moins de dix jours de séjour d'hôpital, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas de véritables cas intérieurs, les malades étant déjà en puissance de variole à leur entrée. D'autre part, les 40 restant représentent encore certainement un chiffre très-supérieur au nombre vrai, car non-seulement la période de dix jours accordée à l'incubation est un minimum absolu, et d'autre part l'enquête administrative ne peut, en aucune manière, permettre de préciser les époques diverses de la période prodromique ou de la période de variolisation confirmée, à laquelle les malades ont été signalés au service administratif.

Cette question ne peut recevoir de solution que par le concours des deux services administratif et médical ; l'administration est toute disposée à recueillir les documents scientifiques et à les centraliser, mais il faut aussi que les chefs de service fournissent les documents sans lesquels il est impossible de faire la lumière entière. Les médecins des hôpitaux, qui ont pris si activement et si heureusement en mains la défense de l'isolement des maladies contagieuses, ne voudront pas, je l'espère, se désintéresser absolument d'une question qui est la leur propre, et ils ne se refuseront pas à remplir, pour chaque varioleux constaté dans leur service, un bulletin indiquant simplement la date exacte de la constatation de la variole, la date supposée du début et ce que l'on peut savoir sur l'origine de l'affection.

*Fièvre typhoïde.* — Le nombre des décès typhoïdes, 320, constatés à Paris pendant le premier trimestre 1879 est notablement supérieur à la moyenne de la période correspondante des données communes, laquelle oscille entre 200 et 250 : d'autre part, le chiffre de 300 est également supérieur au total des décès du quatrième trimestre de l'année précédente, ce qui est contraire à la loi d'évolution saisonnière, et ne peut être compris que dans

l'hypothèse de l'existence de foyers accidentels extraordinaires. Cette hypothèse peut être facilement démontrée ensuite par l'analyse statistique : on trouve, en effet, qu'un des arrondissements de Paris, le septième (Palais-Bourbon), compte, à lui seul, 72 décès typhoïdiques, c'est-à-dire plus du cinquième de la mortalité typhoïde de la ville entière. Or cet arrondissement se compose de *quartiers essentiellement militaires;* cela permet déjà de supposer qu'il s'est produit dans cette région un ou plusieurs de ces foyers militaires, absolument spéciaux : on trouve, en effet, 54 décès militaires contre 18 civils. Cette exception militaire est encore exceptionnelle, même pour la population militaire dans son entier, puisque, d'après les chiffres certains, le premier trimestre de 1879 ne compte que 78 décès militaires causés par la fièvre typhoïde.

**Hémoptysies foudroyantes chez les phthisiques.** — M. DAMASCHINO fait une communication sur : *Deux cas d'hémoptysie foudroyante chez des phthisiques occasionnée par la rupture d'un anévrysme d'une artère pulmonaire.* (Sera publié.)

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 25 avril 1879, MM. Beauregard et Chastaing ont été institués agrégés des écoles supérieures de pharmacie (section d'histoire naturelle et de pharmacie).

— Parmi les jurés désignés par le sort pour les assises de la Seine, qui s'ouvriront le 1er mai 1879, nous relevons les noms suivants :

*Jurés titulaires :* MM. Buffet, pharmacien, rue d'Aboukir, 99; Thomas, pharmacien, rue de Flandre, 72; Bergès, médecin, rue Monge, 57; Giffard, vétérinaire, rue Popincourt, 11; Grez, pharmacien, avenue de Neuilly, 46, à Neuilly.

— Un concours pour la nomination à trois places de médecin au bureau central s'ouvrira le mercredi 4 juin 1879, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. — Le registre d'inscriptions sera ouvert le samedi 3 mai 1879, à midi, et sera clos définitivement le lundi 19 mai 1879, à trois heures.

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera son cours de clinique thérapeutique le jeudi 1er mai à neuf heures et demie à cet hôpital, et le continuera les jeudis suivants à la même heure. Il traitera cette année de la clinique des maladies de l'intestin et du foie. Visite et interrogations au lit du malade tous les matins à neuf heures.

— M. le professeur Chatin (de l'Institut), fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 4 mai. Rendez-vous à la gare Saint-Lazare à dix heures et demie pour le train partant de Paris à dix heures trente-cinq minutes pour la station de Chatou.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène pour 1879,** contenant le résumé des travaux thérapeutique et hygiéniques publiés en 1878 et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'un mémoire sur les vignes phylloxérées, par A. BOUCHARDAT, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine. *Trente-neuvième année.* 1 vol. in-32. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Germer Baillière et Ce.

**Recueil de questions** posées aux cinq examens de médecine et aux accouchements. 18 vol. — Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 8144.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La communication faite dans la dernière séance par M. Jaccoud, et dont nous donnons aujourd'hui l'analyse dans le compte-rendu de la séance, ne pouvait pas rester sans réponse. L'importance de son objet d'abord, sans parler du talent de l'exposition, et les doutes que pouvaient laisser subsister quelques points dont la démonstration pouvait paraître ou insuffisante ou même contestable, devaient naturellement provoquer le contrôle et même la contradiction. C'est, en effet, ce qui a eu lieu.

L'idée-mère de la communication de M. Jaccoud, ainsi qu'on peut le voir dans l'analyse que nous en faisons plus bas, est la possibilité de constater l'existence du cloisonnement de la cavité pleurale par des fausses membranes, au moyen des signes fournis par la vibration thoracique. Le fait que les vibrations thoraciques sont accrues dans les pleurésies avec adhérences et sans épanchement, tandis qu'elles sont diminuées au contraire par l'épanchement, a suggéré à M. Jaccoud l'idée de rechercher, dans les cas de pleurésie avec épanchement, si l'absence ou la présence des vibrations ou de simples différences dans leur intensité ne pourraient pas le conduire à reconnaître quels sont les points des parois thoraciques qui sont en rapport direct avec le liquide, et ceux qui sont en rapport avec des adhérences. On verra dans le compte-rendu les déductions pratiques importantes qu'il a déduites de ses constatations.

M. Maurice Raynaud, tout en rendant pleine justice au but que s'est proposé son collègue, à l'étude très-délicate à laquelle il s'est livré sur le diagnostic des adhérences, s'est cru dans la nécessité de faire des réserves, et même des objections formelles, sur divers points. L'argumentation de M. Raynaud repose à la fois sur une question de physique qu'il se déclare incompétent à résoudre et pour laquelle il a fait un appel aux physiciens de l'Académie, et sur des considérations cliniques à l'appui desquelles il invoque le témoignage de tous ses collègues cliniciens, notamment sur le peu de constance et les faciles variabilités, suivant les sujets, de l'intensité des vibrations thoraciques. Mais c'est surtout sur l'analyse des faits qui sont la base de la communication de M. Jaccoud, que M. Raynaud s'est fondé pour combattre les conclusions qu'en a tirées son collègue et notamment sur les applications pratiques et les règles thérapeutiques qu'il en a déduites. Cette partie de l'argumentation de M. Raynaud ne pourrait être bien comprise et suffisamment appréciée qu'avec les faits en main. Mais, comme la discussion ne s'en tiendra pas là évidemment, nous aurons certainement l'occasion d'y revenir et de mettre sous les yeux de nos lecteurs tous les éléments nécessaires à l'élucidation de ce sujet délicat.

Dr BROCHIN.

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

### Influence des journées chaudes et orageuses de l'été sur le développement de la septicémie suraiguë.

Je me décide à traiter dans ma leçon d'aujourd'hui un sujet que je médite depuis quatre ou cinq ans : j'ai observé, pendant le cours de ces dernières années, une série de faits chirurgicaux se répétant constamment avec des coïncidences si remarquables que je me promettais depuis longtemps d'en entretenir mon auditoire ou une société savante ; si jusqu'à présent j'ai gardé le silence, c'est parce que je ne trouvais aucune explication à en donner. Je veux parler des morts rapides par septicémie foudroyante, qui se produisent chez les opérés invariablement dans les mêmes conditions, pendant les journées de chaleurs accablantes et orageuses du mois de juin.

Je me rappelle bien que mes anciens maîtres avaient déjà consacré cette observation pratique, qu'il ne faut pas faire en été les opérations qui peuvent être ajournées. Roux, qui a opéré environ neuf cents cataractes, attendait le printemps et l'automne pour les faire ; il est de notoriété que diverses opérations ne devaient autrefois être pratiquées qu'à telle ou telle saison, et le moins possible pendant les fortes chaleurs. D'où venait cette doctrine de nos prédécesseurs, et sur quelles notions scientifiques s'appuyait-elle ? Je ne saurais trop le dire : je me souviens encore que Roux tenta de nous l'expliquer dans une leçon clinique, et que ses raisons ne nous avaient guère convaincus.

En 1849, lorsque j'étais interne à la Salpêtrière, éclata l'épouvantable épidémie de choléra qui emporta dix-sept cents victimes sur moins de quatre mille malades qui constituent la population de cet hospice ; un certain jour de juin

survint un de ces orages fantastiques qui inondent tous les étages d'une maison, et, ce jour, le chiffre des décès s'éleva à cinquante-deux.

Lorsque j'étais chirurgien de la Maternité, j'ai fait des observations statistiques portant sur quarante années (Société de chirurgie 1866, et Annales d'hygiène publique 1867). J'ai constaté ainsi que l'influence de certains mois de l'année est incontestable sur les maxima et les minima de la mortalité; ces époques varient d'ailleurs suivant les localités. Paris n'a pas son maximum de mortalité puerpérale dans le même mois que Saint-Pétersbourg.

J'avais déjà remarqué ces analogies quand de nouveaux désastres vinrent me frapper davantage encore. En 1873, dans une famille amie, une jeune femme qui avait eu deux accouchements antérieurs terminés de la façon la plus heureuse, accoucha pour la troisième fois le 12 juin; elle se trouvait dans les conditions de santé et de position sociale les plus satisfaisantes. L'accouchement se fait sans complications; cependant le soir la jeune femme se plaint de malaise, le lendemain son état est alarmant et va s'aggravant le troisième jour. Le quatrième jour, au matin, elle succombe. Je remarque, entre temps, que le jour de l'accouchement nous avions une de ces températures orageuses excessives qui abattent les tempéraments les plus robustes.

A la même époque, pendant le même mois de juin, j'opère ici un homme d'une cataracte double; l'opération fut une des plus régulières que j'eusse pratiquées; le soir, fatigue et malaise de l'opéré; le lendemain, insomnie, bandage déroulé, rougeur de l'œil; en un mot, en quelques jours, fonte purulente de l'œil. C'était à une époque de fortes chaleurs : frappé de la rapidité de ces accidents, je me promis bien de ne plus opérer dans ces conditions.

En juin 1874, mon ami et collègue M. Laboulbène me fit appeler auprès d'une dame âgée de cinquante-deux ans, atteinte d'un cancer du sein gauche sans engorgement des ganglions axillaires. L'état général était bon; j'enlevai la tumeur avec le bistouri : pendant quatre jours tout alla bien; le cinquième jour, il faisait une chaleur orageuse, le soir la température s'élève, je suis appelé en toute hâte auprès de la malade que je trouve haletante, en sueur, tout agitée, avec un subdélire et un peu de surdité; le sixième jour, l'érysipèle apparaît nettement sur les bords de la plaie; le huitième, la malade succombe. Tout cela s'était passé entre l'orage du mercredi soir et le dimanche suivant.

En 1876, un homme de trente-cinq ans, vigoureux et bien portant, m'arrive de l'île Bourbon, me demandant de l'opérer, en descendant de chemin de fer, et avant même de m'avoir dit qu'il s'agit d'un rétrécissement du rectum et de deux fistules anales sous-jacentes. J'obtiens deux jours de délai et je fais la rectotomie linéaire avec l'anse galvanocaustique, qui me donne une plaie sèche, cornée et absolument exsangue, sauf les quelques gouttes de sang causées par la piqûre du trocart. Le soir le malade est agité; le lendemain, diarrhée profuse et odeur infecte, insomnie, fièvre; le troisième jour, l'état s'aggrave, et, le matin du quatrième jour, le malade succombe. Il avait encore été opéré par un de ces temps d'orage du mois de juin.

J'arrive au dernier fait, qui a été pour moi le plus douloureux et qui m'a impressionné d'une façon très-pénible. En 1876, une jeune femme charmante, âgée de vingt-deux ans, avait eu une déchirure du périnée lors d'un premier accouchement. Elle nourrissait son enfant depuis six mois : on me demanda de faire la périnéorrhaphie; je conseillai d'attendre jusqu'au quinzième mois après le sevrage et après un séjour à la campagne et sur les bords de la mer, afin de n'opérer que dans les conditions les plus favorables. Mon programme fut suivi : j'avais recommandé l'époque du printemps, fin avril ou fin mai; mais, de retards en retards, nous arrivâmes au 7 juin, date à laquelle je fis l'opération. La veille, le temps était splendide; le 7, la chaleur fut atroce, et je me rappelle encore la sueur qui ruisselait sur nos visages pendant l'opération, de onze heures à midi, dans un appartement où nous nous étouffions. C'était ma neuvième opération de périnéorrhaphie, et je n'avais encore eu qu'un échec. Le soir de l'opération, ma jeune malade se plaignait de malaise, de chaleur, d'anxiété; insomnie, pouls très-fréquent, fièvre; l'état s'aggrave rapidement, et, le quatrième jour, à six heures du matin, l'infortunée succombait.

Depuis ce temps, ces faits ont mûri dans mon esprit, et j'étais de plus en plus convaincu de la relation de cause à effet qui doit exister entre les chaleurs orageuses et ces désastres chirurgicaux dont je n'ai plus observé d'exemples parce que je me suis abstenu de pratiquer dans ces conditions les opérations qui pouvaient être ajournées. J'étais resté avec ces notions, quand, dans l'éternelle reprise de la discussion sur la septicémie à l'Académie, M. Davaine énonça les résultats de ses expériences, que j'entendis avec la plus vive satisfaction, parce qu'ils jetaient un nouveau jour sur mes observations. Voici, en quelques mots, ce qu'a vu M. Davaine : il injecta une fois à dix-huit cobayes une dilution quasi-homœopathique de sang septicémique (de un cinquantième à un millième de goutte) : cela suffit pour tuer ces animaux dans un court espace de temps, parce que ce liquide est un liquide de culture septicémique. En trente heures, tous les cobayes étaient morts. Pour contrôler l'expérience faite en juin, M. Davaine la répéta un certain jour de décembre, par un temps de glace et de givre. A douze cobayes, il injecta un dixième, un vingtième, un trentième de goutte de sang septicémique; les cobayes ne s'en trouvèrent pas incommodés. L'expérience fut répétée en plaçant les cobayes dans une étuve chauffée à 28° ou 30°; ils périrent tous. Le résultat définitif fut que, pour tuer un cobaye, en été, il faut deux mille fois moins de liquide septique qu'en hiver. Je sais parfaitement bien que nous ne sommes pas des cobayes et qu'il faut se défier des assimilations, surtout en matière de septicémie (ainsi les lapins y sont récalcitrants, été comme hiver), mais je pense que nous ne devons pas négliger de nous instruire avec ces faits d'expérimentation.

Vous connaissez encore l'expérience de M. Pasteur, qui a démontré que les oiseaux sont réfractaires au charbon; il semble que c'est grâce à leur température intérieure trop élevée : en effet, si l'on place une poule daus une cuvette de façon à lui faire prendre une sorte de bain de siège de température modérée, elle est infectée par la bactéridie du charbon, et succombe. Inversement, au dessous de 42°, la bactéridie du charbon se perd et ne se transmet pas.

M. Davaine a injecté aussi du sang septicémique à de petits renards qui y sont restés insensibles. Mais, lorsque le sang a été injecté dans la cavité péritonéale, deux sur trois ont succombé. Un expérimentateur suédois avait injecté dans le péritoine du pus non septique (chaud, phlegmoneux, de bonne nature), en plaçant l'animal dans des conditions de température particulières; le sang de cet animal devenait septique et pouvait servir à la culture septicémique. Je vous rappellerai encore pour mémoire les expérien-

ces de MM. Davaine et Laborde, répétant celles de Julliard et Leplat (1867), qui avaient découvert que la maladie sans bactéridie qu'ils observaient, et qui n'était autre que la septicémie, pouvait se transmettre par voisinage. Lorsque l'on a affaire à des septicémiques réunis en un milieu clos, et avec une température suffisamment élevée, la contagion se fait sans doute par l'absorption de miasmes, de germes septicémiques par la respiration.

Je ne m'arrête pas davantage à ces faits expérimentaux : je ne veux pas exagérer leur valeur au profit de ma théorie, mais je ne puis m'empêcher de vous faire constater leurs résultats fondamentaux. Je me crois donc autorisé à reconnaître l'influence des hautes températures et des températures orageuses sur le développement de la septicémie. Je ne veux pas terminer sans ajouter que, ces jours derniers, je m'entretenais de ces faits avec M. Verneuil; il me fit remarquer, à l'appui de mon opinion, que, un certain 3 juin d'une année précédente, jour d'orage violent, on observa dans les hôpitaux de Paris cent hémorrhagies secondaires ; or l'hémorrhagie secondaire n'arrive pas si la marche de la plaie est normale, elle ne se produit que par un certain degré de septicémie.

Tels sont les faits que je tenais à vous signaler ; je n'ai pu vous donner qu'une ébauche de cette grande question. Ils ne nous expliquent rien sur les causes de la septicémie : mais, vous le savez, la recherche des causes est vaine, on n'y arrive jamais ; ce qu'il nous importe de connaître, ce sont les conditions dans lesquelles les phénomènes se produisent. Nous pouvons déjà tirer de ces observations une conclusion pratique : le chirurgien doit se défier, non pas des beaux jours de l'été, mais de ces journées chaudes et orageuses des mois de juin et juillet. Quand vous le pourrez, vous ferez bien d'ajourner à une autre époque les opérations importantes qui peuvent être différées.

---

## HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

### Causes de la formation des caillots dans les sinus de la dure-mère (1).

IV

Les causes de la thrombose des sinus de la dure-mère chez les enfants se rattachent à une condition générale de l'économie plus qu'à une influence locale.

Les thromboses par influence locale ne s'observent que dans les thromboses inflammatoires ; elles sont dues à une carie du rocher, à une plaie de tête ou à une encéphalite primitive, etc.

La thrombose des sinus de la dure-mère est beaucoup plus habituellement le résultat d'une influence générale, de débilité ou d'affaiblissement organique, produite par une maladie antérieure et particulièrement par les maladies chroniques. On l'observe dans toutes les cachexies.

A cet égard, son développement ressemble beaucoup à celui des thromboses veineuses observées chez l'adulte dans les mêmes conditions d'état général, surtout dans les maladies chroniques telles que la tuberculose et le cancer.

Seulement, chez les adultes, la thrombose veineuse s'observe surtout dans les membres inférieurs sous forme de *phlegmatia alba dolens*, tandis que chez les enfants du premier âge on la rencontre davantage sous forme de coagulation veineuse de la tête dans les sinus de la dure-mère.

Pourquoi cette différence ? Il est impossible de le dire sans faire d'hypothèse, et je me borne à constater le fait.

Toutefois chez l'enfant comme chez l'adulte, on rencontre ces thromboses dans d'autres organes, tels que le cœur et les poumons, l'intestin, les reins, etc., et M. Parrot a appelé récemment l'attention sur ce fait intéressant.

Dans le cœur et dans les poumons ce sont ces thromboses qui amènent surtout ces noyaux d'apoplexie pulmonaire et ces infarctus que j'ai décrits depuis une dizaine d'années dans mon *Traité des maladies de l'enfance*, comme un des accidents de la diphthérite grave septicémique.

Peut-être est-ce à ces coagulations veineuses qu'il faut attribuer les infarctus si communs du tissu cellulaire sous-cutané que l'on observe dans une foule de maladies de l'enfance et qui sont manifestement des infarctus veineux. J'en ai donné la description complète dans mon mémoire de la *Gazette des Hôpitaux* 1876, sur l'endocardite végétante, et dans un autre mémoire sur les infarctus sous-cutanés du choléra.

Quoi qu'il en soit, un fait important ressort de toutes les observations de thromboses veineuses constatées sur différents points de l'organisme chez les enfants et chez les adultes, et ce fait a tous les caractères d'une loi de pathologie générale que je formulerai ainsi :

*Dans toutes les cachexies et dans les maladies chroniques, il peut se faire de la tête aux pieds, dans toutes les veines du corps, des thromboses dont le développement provoque des symptômes en rapport avec les fonctions de l'organe occupé.*

C'est la confirmation de mes premières recherches, sur la *coagulation du sang veineux dans les cachexies et dans les maladies chroniques, publiées il y a trente-quatre ans.*

Mais, ce qui nous reste à bien connaître, malgré les tentatives faites par quelques observations, c'est la cause chimique de cette coagulation du sang. C'est, dit-on, la stase et la stagnation du sang dans le cœur frappé d'une demi-asystolie, ou un trop long repos dans les vaisseaux veineux par suite de la position déclive de la tête ou des membres, si le sujet est resté couché. Mais, pour que la stagnation entraîne la coagulation, il faut d'autres circonstances que l'on n'a pas encore bien positivement déterminées.

D'après Mathieu et Urbain (1874), cette coagulation résulterait de la *sursaturation* du sang par l'acide carbonique ou d'une altération des globules assez prononcée pour qu'ils ne suffisent plus à fixer le gaz acide carbonique formé dans la circulation.

Cette théorie est très-plausible.

En effet, dans la *sursaturation* qui résulte de l'asphyxie du croup et qui, comme je l'ai fait connaître en 1878, s'accompagne d'anesthésie cutanée, il y a thrombose cardiaque, thrombose de l'artère pulmonaire, infarctus des poumons et infarctus du tissu cellulaire sous-cutané. Ici, l'*anoxémie* et la *carbonhémie* sont évidentes et produisent l'insensibilité que l'on amène en faisant respirer de l'acide carbonique.

Dans la *sursaturation* qui résulte d'un ralentissement de la circulation dans les cachexies, le résultat est le même.

Dans la sursaturation qui résulte de l'état d'*inflammation*, il y a encore dans le sang du cœur et de l'artère pulmonaire une tendance à la coagulation.

Pour les observateurs que je viens de citer, la coagulation se fait lorsque le sang contient un volume d'acide carbo-

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 avril 1879.

nique égal ou supérieur à 70 centimètres cubes pour 100.

Pareil résultat s'observe dans la *sursaturation carbonique du sang* qui résulte de l'altération des globules rouges lorsqu'ils ne peuvent fixer la quantité de gaz acide carbonique introduit dans la circulation.

Mathieu et Urbain ont même démontré que, dans les *thromboses cachectiques*, le pouvoir absorbant du sang pour l'oxygène et par suite pour l'acide, était très-diminué. Cette expérience a été faite sur un sujet porteur de thrombose d'origine spontanée sur lequel ils avaient pris du sang à l'aide d'une ventouse.

Ainsi, état cachectique, ralentissement de la circulation, sursaturation carbonique du sang, voilà les causes de la coagulation spontanée du sang dans les veines.

Ces conditions se rencontrent chez les enfants dans les maladies chroniques, telles que la gastro-entérite simple et tuberculeuse, dans la pneumonie chronique avec sclérose pulmonaire, dans la pleurésie chronique, dans la pneumonie tuberculeuse et dans la phthisie pulmonaire tuberculeuse, dans la péritonite chronique et dans le carreau, dans les tumeurs blanches et le mal de Pott, dans la coqueluche et la rougeole suivie de phlegmasie chronique des poumons, etc.

C'est l'état cachectique, le marasme, la cacochymie, la consomption et la φθίσις, quelle qu'en soit la cause, qui sont l'origine de toutes les thromboses connues et à connaître.

L'ancienne médecine connaissait aussi bien que nous et avait vu comme nous les convulsions finales et le délire ultime des maladies, mais elle en ignorait la cause anatomique. Ce sera le mérite de l'époque actuelle et du présent travail de l'avoir révélée.

Jadis on rapportait à l'*inanition* la cause du délire et des convulsions qui surviennent dans ces circonstances. Les malades n'ont pas mangé depuis longtemps, leur tête est creuse et leur cerveau vide, ai-je entendu dire bien des fois. C'est de la faiblesse; faiblesse soit, mais avec elle il y a l'œdème de la pie-mère par stase ou thrombose des sinus. Explication pour explication, théorie pour théorie, je préfère de beaucoup celle qui attribue le trouble des fonctions du cerveau à une obstruction veineuse suivie d'hydropisie passive plutôt qu'à une diète prolongée de nature à faire le vide du cerveau.

On dit que les gens qui meurent d'inanition ont du délire et des convulsions. Cela est vrai. Mais qui sait s'ils n'ont pas à ce moment des caillots dans les sinus de la dure-mère? Cela serait à rechercher.

Voici maintenant les observations et notes relatives à la thrombose des sinus par tuberculose, fièvre hectique de la phthisie pulmonaire et de la pneumonie tuberculeuse.

*Pneumonie droite tuberculeuse. — Convulsions finales. — Mort. — Thrombose et caillots des sinus de la dure-mère et des veines méningées.* — P... Charles, seize mois et demi. Entré le 23 janvier 1865. Cet enfant, un peu rachitique, sortit de l'hôpital il y a une quinzaine de jours, où il était entré pour un faux croup. A la suffocation primitive avait succédé une broncho-pneumonie qui n'a pas cessé et qui est plus forte depuis trois jours.

Il est dans un accablement considérable, peu gêné à respirer, ne toussant pas beaucoup.

Il a vomi une fois chez lui, et a de la diarrhée avec ballonnement du ventre.

Dans la poitrine, il y a, à droite, en arrière, un peu de matité; en ce point, de la rudesse, du bruit respiratoire, sans bronchophonie, et de temps à autre un peu de râle crépitant. Cela n'existe ni en avant, ni sur les côtés.

Pas beaucoup de soif, peau chaude, pouls 128.

*Traitement.* — Juleps gommeux, 5 grammes sirop diacode et 5 grammes d'oxymel scillitique,

Le 31 janvier, l'enfant, après être resté dans le même état d'assoupissement, a été subitement pris de convulsions qui ont duré jusqu'à 3 heures du matin, et au milieu desquelles il a succombé.

*Autopsie.* — 2 février. Le *poumon droit* présente dans le lobe inférieur un noyau central d'hépatisation, gros comme une noix. Le tissu est dur, rouge, granuleux, friable, et en certains points existent de petits noyaux d'hépatisation grise.

A la partie correspondante, la plèvre conserve quelques traces de pseudo-membranes.

Dans le *poumon gauche*, à la base du lobe supérieur, existe une partie dure, rouge et affaissée, au centre de laquelle se trouvent des granulations miliaires demi-transparentes.

Les *ganglions bronchiques* sont un peu tuméfiés, mais sans tuberculose.

Rien de particulier au ventre.

Les *méninges* sont un peu congestionnées, avec légère infiltration séreuse de la pie-mère.

La *substance cérébrale* ne présente aucune autre altération appréciable que l'hyperémie; on trouve seulement dans la *dure-mère* une oblitération complète du sinus longitudinal supérieur, du sinus latéral droit et du sinus occipital du même côté, ainsi que de quelques veines méningées.

Cette oblitération est le résultat de caillots sanguins de formation récente et ancienne à la fois. Les uns adhèrent faiblement aux parois des sinus qui ne sont pas altérées. C'est une agglutination que la simple traction suffit pour détruire.

Les autres, d'un âge plus avancé, sont assez fermes et composés en grande partie de fibrine décolorée, jaune, transparente, ambrée, unie çà et là avec des caillots rouges-noirâtres.

Les os ont tous la déformation rachitique.

Ici, sur cette enfant affaiblie par le rachitisme et la cachexie tuberculeuse, est survenu du coma, puis des convulsions générales ont terminé la vie. A l'autopsie on trouve que l'obstruction des sinus et des veines méningées, en gênant la circulation du cerveau, a produit l'attaque convulsive et la mort.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 avril 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales de Vals, des Fumades, de Luxeuil, de Royat, de Molitz-les-Bains. (Comm. des eaux minérales.)

M. le docteur Brachet, médecin major, adresse à l'Académie une observation de mycosis fongoïde généralisé. (Comm. Devergie, Verneuil.)

### PRÉSENTATIONS

**M. Peter** présente, au nom de MM. Laveran et Teissier, un volume intitulé : *Éléments de pathologie médicale.*

**M. Leroy de Méricourt** présente, au nom de M. Moncorvo, deux brochures : 1° *De la lientérie chez les enfants;* 2° *Du traitement du rhumatisme noueux chez les enfants par les courants continus.*

**M. Larrey**, au nom de M. de Wecker, présente un ouvrage intitulé : *Chirurgie oculaire.*

**M. Broca**, au nom de MM. Legros et Magitot, présente une brochure sur la *Morphologie du follicule dentaire chez les vertébrés;*

2° au nom de M. Magitot, une brochure intitulée : *De la greffe chirurgicale dans ses applications à la thérapeutique des lésions de l'appareil dentaire.*

M. LE PRÉSIDENT déclare une vacance dans la section d'hygiène, en remplacement de M. Tardieu.

RAPPORT

M. MARROTTE lit la deuxième partie de son rapport sur le prix Godard.

DISCUSSION SUR LA PLEURÉSIE MULTILOCULAIRE

La parole est à M. Maurice Raynaud sur le sujet de la communication faite dans la dernière séance par M. Jaccoud. Voici le résumé de cette communication :

« Savoir si une pleurésie est uniloculaire, biloculaire ou multiloculaire, c'est l'affaire de la nécroscopie. » Telle était la proposition formulée en 1854 par le professeur Wintrich et généralement admise encore aujourd'hui. D'après les faits qu'il a observés depuis 1870, M. Jaccoud pense que ce diagnostic est possible et qu'il peut devenir un guide utile pour la ponction. La conservation des vibrations thoraciques, remplissant certaines conditions définies et coïncidant avec un ensemble déterminé de signes physiques, voilà pour M. Jaccoud le moyen de diagnostic.

Quelles sont ces conditions et ces signes qui spécialisent le fait générique de la conservation des vibrations locales ? C'est là l'objet de ces recherches.

D'après les observations de M. Jaccoud, il y aurait lieu d'admettre deux types sémiologiques parfaitement distincts.

1er *type.* — Sur un côté du thorax présentant au complet l'ensemble des signes ordinaires d'un épanchement total, les vibrations vocales sont conservées suivant une bandelette qui s'étend, à une hauteur variable de la poitrine, de la colonne vertébrale vers le sternum, par un trajet plus ou moins régulièrement demi-circulaire ; dans tous les autres points les vibrations sont abolies.

Dans les conditions désignées, l'existence de cette zone vibrante, qui se détache par sa vibration même sur tout le reste de la paroi devenue muette, ne peut indiquer autre chose qu'une bandelette d'adhérence costo-pulmonaire, tendue par l'épanchement qu'elle divise en deux loges.

Quant aux coïncidences, voici ce qu'elles ont été : translation droite et abaissement du cœur ; matité absolue et totale ; pas de tympanisme sous-claviculaire ; au niveau de la zone vibrante, respiration et voix bronchiques ; partout ailleurs, silence respiratoire et vocal, sauf sous la clavicule où l'on perçoit un bruit respiratoire éloigné, avec bourdonnement confus de la voix.

2e *type.* — Ici les vibrations sont conservées plus ou moins affaiblies dans toute l'étendue de la matité, sauf parfois dans une zone d'un à deux travers de doigt à la partie inférieure du thorax en arrière. Dans quatre cas de ce type observés, les coïncidences, d'une remarquable uniformité, ont été : matité absolue, sans élasticité ; matité de pierre dans toute la région sus-diaphragmatique ; pas de tympanisme sous-claviculaire ; dans cette même étendue, souffle bronchique éclatant et bronchophonie forte ; déplacement des organes voisins. Par le degré et l'étendue de la matité, par la généralisation du souffle et de la bronchophonie, ce type de pleurésie se distingue des épanchements séreux homogènes peu abondants, à vibrations conservées. Par la conservation du fremitus vocal, il ne s'éloigne pas moins des épanchements complets uniloculaires à matité absolue et à souffle bronchique généralisé. En fait, ce complexus symptomatique a été lié, dans les observations de la deuxième série rapportées par M. Jaccoud, à la présence d'une pleurésie aiguë multiloculaire.

Telle a été, dans ces observations, la précision de ces signes que M. Jaccoud se croit autorisé à généraliser l'enseignement qui en ressort, et à dire que toute pleurésie aiguë qui présente d'une manière persistante l'ensemble de ces signes est une pleurésie multiloculaire à cloisonnement secondaire plus ou moins multiplié.

Lorsque, à l'aide de ces signes, on a reconnu l'existence d'une pleurésie à cloisonnement multiple, peut-on aller plus loin dans le diagnostic et discerner la situation des cloisons fondamentales, de manière que cette notion dirige la thoracentèse ? M. Jaccoud l'a pu dans les deux cas où il a eu recours à la ponction, et cela parce que, sur le fond uniformément vibrant du côté malade, il trouvait une ou deux zones, où les vibrations étaient manifestement plus fortes que dans les autres points ; ces zones à vibrations maxima ont été son guide pour la thoracentèse. Mais, si le discernement des loges fondamentales dans une pleurésie cloisonnée est possible, il ne l'est pas toujours. Le concours de signes sur lequel il repose a fait défaut dans les trois cas terminés par la guérison. Il a été impossible à M. Jaccoud de découvrir sur le côté malade, à vibrations diffuses faibles, une zone régulière et limitée de vibrations plus fortes, de sorte qu'il n'a pu arriver à aucune notion touchant la situation respective des loges. Ce fut là un des motifs qui décidèrent M. Jaccoud à s'abstenir de la ponction dans ces trois cas. Il avait, d'ailleurs, pour s'abstenir une raison bien plus sérieuse, car il avait acquis la preuve, par les autres faits, que ces pleurésies multiloculaires supportent impatiemment la thoracentèse.

On voit, par ce qui précède, que le diagnostic de la disposition multiloculaire de la pleurésie aiguë est, avant tout, une question de pratique de première importance. En effet, de ce diagnostic découle un pronostic particulier ; même lorsqu'elle guérit, cette pleurésie est plus grave que les autres, en raison des adhérences qui lui survivent nécessairement. De ce diagnostic découle, en outre, un précepte thérapeutique que M. Jaccoud formule en ces termes : la pleurésie multiloculaire aiguë ne doit pas être traitée par la thoracentèse ; la ponction n'y est autorisée que pour remplir d'urgence l'indication vitale résultant d'une suffocation véritablement imminente.

L'étude de la pleurésie multiloculaire a soulevé, sous la plume de M. Jaccoud, une seconde question, celle des adhérences du diaphragme.

On sait que, dans la pleurésie vulgaire du côté gauche, le déplacement du cœur fournit à la thoracentèse d'urgence une indication formelle, qui prime même la considération de la dyspnée. Dans la pleurésie multiloculaire, du même côté, les raisons de la ponction d'urgence ne sont plus les mêmes, la dislocation du cœur n'a plus une signification aussi décisive, elle peut être même sans valeur à ce point de vue. Par cela seul, en effet, que la pleurésie est cloisonnée, il y a toute chance pour que le péricarde soit fixé par des adhérences dans sa position vicieuse, et, dans ces conditions, la ponction pratiquée dans le but de remédier au déplacement du cœur restera sans effet utile. Donc le simple fait d'une ectopie cardiaque, même étendue, ne suffit pas pour indiquer la ponction ; pour que cette indication devienne légitime, il faut que le médecin puisse établir, sinon avec certitude, du moins avec une probabilité satisfaisante, que la thoracentèse diminuera réellement le déplacement du cœur.

Ce jugement est possible, jusqu'à un certain point. La question consiste à déterminer s'il y a ou s'il n'y a pas d'épanchement antéro-inférieur. Mais de grandes difficultés se présentent ici, les moyens de diagnostic étant considérablement restreints dans la zone sous-mamelonnaire gauche par l'absence de toutes vibrations, de souffle et de ralentissement bronchique. Voici comment M. Jaccoud pense être arrivé à ce but ; c'est, comme on va le voir, par une voie indirecte.

Au cours d'une pleurésie cloisonnée, comme au cours d'une pleurésie quelconque, cette région sous-mamelonnaire gauche présente nécessairement dans sa profondeur l'un des trois états suivants : elle est altérée sans épanchement, elle est saine, elle est altérée par la présence d'un épanchement, par des adhérences du poumon, du péricarde et du diaphragme aux côtés. Dans les trois cas, les phénomènes négatifs issus de l'absence de vibrations, du silence respiratoire et vocal, sont les mêmes ; mais, si la région est intacte dans la profondeur, il n'y a pas ordinairement de déplacement du cœur, le mouvement respiratoire de l'épigastre et

de l'hypochondre a sa régularité physiologique, et la percussion montre que le tympanisme aigu dû à la présence de l'estomac et du côlon a ses qualités et son étendue normales, c'est-à-dire qu'elle révèle la conservation parfaite de l'espace tympanique connu en sémiologie sous le nom d'espace semi-lunaire. Lorsque la région est altérée dans sa constitution profonde, que ce soit par épanchement, que ce soit par adhérences, il y a ectopie cardiaque, et le soulèvement inspiratoire de l'épigastre et des côtes n'a plus son rhythme régulier.

Cette constatation faite, il reste à distinguer entre elles les deux espèces d'altérations.

Les signes différentiels sont fournis par la percussion et par l'examen de la mobilité respiratoire de la région.

La percussion est insuffisante pour faire distinguer à coup sûr un épanchement sous-mamelonnaire d'avec l'existence de fausses membranes et d'adhérences du diaphragme aux côtes. Il est indispensable, pour déterminer si la modification constatée est due à la présence d'un liquide ou à des adhérences diaphragmatiques, de recourir au second signe, fourni par l'examen de la mobilité respiratoire dans la zone costo-épigastrique. En cas d'adhérences, non-seulement on constate le renversement des mouvements normaux de l'épigastre et de l'hypochondre, c'est-à-dire un retrait inspiratoire et une projection expiratoire, comme dans l'épanchement et dans toutes les paralysies du diaphragme, quelle qu'en soit la cause; mais, en outre, on voit ce fait pathognomonique : à chaque inspiration, une dépression active des espaces intercostaux inférieurs, à partir du sixième ou du septième; avec cette dépression coïncide, dans la même étendue, une traction des côtes elles-mêmes vers la ligne médiane. L'expiration est signalée par le retour de ces parties à leur situation régulière, c'est-à-dire par une saillie épigastrique et par la projection excentrique des côtes et des espaces correspondants.

L'importance de ces faits cliniques est considérable. Que, dans les cas qui viennent d'être cités et dont M. Jaccoud a rapporté plusieurs exemples, on eût pratiqué une thoracentèse au point considéré généralement comme le point d'élection, et l'on plongeait le trocart dans la cavité abdominale. Un malheur semblable est arrivé à un médecin des hôpitaux de Riga, qui l'a très-loyalement publié.

La conséquence de ces faits est l'obligation de la recherche des adhérences dans toute pleurésie, comme élément indispensable du diagnostic, obligation d'autant plus étroite que ces adhérences diaphragmatiques ne sont pas rares. L'intérêt de ce sujet n'est pas limité au domaine de la pleurésie multiloculaire; toute pleurésie pouvant présenter ces dispositions anatomiques, la détermination de l'état du diaphragme doit faire désormais partie intégrante du diagnostic de la maladie; et comme, ajoute M. Jaccoud, il n'existe aucun rapport, ni direct ni inverse, entre l'abondance de l'épanchement et l'existence de ces adhérences, elles doivent être recherchées dans chaque cas, abstraction faite de toutes les autres particularités de la pleurésie. Cette appréciation est pour la thoracentèse une condition préalable d'absolue nécessité.

Enfin, il résulte de ces faits qu'il ne convient pas d'assigner, même d'une manière générale, un lieu d'élection quelconque à la ponction de la poitrine dans la pleurésie; ce lieu, que commande avant tout l'éventualité des adhérences pulmonaires et diaphragmatiques, varie nécessairement d'un malade à l'autre et la croyance à une règle fixe constituerait un péril renaissant avec chaque malade.

M. RAYNAUD a entendu avec le plus vif intérêt et le plus grand plaisir la brillante communication de M. Jaccoud sur la pleurésie aiguë multiloculaire et sur les adhérences du diaphragme; mais, tout en s'abandonnant volontiers au charme de cette merveilleuse éloquence, il n'a pu se défendre de sentir naître en son esprit quelques doutes, quelques objections, quelques réserves sur le fond même de cette communication. Ces objections et ces réserves ont pris corps dans son esprit après la lecture du bulletin, et, tout en continuant à penser qu'il y a plus à louer qu'à blâmer dans le travail de M. Jaccoud, il vient soumettre à l'Académie les quelques critiques que ce travail lui a suggérées.

M. Jaccoud, en faisant cette communication, a eu un mérite incontestable, celui d'avoir appelé l'attention des médecins sur un point trop négligé de l'histoire de la pleurésie, sur les adhérences. Jusqu'ici les cliniciens ne se proposaient guère qu'un seul but, celui de rechercher le liquide et les moyens de débarrasser le malade. Cependant cette question a été abordée dans plusieurs travaux, en particulier dans l'ouvrage de M. Woillez sur les maladies des organes respiratoires, dans des leçons cliniques de M. Lasègue, dans un travail de M. Hanot, son chef de clinique, et, enfin, dans un article fait par M. Raynaud lui-même pour le *Dictionnaire* de M. Jaccoud.

M. Raynaud rappelle notamment, à cette occasion, qu'il a insisté sur les dispositions anatomiques qui existent à la base de la poitrine, du côté gauche, dispositions telles qu'elles peuvent entraîner les plus funestes conséquences, au point de vue de la thoracentèse, pour un médecin non prévenu, et donner lieu à de regrettables erreurs. A côté du fait malheureux de Girgensohn (de Riga) rapporté par M. Jaccoud, M. Raynaud cite un fait qui lui est personnel et qui montre combien il faut tenir compte des adhérences : assisté de M. Dieulafoy dont la compétence est bien connue en matière d'épanchements pleurétiques, il fit, pour des raisons particulières, contrairement d'ailleurs à ses habitudes, une ponction dans le neuvième espace intercostal, et pénétra dans la rate. L'autopsie du malade, qui a succombé ultérieurement à toute autre cause, montre au surplus que cette ponction n'avait pas eu de fâcheuses conséquences; il s'était formé une péritonite adhérente; le trocart, très-fin, en outre, n'avait pénétré que de 6 centimètres. Toutefois le fait dont a parlé M. Jaccoud montre bien qu'il ne faut jamais ponctionner aussi bas ni dépasser jamais le septième espace intercostal qui doit être considéré comme les colonnes d'Hercule du trocart destiné à vider les épanchements pleurétiques.

Quant au cas d'épanchement antérieur sous-mamelonnaire, au sujet duquel M. Jaccoud a si bien fait ressortir toutes les difficultés de diagnostic, tous les dangers de la ponction, la règle que croit devoir poser M. Raynaud pour ces cas est bien simple; il ne faut, selon lui, jamais ponctionner en ce point, sous peine de s'exposer à des ponctions dans le foie, dans l'estomac ou dans le cœur.

Relativement aux deux types de pleurésie avec adhérences qu'admet M. Jaccoud, il les a fondées sur cinq observations; or, sur ces cinq observations, il n'y a qu'une autopsie, et encore cette autopsie a-t-elle précisément montré qu'il n'existait pas de loges; M. Jaccoud admet qu'elles avaient été détruites par la suppuration; mais il faudrait le prouver. Les thoracentèse successives amènent, les unes de la sérosité, les autres du pus; cela ne prouve pas qu'il ait pénétré dans différentes loges.

Quant à l'importance que M. Jaccoud attache aux vibrations, à leur conservation, à leur diminution ou à leur augmentation M. Raynaud fait observer que la théorie admise par M. Jaccoud est loin d'être toujours d'accord avec les faits fournis journellement par la clinique. C'est là un sujet très-variable suivant les épanchements, suivant les individus eux-mêmes; il y en a qui vibrent, d'autres qui ne vibrent pas. C'est, selon M. Raynaud, une grande ambition de la part de M. Jaccoud, que de vouloir tirer des couclusions définitives d'un type aussi fugace, aussi fugitif, auss variable que la conservation, l'augmentation ou la diminution des vibrations thoraciques.

M. Jaccoud attribue la conservation des vibrations à la présence de ces membranes tendues qui forment les cloisons de la pleurésie; s'il en était ainsi, après la ponction, ces membranes n'étant plus distendues par le liquide, les vibrations auraient pu disparaître; or, c'est précisément le contraire qui a lieu. En 1876, M. Raynaud a cherché les moyens d'inscrire les modifications fournies par ces vibrations. Il avait même, dans ce but, imaginé un appareil qu'il présente à l'Académie, mais qui ne lui a pas fourni les résultats qu'il en attendait.

En résumé, les règles thérapeutiques que M. Jaccoud a formulées ne sont pas appuyées sur des faits suffisants; elles sont fon-

dées sur des observations qui ne sont pas probantes. Relativement aux adhérences pleurales, loin d'être aussi nuisibles que paraît le penser M. Jaccoud, elles constituent souvent, au contraire, des conditions favorables.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du rapport de M. Marrotte sur le prix Godard.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 26 avril 1879, ont été promus dans le corps de santé militaire :

*Au grade de médecin principal de première classe* : M. Morand ;

*Au grade de médecin principal de deuxième classe* : M. Meige ;

*Au grade de médecin-major de première classe* : MM. Laurens, Haas, Feuvreir, Laveran et Lacassagne ;

*Au grade de médecin-major de deuxième classe* : MM. Quivogne, Forgemol, Febvre, Carette et Fournié ;

*Au grade de pharmacien principal de première classe* : M. Cauvet ;

*Au grade de pharmacien principal de deuxième classe* : M. Pélissié ;

*Au grade de pharmacien-major de première classe* : M. Figuier ;

*Au grade de pharmacien-major de deuxième classe* : M. Viennet, dit Bourdin.

— La mort vient d'enlever au corps de santé militaire : MM. Besançon, médecin principal de première classe ; Chabanier, médecin-major de deuxième classe, et Delmas, pharmacien aide-major de deuxième classe.

— *Muséum*. — M. Alphonse Milne-Edwards, professeur, commencera le cours de zoologie (mammifères et oiseaux), le lundi 5 mai 1879, à deux heures. Ce cours sera consacré à l'histoire naturelle des oiseaux et portera principalement sur l'organisation, la classification et la distribution géographique des gallinacés et des échassiers.

Les leçons auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à deux heures, dans la salle des cours de zoologie ; elles seront complétées par des conférences qui seront faites dans les galeries ou dans la ménagerie, et dont les jours et les heures seront indiqués ultérieurement par des affiches spéciales.

— M. le docteur Ramlow vient de fonder, rue Laugier, 26, près l'avenue de Wagram, une maison de santé.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Leçons de clinique chirurgicale,** professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1875 (2e trimestre) et 1876, par M. le docteur Péan. 1 fort vol. gr. in-8° avec 106 figures dans le texte. — Prix du tome II : 20 francs. — Le tome Ier, années 1874 et 1875 (1er semestre), se vend séparément 20 francs. — Paris, Germer Baillière et Cie.

**Les Médecins d'autrefois à Nîmes,** étude historique d'après des documents inédits, par le docteur Albert Puech, médecin en chef de l'hôtel-Dieu de Nîmes. 1 vol. gr. in-8° de 288 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, 1879, F. Savy.

**Étude statistique et clinique du service hydrothérapique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux,** précédé de Recherches nouvelles sur l'action de la chaleur et du froid sur l'organisme, par le docteur C. Delmas Saint-Hilaire. 1 vol. in-8° de 240 pages, avec figures de tracés sphygmographiques. — Prix : 5 francs. — Paris, Octave Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 8151.

N° 51. — SAMEDI 3 MAI 1879.

52e ANNÉE.

SAMEDI 3 MAI 1879. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Pleurésies multiloculaires.

L'intérêt qui s'attache à la question que M. Jaccoud a portée devant l'Académie de médecine sur la possibilité de diagnostiquer les pleurésies multiloculaires et à la discussion dont elle est l'objet, nous engage à placer ici sous les yeux de nos lecteurs le texte des observations que M. Jaccoud a rapportées à l'appui de ses propositions; d'autant que ce sera surtout sur l'analyse de ces faits et sur l'appréciation de leur valeur clinique que va porter principalement cette discussion.

On a vu, par le compte-rendu analytique que nous avons donné de la communication de M. Jaccoud, dans le dernier numéro, qu'il a ramené à deux types les caractères de la pleurésie multiloculaire. Le premier type consiste en ce que, sur un côté du thorax présentant au complet l'ensemble des signes ordinaires d'un épanchement total, les vibrations vocales sont conservées suivant une bandelette qui s'étend, à une hauteur variable de la poitrine, de la colonne vertébrale vers le sternum, par un trajet plus ou moins régulièrement demi-circulaire, tandis que dans tous les autres points elles sont abolies. C'est cette existence d'une zone vibrante se détachant par sa vibration même sur tout le reste de la paroi devenue muette, qui indique aux yeux de M. Jaccoud l'existence d'une bandelette d'adhérence costo-pulmonaire tendue par l'épanchement qu'elle divise en deux loges.

C'est en 1870 que M. Jaccoud a vu pour la première fois ce type de pleurésie aiguë. C'était chez un jeune homme de dix-neuf ans, atteint d'un vaste épanchement gauche avec dislocation complète des organes voisins, notamment du cœur et du diaphragme. Les phénomènes ci-dessus indiqués étaient d'une si parfaite précision que, quoiqu'ils se présentassent pour la première fois à son attention, M. Jaccoud n'hésita pas à les interpréter comme signes d'un épanchement biloculaire. L'état du malade indiquant l'urgence de la thoracentèse, il résolut, pour obtenir une démonstration immédiate de son opinion, d'évacuer d'abord la loge inférieure. Une ponction pratiquée dans le huitième espace intercostal, immédiatement en arrière de la ligne axillaire postérieure, donna issue à un peu plus d'un litre de sérosité limpide. Tandis que les modifications ordinaires révèlent alors, dans toute la région inférieure, la perméabilité renaissante du poumon, il constate qu'au-dessus de la cinquième côte, tant en avant que sur le côté et en arrière, les phénomènes physiques primitifs persistent immuables, et que l'autre épanchement demeure suspendu à la partie supérieure du thorax, dans une indépendance à laquelle la ponction n'a pu porter aucune atteinte. Le lendemain M. Jaccoud ponctionna le troisième espace intercostal, et il retira de la loge supérieure 600 grammes de liquide franchement purulent.

La confirmation du diagnostic devait être malheureusement complétée, le malade ayant été tué par une thrombose cardiaque cinq jours après la deuxième ponction. On trouva, en effet, les deux loges partiellement remplies, avec cette particularité que l'inférieure, qui avait donné à la ponction une sérosité limpide, contenait alors du pus comme la supérieure. L'autopsie a montré, en outre, une bande d'adhérence courte et solide qui, partant du cinquième espace intercostal en arrière, divisait, par un trajet oblique en haut et en avant, la cavité pleurale en deux loges sans communication. Au-dessus et au-dessous de cette bande, la surface du poumon et de la paroi était recouverte d'exsudats membraniformes, mais il n'y avait pas d'autre adhérence costale.

Les autres observations de la communication de M. Jaccoud se rapportent au deuxième type dans lequel les vibrations sont conservées plus ou moins affaiblies dans toute l'étendue de la matité, sauf parfois dans une zone d'un à deux travers de doigt, à la partie inférieure du thorax en arrière, avec la coïncidence d'une matité absolue, sans élasticité, dans toute la région sus-diaphragmatique, d'absence de tympanisme sous-claviculaire, de souffle bronchique éclatant et bronchophonie forte dans cette même étendue, enfin de déplacement des organes voisins. Ces observations, dans lesquelles M. Jaccoud a établi sur ces bases son diagnostic de pleurésie aiguë multiloculaire, sont au nombre de quatre.

Dans le premier cas, qui date de 1871 et qui concerne un épanchement droit chez une femme de trente-six ans, affectée d'une cachexie dysentérique profonde, la ponction d'abord, l'autopsie ensuite, ont confirmé le jugement porté. Voici ce qu'a montré l'examen cadavérique : revêtement membraneux du poumon et de la paroi costale; cloison

transversale divisant la cavité pleurale en deux loges sans communication. A cet état anatomique, le même que dans le cas précédent, s'ajoutaient les circonstances suivantes qui l'en différencient, comme on va le voir : la cavité de chacune de ces loges est traversée par un certain nombre de brides de plusieurs centimètres de longueur, qui s'étendent du poumon à la paroi sans diviser la loge en cavités indépendantes. Cette disposition se répète avec une fréquence variable du haut en bas de la poitrine. L'épanchement avait été assez abondant pour amener un notable abaissement du foie.

Voici l'interprétation que M. Jaccoud donne à ce fait : L'abondance et la généralisation de l'épanchement et du revêtement membraneux rendent compte du degré et de l'étendue de la matité; l'épanchement étant abondant, il refoule le poumon au maximum compatible avec la présence des brides et de la cloison; ces adhérences, par suite, distendues et rigides, remplissent les conditions d'une bonne conductibilité et forment à travers le liquide comme autant de ponts par où les vibrations vocales peuvent arriver jusqu'à la paroi; mais au point d'arrivée il y a diffusion de la vibration à une certaine distance de l'attache de la bride conductrice, et, comme ces brides sont nombreuses, le résultat final est la conservation en bloc du fremitus vocal, plus ou moins affaibli, dans toute l'étendue de la matité. Les adhérences étant répandues dans toute la hauteur du thorax, le lobe supérieur du poumon ne peut être refoulé jusqu'au contact de la paroi thoracique antérieure; il n'y a donc pas de tympanisme sous-claviculaire. Enfin, la compression du poumon, bien que limitée par les adhérences, est assez forte pour amener la suppression du bruit vésiculaire, et les bruits bronchiques, souffle et voix, arrivent seuls à l'oreille, transmis et renforcés par les membranes tendues au maximum.

Dans un deuxième cas qui a trait à un épanchement gauche chez un homme de quarante ans, la confirmation du diagnostic a été donnée par la ponction successive de trois loges isolées, l'une postéro-supérieure, l'autre postéro-inférieure; la troisième antéro-latérale, ou plus précisément sous-mamelonnaire. Ce malade a fini par succomber à la suppuration de la cavité pleurale; mais l'autopsie n'a pas donné des résultats aussi démonstratifs que dans le cas précédent, parce que la mort n'a eu lieu que trois mois et demi après les premières ponctions. Il y avait des adhérences sterno-péricardiaques maintenant le cœur dans son déplacement et limitant vers la droite la loge sous-mamelonnaire qui avait été plusieurs fois ponctionnée. Mais, sur le revêtement membraneux du poumon et de la paroi costale, il n'y avait plus que des mamelons rugueux et saillants, que M. Jaccoud s'est cru fondé, en raison des résultats si nets des ponctions initiales, à considérer comme les vestiges des cloisons et des brides détruites par la fonte purulente générale.

Enfin, dans les deux autres cas, qui concernent des épanchements gauches chez des hommes de vingt à trente ans, la guérison a eu lieu sans ponction. L'identité clinique a fait admettre par M. Jaccoud l'identité anatomique. Il en trouve d'ailleurs une preuve indirecte dans les adhérences costo-diaphragmatiques et costo-péricardiaques qui ont survécu à la guérison.

**Traitement chirurgical de l'ostéite diffuse.**

M. Péan, dans l'une de ses dernières conférences cliniques, a entretenu son auditoire d'un sujet important de pathologie et de pratique chirurgicale, qui a tout récemment occupé aussi l'Académie de médecine où elle a fait le sujet d'une intéressante discussion; nous voulons parler de l'ostéite diffuse à laquelle on a donné encore les noms d'ostéite épiphysaire, d'ostéomyélite, d'ostéopériostite, de périostite maligne, et qui se manifeste surtout pendant la croissance.

M. Péan a formulé le résumé de sa pratique à cet égard dans les conclusions suivantes :

1° Bien que cette variété d'ostéite, qui débute le plus souvent dans les os longs, puisse se terminer, sans entraîner la mort, par des abcès osseux, sous-périostiques, intermusculaires, qui s'ouvrent spontanément, ou par une nécrose qui nécessite presque toujours l'intervention du chirurgien dans une période qui varie de quelques jours à plusieurs années, l'expérience démontre, surtout lorsque la maladie se propage aux grandes articulations, telles que le genou, qu'il est bon d'intervenir chirurgicalement aussitôt que l'affection est déclarée.

2° Dès les premiers jours, il ne faut pas hésiter à faire de *longues incisions préventives* aux lieux d'élection, qui sont : d'une part, les points où l'inflammation a débuté; d'autre part, ceux où les os sont le plus faciles à découvrir, tels que leurs faces ou leurs bords superficiels et les interstices musculo-aponévrotiques. Ces longues incisions sont antiphlogistiques et servent à débrider le périoste, qui a la plus grande tendance à se laisser décoller par les liquides sécrétés à sa face profonde. Il faut diriger les pansements de ces incisions de façon qu'elles ne se ferment pas trop rapidement. Elles suffisent souvent à enrayer l'affection à son début.

3° Lorsque celui-ci a été méconnu, ou bien lorsque la maladie est moins aiguë, et surtout lorsque le chirurgien est appelé au moment où la suppuration sous-périostique est déclarée, il faut encore recourir aux *incisions, en s'aidant du drainage* tel que l'a conseillé, en pareil cas, M. Chassaignac.

4° A une période plus avancée, qui peut n'être que de peu de jours, si ces longues incisions ne suffisent pas à enrayer la marche des accidents locaux et généraux, il ne faut pas craindre de *trépaner l'os jusqu'au canal médullaire* Nous avons démontré, il y a un grand nombre d'années (voy. *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. II, thèse de M. Kleczkowski, Paris, 1867, et t. II de nos *Cliniques chirurgicales*), que le moment le mieux indiqué pour pratiquer cette trépanation est celui où l'articulation voisine menace de s'enflammer et où cette inflammation est annoncée par l'apparition d'une hydarthrose aiguë. Il faut surtout ne pas attendre, pour la pratiquer, que l'épanchement articulaire soit devenu purulent. Cette trépanation nous a presque toujours suffi pour enrayer la marche de l'ostéomyélite : il ne faut pas hésiter à l'appliquer à diverses hauteurs si les symptômes indiquent que le pus s'infiltre à la fois vers la diaphyse et les épiphyses.

5° Lorsque ces opérations n'ont pas suffi pour empêcher l'ostéomyélite de se propager aux articulations voisines, d'y provoquer l'apparition d'une arthrite suppurée, et que les os adjacents se prennent à leur tour par propagation, c'est à la *résection* et à l'*amputation* qu'il faut recourir, même lorsque les symptômes généraux annoncent un état d'intoxication très-avancée. Si, au contraire, l'inflammation aiguë s'est éteinte sur place en laissant à sa suite des abcès osseux ou une nécrose plus ou moins étendue, il est indiqué d'ouvrir ces abcès, d'extraire ces séquestres en s'aidant au be-

soin de la trépanation ou de la résection. Il est rare alors qu'il soit nécessaire de recourir à l'amputation.

**Influence de l'allaitement sur la dentition.**

M. le docteur A. de Darvieu nous transmet la relation des faits suivants qui nous ont paru renfermer un enseignement utile au point de vue de l'influence de l'allaitement sur la dentition.

Mme X... a eu cinq enfants :

I. L'aîné, Paul, né dans de mauvaises conditions, d'une mère très-affaiblie et un peu avant terme, fut confié à une nourrice mercenaire. Après quatorze mois d'allaitement, Paul n'avait pas de dents. Mme X... eut un second enfant, Jean, et fit échange avec la nourrice. Paul, l'aîné, allaité par sa mère pendant dix-sept jours, eut trois incisives ; rendu à sa nourrice pendant deux mois, il n'eut pas de nouvelle dent ; enfin, repris par sa mère, il eut une molaire au bout de dix jours.

II. Jean, le second, allaité par sa mère, eut quatre dents à trois mois et demi, huit dents à six mois, dix-huit dents à onze mois. Sevré à quatorze mois, il eut les deux dernières molaires à seize mois.

III. André, le troisième, a eu sept dents à sept mois, seize dents à dix mois ; à treize mois, la dentition était complète.

IV. Marie, quatrième enfant, a eu les huit incisives à sept mois, quatre molaires à neuf mois, les quatre canines à onze mois, et trois molaires à treize mois. La dernière molaire n'est venue qu'au vingt-troisième mois.

V. Pierre a eu quatre incisives à sept mois, les quatre autres incisives à neuf mois ; quatre molaires se sont montrées du onzième au treizième mois; il a eu, à quinze mois, deux canines, et, à dix-huit mois, les quatre canines.

Mme X... avait sevré son second fils à l'âge de quatorze mois, époque où deux molaires manquaient encore.

L'évolution de ces deux dents, survenant deux mois après le sevrage, eut des conséquences si alarmantes, que la mère se promit de ne sevrer ses enfants qu'après l'évolution complète de la dentition. Marie (no 4) ne fut donc sevrée qu'à vingt-trois mois, et Pierre (no 5), âgé de dix-huit mois et demi, n'est pas encore sevré.

L'intérêt de cette communication est basé sur ce fait que notre confrère dit avoir constaté plusieurs fois, lors de chacun des allaitements successifs. Le lait de Mme X... présente un goût salé très-prononcé. Il est regrettable que l'analyse de ce lait n'ait pu être faite. Mais la précocité de la dentition, les brusques variations produites par le changement de lait, établissent une corrélation évidente entre l'évolution hâtive de la dentition et les qualités du lait de la mère.

Dr Brochin.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Hydrocèle opérée par la méthode de Defer (de Metz). — Accident fort rare.** — Un petit malade, opéré d'une hydrocèle par la méthode de Defer, a présenté un accident fort rare. Cette méthode consiste à titiller la tunique vaginale avec une sonde cannelée chargée de nitrate d'argent fondu. Pour éviter la cautérisation, tout au moins inutile, de la petite plaie faite par le trocart, il faut avoir la précaution d'introduire la sonde au travers d'une canule servant de manchon protecteur.

M. de Saint-Germain a pratiqué deux cent cinquante fois cette opération. Il n'a jamais constaté aucun accident.

Or, chez cet enfant, le but a été dépassé. Le surlendemain, le scrotum est devenu rouge et douloureux. D'ordinaire, vers le deuxième ou le troisième jour, la peau se ride et tout tend à rentrer dans l'ordre. Ici, il n'en fut pas de même. L'enfant souffre, et il y a tout lieu de croire à la formation d'un abcès. Son état, du reste, n'offre rien d'alarmant. Il suffira d'ouvrir la collection quand il en sera temps.

Ces sortes d'accidents ne sont pas extrêmement rares à la suite des injections iodées. M. de Saint-Germain a eu un malade qui, à la suite d'accidents inflammatoires intenses, a été jusqu'à perdre sa tunique vaginale. Il n'en a pas moins guéri. (*Revue de thér. méd.-chir.*)

**Imperforation anale compliquée de fistule recto-vaginale,** par le docteur G. Hill. (*Boston med. journal*, 1878.) — L'auteur a récemment présenté, à la Société médicale de Strafford, un cas d'atrésie anale accompagnée d'une fistule recto-vaginale, qui avait tenu lieu d'anus artificiel pendant un grand nombre d'années, sans qu'on ait pu connaître la véritable nature de ce vice de conformation. Celui-ci fut découvert fortuitement par le docteur Hill, en pratiquant un examen au spéculum.

La patiente est mariée et mère de sept enfants. Le périnée est très-étroit, et le siége de l'anus n'est indiqué que par une petite dépression de la peau. En pratiquant le toucher vaginal, on découvre, sur la paroi postérieure et près de la vulve, un orifice qui admet facilement l'introduction du doigt indicateur. Il semble même qu'il existe, autour de cet orifice fistuleux, uue espèce de sphincter, car le doigt peut percevoir une sorte de contraction.

Il s'agit très-probablement d'une fistule accidentelle, et la malade en fait remonter la formation à une date ancienne. Elle raconte qu'étant jeune fille elle tomba d'un arbre sur une branche qui pénétra dans le vagin, et produisit une déchirure qu'elle ne voulut pas laisser examiner par le médecin de sa famille. En présence de ce refus, celui-ci s'était borné à faire placer un tampon huilé dans le vagin, afin de prévenir les adhérences. La malade avait été assez habile pour dissimuler l'existence de la fistule à son mari et à son médecin, qui l'avait cependant accouchée plusieurs fois. (*Gaz. hebdom.*)

**De la castration des femmes.** — Hégar (*Centralblatt*) a pratiqué le premier cette opération : il conclut que la suppression de l'ovaire n'altère pas essentiellement le caractère sexuel et qu'elle est indiquée dans toutes les anomalies et infirmités qui sont une menace immédiate pour la vie, ou même qui ont pour conséquence un état de maladie pénible, capable de dégoûter de la vie, telles que les hernies de l'ovaire, l'intumescence avec irritabilité, la dislocation dans le pli de Douglas, l'inflammation chronique et la formation de kystes, les états de l'utérus qui s'opposent au flux menstruel ou le rendent très-difficile. Il résulte de ces indications que, pour qu'on soit assuré du succès, la suppression des deux ovaires est toujours nécessaire.

Jusqu'à ce jour, l'opération a été pratiquée 37 fois, dont 12 avec un succès complet; 3 fois les résultats n'ont pu être constatés; 4 fois il y a eu amélioration temporaire ou partielle; 8 fois on n'a obtenu aucune amélioration; 9 cas ont abouti au décès; une fois l'opération a été refusée; sur les 9 cas mortels, 7 ont été l'effet de la septicémie; dans les cas où le succès a été nul, l'extirpation avait été plus ou moins incomplète; 6 fois les menstrues ont disparu complètement; 2 fois l'émission du sang recommença; une fois on observa des hémorrhagies irrégulières, et 3 fois des hémorrhagies régulières. (*Mouv. méd.*)

**Pneumonie et herpès; névrite du pneumogastrique.** — M. Fernet cherche à justifier la proposition que la pneumonie franche, aiguë, dite fibrineuse, est un herpès du poumon, et que cet herpès est un trouble trophique placé sous la dépendance d'une névrite du pneumogastrique. Trois faits d'autopsies paraissent établir la réalité de la névrite du pneumogastrique dans la pneumonie. Ce nerf présentait, du côté de la pneumonie, une fine injection à la surface, et les fibres nerveuses elles-mêmes avaient une teinte rosée.

On connaît l'herpès labial qui apparaît quelques jours après le début de la pneumonie : mais cet herpès ne se localise pas toujours à la peau ; plus souvent, peut-être, il se montre sur les membranes

muqueuses. On a décrit l'herpès guttural ou angine herpétique, l'herpès de la conjonctive ou zona ophthalmique, qui sont produits par la même cause, le refroidissement, et caractérisés par la même lésion, la vésicule herpétique. On a, dès lors, étendu le champ de l'herpès des membranes muqueuses en montrant qu'on devait aussi rattacher à l'herpès la pneumonie franche aiguë, dont la cause habituelle est aussi le refroidissement. Si les signes physiques de la pneumonie précèdent l'apparition de l'éruption labiale, cela tiendrait à ce que les éruptions des muqueuses sont plus précoces et plus hâtives que celles de la peau.

La lésion propre de la pneumonie plaide encore en faveur de cette opinion; la pneumonie aiguë n'est pas une phlegmasie parenchymateuse, mais une phlegmasie de la surface muqueuse, et, si l'on voulait poursuivre son analogie avec l'herpès sur le terrain de l'anatomie pathologique, il serait facile de comparer l'exsudat de la pneumonie à l'exsudat séro-fibrineux de l'herpès cutané, à l'exsudat fibrineux de l'angine herpétique.

Mais, entre la cause refroidissement et l'effet ultime herpès du poumon, quel est l'intermédiaire? C'est, a-t-on dit, une fièvre qui aboutit à une localisation définie (Lasègue), une fièvre qui élabore les germes herpétiques (Parrot), une fièvre éruptive, véritable fièvre d'élimination aboutissant à l'herpès (Lagout).

Pour l'auteur, cet intermédiaire entre le refroidissement et l'herpès, c'est la névrite ou une lésion irritative des nerfs. Étant connus les troubles trophiques produits par les maladies des nerfs et en particulier le zona, y a-t-il lieu de s'étonner si l'herpès des membranes muqueuses se montrait dans les mêmes conditions et s'il affectait la même dépendance par rapport aux maladies des nerfs ou des centres nerveux?

L'impression du froid sur le nerf sciatique produit la névrite du sciatique; sur le facial la névrite et l'hémiplégie faciales; sur le trijumeau l'herpès facial, le zona de la face. Pourquoi ne pourrait-on attribuer l'angine herpétique à une névrite du nerf trijumeau (Ollivier), ou peut-être du glosso-pharyngien, la pleurésie diaphragmatique à une névrite du nerf phrénique, la pneumonie enfin à une névrite du pneumogastrique? Cette dernière névrite a été constatée anatomiquement; or, il n'est pas admissible qu'elle soit secondaire à la pneumonie, névrite ascendante. Elle ne peut être que primitive; cette opinion, fondée sur un petit nombre de faits, devra donc être contrôlée par la recherche des lésions des pneumogastriques dans la pneumonie et par les observations cliniques. (*France méd.*)

**Traitement du mal de mer par le collodion et par la morphine.** — L'*Année médicale du Calvados* publie une note du docteur Laederich, médecin-major, qui préconise le traitement du mal de mer par le collodion, d'après l'enseignement du professeur Coze. Le collodion a réussi à préserver du mal de mer des personnes qui, précisément, y étaient pour ainsi dire prédisposées et avaient énormément souffert pendant des traversées antérieures. Le collodion est appliqué à l'aide d'un pinceau en trois couches successives sur la région épigastrique et sur les parties voisines.

Le collodion agirait dans ces cas de la même façon que dans les cas de péritonites où il est un anti-émétique puissant.

Le *Journal de médecine de l'Algérie* rapporte un autre mode de traitement du mal de mer: M. Velasco conseille les injections de $0^{g},005$ à $0^{g},01$ et même $0^{g},02$ de morphine et dit en avoir expérimenté les bons effets sur lui-même et sur sa famille.

**Usage du testicule dans la cure radicale de la hernie inguinale.** — Voici un procédé fort original auquel les chirurgiens n'avaient pas encore songé et qui est exposé par le docteur Hunter dans l'*American Journal of the medical sciences.*

Un étudiant en médecine, âgé de vingt-deux ans, contracte, il y a six ans, à la suite d'un violent effort, une hernie inguinale droite. Il lui était impossible d'arriver à contenir cette hernie qui défiait tous les appareils imaginables. Après trois ans d'essais infructueux, M. P... prit inconsciemment l'habitude de contenir sa hernie en appliquant son testicule droit sur l'orifice inguinal avec la main introduite dans la poche de son pantalon. Pour faciliter cette manœuvre, il faisait faire à ses pantalons une poche spéciale. Assis, debout ou à la promenade, il avait toujours la main droite dans sa poche et son testicule dans la main. Après avoir employé ce singulier traitement pendant un an, M. P... fut agréablement surpris de constater qu'il n'avait plus besoin de tenir son testicule; celui-ci s'était soudé au canal inguinal et opposait désormais à la hernie une barrière infranchissable.

Mais, délivré de la contrainte pénible qu'il s'était imposée pendant si longtemps, M. P... perdit toute prudence et contracta une chaude-pisse, laquelle fut suivie trois semaines après d'une épididymite du testicule rétracté. Il en ressentit une violente douleur qui s'explique par la faible extensibilité du canal inguinal; mais il guérit néanmoins. M. Hunter constata que la cure de la hernie était complète et que le testicule était bien réellement soudé aux parois du canal inguinal. (*Année méd. du Calv.*)

**Anévrysme de la crosse de l'aorte avec perforation du sternum.** — M. Roth a présenté à la Société de médecine la relation d'un cas d'anévrysme de l'aorte observé dans sa clientèle chez un charpentier, âgé de trente-sept ans, à la suite de quelques atteintes de rhumatisme articulaire. La tumeur prit un volume énorme, se développa du côté du cou et atteignit la grosseur d'une tête d'enfant, remplissant tout l'intervalle situé entre les clavicules et le larynx et détruisant par usure la poignée du sternum, ainsi que les articulations sterno-claviculaires et sterno-costales correspondantes. La tumeur communiquait avec l'aorte à sa paroi antérieure, immédiatement au-dessous des vaisseaux cervicaux par un trou ovalaire transversal, mesurant 4 centimètres de diamètre; elle s'étendait verticalement depuis le péricarde, qu'elle avait refoulé en bas, jusqu'au niveau du larynx; transversalement, elle refoulait les poumons de chaque côté, en se coiffant de la plèvre. Le malade a succombé à une asphyxie lente par compression de la trachée. (*Gaz. méd. de Strasb.*)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 avril 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### RAPPORT

**Nouveau mode de traitement des tumeurs blanches.** — **M. Marc Sée**, rapporteur. Chargé par la Commission d'étudier le procédé de traitement des tumeurs blanches qui a été exposé par M. Suchard dans la séance du 16 avril dernier, je me suis rendu dans le service de M. de Saint-Germain qui avait confié des malades à M. Suchard. Depuis le mois de janvier, notre confrère a soumis neuf malades de l'hôpital à ce mode de traitement, jadis employé par Mayor, qui le tenait lui-même de John Scott. Avant l'application du pansement médicamenteux (voir *Gazette des hôpitaux*, page 379), il recommande instamment de nettoyer soigneusement la peau et de frotter le membre avec de l'alcool camphré de façon à déterminer une certaine rubéfaction de la peau. Depuis trois ans qu'il emploie ce traitement combiné avec l'usage des eaux minérales, M. Suchard dit avoir guéri toutes les tumeurs blanches sans exception, suppurées ou non suppurées. Parmi les neuf malades traités à l'hôpital des Enfants-Malades, deux ont quitté l'hôpital, un autre est mort du croup. Cinq surtout ont été traités régulièrement : ce sont des sujets de trois à douze ans, atteints de tumeurs blanches du pied ou de l'articulation tibio-tarsienne, et qui semblaient la plupart voués à des suppurations intarissables.

Plusieurs même devaient être amputés. Or, à la suite du traitement de M. Suchard, ces malades sont en pleine voie de guérison, et sont entrés dans une phase de réparation : nul doute que, si l'on avait ajouté à leur traitement par l'huile de foie de morue le traitement hydro-minéral et un traitement général satisfaisant, les résultats ne fussent meilleurs encore. A quoi attribuer l'efficacité du procédé de M. Suchard? On ne saurait dire si c'est au mercure, à l'immobilité, etc. M. Suchard pense que le mercure diminue la

suppuration; il fait d'ailleurs un pansement par occlusion, et l'atmosphère mercurielle serait encore antiseptique : il s'appuie sur le fait que quelques gouttelettes de mercure dans une boîte de collections d'entomologistes constituent le meilleur parasiticide. Quoique l'analogie ne soit pas complète, on ne peut que constater ses résultats et engager les chirurgiens à employer son traitement surtout pour les tumeurs blanches suppurées.

M. DESPRÈS. Je m'étonne de l'enthousiasme que professe un ancien interne des hôpitaux de Paris pour un traitement banal. En effet, M. Suchard a été élève de Velpeau qui traitait les tumeurs blanches par les frictions mercurielles; il en a vu les résultats désastreux, aussi bien que ceux de Jobert avec sa pommade au nitrate d'argent, et ceux de Roux avec l'iodure de plomb. On a, depuis, adopté l'immobilisation qui seule guérit les tumeurs blanches, lorsqu'elles ne sont pas tuberculeuses. Avec l'immobilisation seule j'obtiens des résultats comparables à ceux de M. Suchard, mais pas dans des délais aussi courts : je trouve que c'est bien se risquer que de proclamer guéris des malades de tumeurs blanches traités seulement depuis trois mois. Je pense que, si M. Suchard a des succès, il les doit à la seule immobilisation.

M. VERNEUIL. Je partage complètement l'opinion de M. Desprès. Les malades de M. Suchard sont améliorés, mais non guéris. L'immobilisation avec un appareil ouaté fait cesser la fièvre presque toujours et très-rapidement. Je m'étonne aussi que M. Suchard n'ait pas eu d'insuccès : je ne suis pas si heureux, notamment avec mes arthrites tuberculeuses. Son procédé est bon au même titre que les autres, en raison de l'occlusion et de l'immobilité : mais, en sept ou huit mois, je pourrais présenter des succès pareils, sans onguent et sans attelles de cuir.

M. DE SAINT-GERMAIN. J'aurais aussi désiré qu'on laissât écouler plus de temps avant de se prononcer sur ce procédé de traitement, et de proclamer guéris des malades qui ne le sont pas. Cependant je suis très-frappé des résultats obtenus, car trois de ces malades avaient été vraiment triés sur le volet, et il s'en était fallu de très-peu de chose que je ne fisse l'amputation du membre. Or, depuis qu'ils sont entre les mains de M. Suchard, ils vont bien et ils marchent certainement vers la guérison. L'un d'eux avait pourtant été traité inutilement par l'immobilisation dix mois avant l'emploi de la nouvelle méthode. Sans doute, il faut attendre et voir si les fistules se fermeront, ce que j'espère bien, mais, en tous cas, ce traitement mérite d'être essayé.

M. MARC SÉE. Sans partager l'enthousiasme de M. Suchard, je dis simplement ce que j'ai vu : il y a une amélioration notable, il n'y a pas encore guérison. Mais je fais la part de ce qui doit vraisemblablement être attribué à l'immobilisation et de ce qui doit l'être à l'action médicamenteuse : je pense qu'il a été obtenu quelque chose de plus que ce que nous réalisons par les procédés ordinaires d'immobilisation.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PÉRIOSTITE ET L'OSTÉOMYÉLITE

M. TRÉLAT. Au sujet de la communication de M. Berger, je tiens à faire remarquer que la question n'est pas la même que celle qui s'est discutée à l'Académie. Je n'ai pas voulu déclasser la périostite; j'ai admis une « périostite externe » qui débute par les couches superficielles du périoste, et MM. Duplay et Gosselin paraissent l'avoir acceptée. Je prétends qu'il n'y a pas de nécrose quand il n'y a pas d'ostéomyélite des canaux de Havers; s'il y a nécrose, il y a ostéomyélite de ces canaux. Ce que j'ai discuté à l'Académie, c'est la question pathogénique du développement des maladies où il y a nécrose des os. Si j'ai voulu faire la fusion, je n'ai pas fait de la confusion; mais, je le repète, je me plaçais au point de vue de la pathogénie et non de la clinique, et je demandais de conserver le terme d'ostéomyélite, mais en y ajoutant les épithètes sous-périostale, médullaire, juxta-épiphysaire, suivant le siège. Ce qui m'a amené à cette opinion, c'est qu'en clinique il est impossible de tracer la limite qui sépare ces ostéites que j'appelle des ostéomyélites; la plus légère ostéite, comme celle du malade de M. Berger, pouvant devenir une ostéomyélite se propageant très-rapidement et devenant très-grave.

M. LANNELONGUE. Le fait de M. Berger est ce qu'on appelle un abcès sous-périostique consécutif à une périostite phlegmoneuse diffuse. J'admets bien la périostite externe de MM. Trélat et Duplay, mais l'observation de M. Berger n'appartient pas à cette catégorie; elle constitue ce que Chassaignac a si bien décrit sous le nom d'abcès sous-périostique aigu; il décrivait alors deux affections bien distinctes : l'ostéopériostite et l'ostéomyélite, celle-ci toujours mortelle si l'on n'amputait pas à temps. Après lui, sous l'influence des travaux de l'École de Strasbourg, de MM. Schutzenberger et Bœckel, on rattacha la dénudation de l'os à la périostite phlegmoneuse. Giraldès accepta cette théorie en reconnaissant souvent à la lésion une influence rhumatismale. M. Gosselin fit de l'abcès sous-périostique une dépendance de l'ostéite juxta-épiphysaire. J'espère vous convaincre qu'il ne s'agit que d'une seule et même affection, que c'est toujours une maladie siégeant dans l'intérieur de l'os.

J'ai fait le relevé des observations consignées dans les mémoires de Chassaignac et de Bœckel et dans les publications périodiques : sur 100 faits de « périostites phlegmoneuses » ou, pour moi, « d'ostéomyélites », je trouve une mortalité effrayante dans le premier mois; 70 morts, 30 guérisons, et encore beaucoup de guérisons obtenues au prix d'opérations sérieuses. Dans quatre cas seulement il n'y aurait pas eu nécrose, mais on ne sait si les malades ont été suivis et les accidents peuvent se révéler seulement plusieurs années après. Dans tous les cas où l'on a fait l'autopsie, pour des abcès sous-périostiques ayant amené la mort, j'ai cherché si l'on avait des exemples où il n'y avait pas de lésions intra-osseuses; il n'en existe aucun; toujours, quand on a fendu l'os, on y a trouvé du pus. Il faut, d'ailleurs, s'entendre sur le mot nécrose; il ne suffit pas que l'os soit blanc, mat et sonne sec, pour dire qu'il est nécrosé. Tant que les parties nécrosées ne sont pas séparées ou que l'on ne constate pas le sillon caractéristique de la séparation, on n'a pas le droit de conclure à la nécrose, que l'on doit distinguer de la dénudation.

Quant au mécanisme de la production de la nécrose, je pense que les nécroses sont produites par l'ostéomyélite qui détruit les vaisseaux et empêche la nutrition.

En clinique, il n'est pas possible d'établir des différences entre les deux affections. La rougeur de la peau à laquelle Chassaignac attachait tant d'importance ne dépend que de l'épaisseur des tissus qui la séparent de l'os. Le bourrelet circonférenciel est dû à l'infiltration du périoste non décollé par des produits qui vont former le nouvel os, qui apparaît déjà cinq ou six jours après le début de l'affection; s'ils ne forment pas l'os, ils suppureront. J'accorde plus d'importance à la dilatation veineuse existant au niveau du gonflement et vers la racine du membre; le réseau veineux superficiel est quelquefois développé d'une façon considérable; il indique, au point de vue du pronostic, que la pyohémie est déjà existante, ce qui ne se reconnait point facilement chez les enfants qui n'ont pas de frissons et très-souvent pas de vomissements symptomatiques; il indique une oblitération profonde des veines par les produits septiques; c'est ce que j'ai observé chez une fillette de douze ans qui a succombé en trois jours et qui a présenté des milliers d'abcès dans les poumons, le cœur, les reins, etc. (le foie n'est presque jamais pris dans ces cas de pyohémie).

Quant à préciser le lieu d'élection de la lésion, en dehors de ces caractères, je ne vois pas d'autre moyen que l'examen attentif des progrès et de la marche du gonflement. Aussi, sans demander une thérapeutique absolument uniforme, et reconnaissant l'insuffisance des traitements adoptés jusqu'à présent, je crois que l'on fera bien d'ajouter à l'incision la ponction osseuse qui n'est qu'une opération très-légère. Depuis que je la fais, je trouve toujours du pus dans l'os, et, par ce moyen, j'ai obtenu trois guérisons sur cinq cas, tandis que, sur dix cas traités autrefois par la simple incision, j'ai eu dix morts. Je ne dis pas qu'il faille toujours trépaner, surtout dans les cas d'ostéomyélite dans des os petits et courts, mais, dans l'ostéomyélite du crâne (abcès interne et abcès externe), du fémur, du tibia, etc., je n'hésiterais pas à appliquer un traitement qui est, somme toute, celui de toute collection purulente.

M. VERNEUIL. Il me paraît bien difficile de ne pas combattre

les assertions pronostiques relevées par M. Lannelongue : il a trouvé une mortalité de 70 pour 100. Mais on ne publie souvent que les cas de mort, et la statistique ne doit pas être si fatale : ainsi je viens de récapituler à l'instant treize faits bien présents à ma mémoire, et dans lesquels j'ai eu huit guérisons, quoique je n'eusse employé que l'incision.

Je crois que l'incision pure et simple est un traitement plus efficace et moins funeste que ne le pense M. Lannelongue : parmi les malades que j'ai perdus, l'incision avait cependant été faite largement, mais je ne crois pas que la trépanation aurait pu les sauver. Malheureusement, lorsque nous sommes au lit d'un malade, nous ne savons ce qui suffira : nous incisons, les phénomènes tombent subitement; mais nous ne pouvons répondre du salut du malade, parce que nous ne savons l'étendue de la lésion.

M. TILLAUX. Je ne m'associe pas à M. Verneuil pour encourager les efforts faits dans le but de réunir les deux maladies, périostite et ostéomyélite, sous un même chapitre. Au contraire, je pense que tous les chirurgiens devraient combiner leurs efforts dans une direction inverse, afin de chercher à établir les différences qui existent entre elles : il est incontestable, en effet, qu'il est des abcès sous-périostiques atteignant la superficie des os, et guérissant cependant par l'incision profonde. Nous en avons tous vu des exemples. Il en existe d'autres qui ne guérissent pas ainsi, parce qu'ils coïncident avec une inflammation du centre de l'os : alors, l'abcès sous-périostique n'est que le symptôme de l'ostéomyélite centrale : c'est dans ces cas qu'il est utile de trépaner. On dit qu'il n'existe pas de symptômes différentiels bien nets : eh bien, il faut les chercher. Pour mon compte, en clinique, je signalerai un signe auquel j'attache une grande importance: je veux parler de l'envahissement des articulations voisines, qui est probablement lié à l'ostéomyélite. Si les articulations voisines sont saines, je crois, autant que j'ai pu l'observer déjà, que l'on a des chances pour n'avoir affaire qu'à un simple abcès sous-périostique simple, essentiel, non symptomatique d'une affection centrale de l'os.

La séance est levée à cinq heures et demie.

---

## ÉLECTIONS DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE.

RAPPORT A M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR.

Paris, le 7 avril 1879.

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous communiquer le dossier des élections qui ont eu lieu les 23 et 30 mars dernier pour la nomination des médecins des bureaux de bienfaisance à Paris. Vous n'ignorez pas, Monsieur le Ministre, que jusqu'à cette époque le personnel médical des secours à domicile était nommé par arrêté préfectoral sur la présentation du bureau de bienfaisance et du maire de l'arrondissement ainsi que sur la proposition du directeur de l'Assistance publique. Ce mode de nomination était contraire aux termes de la loi du 10 janvier 1849 dont l'article 7 dispose que les médecins des bureaux de bienfaisance sont nommés au concours ou par l'élection de leurs confrères.

D'autre part, le conseil municipal ayant exprimé le vœu que l'administration prît les mesures néeessaires pour assurer l'application des prescriptions de la loi du 10 janvier 1849, j'ai pris, à la date du 15 février, un arrêté organique réglant par l'élection le mode de recrutement du personnel médical du service des secours à domicile. Cet arrêté, complété par celui du 15 mars suivant, a reçu votre approbation. C'est en exécution des dispositions nouvelles de ces arrêtés que le collége électoral médical a été convoqué les 23 et 30 du mois dernier.

Je tiens à vous faire connaître tout d'abord que ce nouveau mode de nomination n'a donné lieu à aucune difficulté. Sur 1,634 électeurs inscrits 763 ont pris part au scrutin du 23 mars; le nombre des médecins à élire était de 180 ; 294 candidats se sont présentés; 152 médecins ont été élus au premier tour qui a donné des résultats définitifs dans les premier, deuxième, troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième, dixième, onzième, douzième, quatorzième, quinzième, seizième, dix-septième, dix-neuxième arrondissements; dans les huitième, neuvième, douzième et dix-huitième plusieurs candidats n'ayant pas obtenu un nombre de voix suffisant, et aucune candidature ne s'étant produite dans le vingtième, il a été procédé le dimanche suivant 20 mars à un second tour de scrutin. A ce second tour 4 nouveaux candidats se sont présentés, ce qui porte à 298 le nombre total des candidatures.

Sur les 180 médecins élus, 161 étaient déjà médecins des bureaux de bienfaisance. Ces chiffres prouvent combien les services antérieurs des anciens titulaires ont été appréciés par les électeurs ; ils mettent à néant les appréhensions manifestées par quelques-uns d'entre eux en présence des nouvelles mesures prescrites en conformité de la loi. J'ai l'honneur, Monsieur le Ministre, de soumettre à votre approbation l'arrêté d'investiture pour tous les médecins déclarés élus dans les premier, deuxième, quatrième, cinquième, sixième, septième, huitième, neuvième, dixième, onzième, douzième, quatorzième, seizième, dix-septième et vingtième arrondissements.

Dans le troisième arrondissement, je vous propose de sanctionner l'élection des 5 premiers élus. Pour la sixième place, M. Lhuillier et M. Rochette ont obtenu chacun 16 voix; le bureau a cru devoir proclamer M. Lhuillier, à raison de ce qu'il est plus âgé que M. Rochette. J'estime que ce motif de préférence n'est applicable qu'à un deuxième tour de scrutin, conformément aux principes généraux en matière d'élection, et que, par suite, l'élection de M. Lhuillier ne doit pas être validée. Si vous partagez cet avis, il y aurait lieu de procéder dans cet arrondisssement à un deuxième tour de scrutin pour l'élection du sixième médecin.

Dans le treizième arrondissement, le bureau a rejeté l'élection de M. Paulier en raison de ce fait que ce médecin n'avait produit sa candidature qu'après le premier tour de scrutin. Je suis d'avis que c'est à tort que le bureau a considéré le docteur Paulier comme non élu. En effet, la disposition de l'arrêté du 15 février, relative à l'inscription des candidats, n'est qu'indicative et non limitative. D'autre part, il s'agissait d'un second tour et non d'un ballottage; d'après les principes généraux, des candidatures nouvelles pouvaient donc régulièrement se produire. Je vous propose, en conséquence, Monsieur le Ministre, de déclarer élu M. le docteur Paulier et de lui accorder l'investiture. Il y aurait lieu de l'accorder également aux neuf médecins élus au premier tour dans le treizième arrondissement et aux docteurs Rives et Boulland élus au deuxième tour à la suite du docteur Paulier.

Dans le dix-neuvième arrondissement, des protestations se sont produites : la première concerne M. Fauconnet qui a réuni un nombre de voix supérieur au nombre exigé pour l'élection, mais qui ne s'est pas fait inscrire sur la liste des candidats. J'ai l'honneur de vous faire remarquer de nouveau que cette formalité n'était pas de rigueur. C'est ainsi que, suivant les instructions données au directeur de l'Assistance publique, les anciens titulaires des places de médecins des bureaux de bienfaisance ont été inscrits d'office. Je crois donc devoir comprendre M. Fauconnet parmi les médecins à instituer.

La seconde protestation porte sur M. Marty qui, en sa qualité de médecin de l'état civil, ne peut exercer cumulativement les fonctions de médecin du service des secours à domicile, aux termes de l'arrêté préfectoral du 7 décembre 1853. Invité à opter entre ces deux fonctions, le docteur Marty m'a fait savoir qu'il optait pour l'emploi de médecin de l'état civil. Le docteur Marty ne peut donc être institué, et il y aura lieu ultérieurement à procéder à une élection en son remplacement.

Parmi les observations que les bureaux de bienfaisance ont été appelés à présenter aux termes de l'article 7 de l'arrêté du 7 février, je vous signalerai celle qui a été faite par le bureau de bienfaisance du onzième arrondissement au sujet d'inexactitudes dans le service, reprochées à un des anciens titulaires qui venait de

voir renouveler son mandat par l'élection. J'estime, Monsieur le Ministre, que le bureau a eu raison d'exprimer sur ce fait, qui rentre essentiellement dans ses attributions, une opinion qui tiendra lieu d'avertissement pour le médecin qui a été l'objet de cette observation; mais, l'élection étant d'ailleurs régulière, je ne crois pas qu'il y ait lieu de refuser l'investiture. Si des faits analogues à ceux qui ont été signalés se renouvelaient dans l'avenir, ils seraient certainement signalés à la direction de l'Assistance publique aux termes de l'article 10 de l'arrêté du 15 février, et l'autorité supérieure se trouverait ainsi en demeure de statuer.

En résumé, Monsieur le Ministre, j'ai l'honneur de vous proposer de donner l'investiture à 178 des médecins élus. Pour les motifs ci-dessus relatés, il reste à pourvoir à deux emplois, l'un dans le troisième arrondissement, l'autre dans le dix-neuvième arrondissement, par voie d'élection nouvelle dans ce dernier arrondissement et par voie de deuxième tour de scrutin dans le troisième arrondissement.

Veuillez, etc.

*Le Sénateur, préfet de la Seine,*
Signé : F. Hérold.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences, dans sa dernière séance, a présenté au choix du ministre, pour la chaire de M. Brongniart, au Muséum, en première ligne : M. Van Tieghem par 37 suffrages contre 15 accordés à M. Cornu ; en seconde ligne, M. Cornu, à l'unanimité.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Acosta. Ses obsèques auront lieu aujourd'hui samedi, à midi très-précis, en l'église de la Madeleine. On se réunira à la maison mortuaire, rue de Luxembourg, 24.

— M. le docteur Ernest Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences de clinique dermatologique le mercredi 7 mai, à neuf heures, salles Saint-Léon et Saint-Thomas, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Les conférences de cette série, destinées en particulier au diagnostic et à la thérapeutique appliquée, auront lieu exclusivement au lit du malade.

*Ordre des travaux* : Lundi, consultation externe. — Mardi, premier examen des nouveaux. — Mercredi, clinique. — Jeudi, policlinique. — Vendredi et samedi, revue générale des malades.

— M. Bureau, professeur au Muséum, fera sa prochaine herborisation dimanche 4 mai dans les bois de Meudon. Rendez-vous à la station de Meudon, à l'arrivée du train partant de Paris (gare Montparnasse), à onze heures.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Recherches anatomo-pathologiques sur le tubercule; tuberculose des séreuses et du poumon chez l'homme, le lapin et le singe; tuberculose expérimentale,** par le docteur Hippolyte Martin, ancien interne des hôpitaux. In-8° de 110 pages avec figures dans le texte et une planche en chromolithographie. — Prix : 5 francs. — Paris, Octave Doin.

**Leçons cliniques sur la contracture du col vésical,** faites à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Delefosse, professeur libre de pathologie des voies urinaires, et recueillies par E. Piogey, interne provisoire des hôpitaux. In-8° 116 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris 1879, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 8161.

N° 52. — MARDI 6 MAI 1879. 52e ANNÉE. MARDI 6 MAI 1879. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.



## HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Depaul.

### Bassin rétréci; enfant mort; hémorrhagie de la base du crâne.

Les pièces anatomiques que vous avez sous les yeux sont celles d'un enfant né à terme, que j'ai dû extraire hier matin à l'aide du forceps, dans les conditions suivantes. La mère est une femme atteinte de vice de conformation du bassin, mais elle est arrivée à la clinique seulement le 9 de ce mois, soit trois jours avant le début du travail. A son entrée, nous avons bien diagnostiqué le rétrécissement du bassin, mais la grossesse était à terme, et nous n'avions plus la ressource de pratiquer un accouchement prématuré, comme vous l'avez vu faire dernièrement pour deux cas analogues. Nous avons reconnu que le diamètre antéro-postérieur du bassin n'était guère que de 8 centimètres $\frac{1}{4}$ à 8 centimètres $\frac{1}{2}$. Le travail commença le 12 février au matin; les douleurs se sont arrêtées peu de temps après le début, et la malade a eu un jour et une nuit de repos presque complet : ce n'est qu'hier matin, 14 février, que j'ai dû intervenir et terminer l'accouchement. Le travail était lent et peu vigoureux : l'enfant présentait la tête, l'occiput tourné à gauche et le front à droite. Une bosse séro-sanguine volumineuse n'avait pas tardé à se développer; mais la tête restait au-dessus du détroit supérieur. Pendant tout ce temps on avait bien entendu les battements du cœur; cependant, à mon arrivée hier matin, je constatai un ralentissement notable, en dehors des ralentissements causés par les douleurs et les contractions utérines.

Vous savez, en effet, que la contraction de la matrice modifie les battements du cœur, qui sont plus accélérés au début et plus ralentis à la fin de la contraction. L'avant-veille, à la rupture de la poche des eaux, nous avions aussi constaté que le liquide amniotique avait une teinte jaunâtre, ce qui indiquait la présence de méconium, et par suite une certaine souffrance de l'enfant depuis un temps si prolongé. En présence de ces phénomènes, je devais intervenir. J'appliquai le forceps ordinaire afin d'extraire l'enfant, car il n'y avait pas indication de réduire la tête, l'enfant étant vivant. L'articulation des branches se fit sans difficulté, et je tirai en bas et en arrière, dans la direction de l'axe du détroit supérieur que la tête n'avait pas encore franchi. La traction lente, aidée de petits mouvements de latéralité, fit descendre la tête péniblement, il est vrai, et avec frottement. J'ai même senti un très-petit craquement, qui annonçait que la masse du crâne venait de franchir le détroit supérieur. Une fois la tête engagée dans l'excavation pelvienne, au lieu de la sentir se mouvoir à l'aise, j'avais encore conscience d'une certaine étroitesse, ce qui tend à me faire supposer que le bassin est rétréci dans toute sa hauteur, d'autant plus qu'il m'a semblé percevoir, dans un examen rapide, l'angle sacro-vertébral non sur la ligne médiane, mais incliné un peu à droite.

L'enfant fut extrait avec toutes les précautions possibles, sans les moindres pressions inconsidérées. Le cordon était en écharpe autour du cou, mais il était flasque; l'enfant était en état de mort apparente, et, malgré toutes les tentatives, il ne put être rappelé à la vie. Le tube laryngien introduit dans la tranchée ramena un peu de liquide qui y avait pénétré dans un mouvement d'inspiration; en effet, les enfants font des inspirations quand, les membranes étant rompues, l'air pénètre dans la cavité utérine ; ils avalent ainsi du liquide amniotique, et c'est la cause de fréquentes obstructions des bronches.

L'autopsie nous a révélé cependant une cause de mort beaucoup plus grave : une hémorrhagie à la base du cerveau avec traces de congestion de l'encéphale. Cette hémorrhagie en nappe, à la base du cerveau, explique complètement la mort, qui pouvait déjà être produite par l'obstruction des bronches. Vous constatez en outre que les os sont très-durs : une ossification aussi avancée de la boîte cranienne aurait rendu difficile toute tentative de réduction.

Nous pouvons nous demander si, en appliquant le forceps vingt-quatre heures plus tôt, nous n'aurions pas changé la situation. Je ne le pense nullement. Dans ce cas, c'est pour moi une règle de faire une part très-large aux efforts naturels; il faut se guider d'après l'état de la mère et d'après celui de l'enfant. Sans doute il est des circonstances où il est bien difficile de préciser les limites de l'intervention ou de la non-intervention.

L'enfant était volumineux, il pesait 3,530 grammes. L'état de la mère est devenu alarmant depuis hier soir ; la température était de 40°,5, et ce matin elle était à 39° avec le

pouls à 130. La malade se plaint de sueurs abondantes, elle n'a pas eu de frisson. Elle est en proie à une anxiété assez vive, et éprouve une grande gêne de la respiration; l'auscultation nous a montré que les bronches sont remplies de mucosités; dans toute la hauteur des deux poumons on entend de gros râles de bronchite catarrhale. Il n'y a pas de signe d'épanchement pleurétique. Du côté du ventre l'état est meilleur; la sensibilité utérine est médiocre, et c'est de cet organe que nous devons le plus redouter les accidents graves : le pronostic reste donc favorable.

Et, en effet, en quelques jours, la situation est satisfaisante.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. M. Duplay.

### Du goître suffocant rétro-sternal.

I

Vous avez pu voir ce matin, au nº 57 de la salle Sainte-Marthe, une femme qui est entrée dans le service pour se faire traiter d'une tumeur de la région cervicale.

Cette malade, qui est âgée de cinquante-huit ans, a eu plusieurs enfants. Il y a vingt-six ans, elle a remarqué pour la première fois qu'elle avait au côté droit du cou, au-dessus du sternum, une petite grosseur mobile et indolente. Depuis cette époque cette tumeur était restée à peu près stationnaire, quand, il y a six mois, sans cause connue, tout en continuant à être indolente, elle a pris un accroissement tellement rapide qu'elle a donné lieu, du côté de la respiration, à des troubles fonctionnels qui, s'accentuant chaque jour davantage, ont décidé cette femme à entrer à l'hôpital.

Quand on l'examine, on constate immédiatement au-dessus du sternum, un peu à droite, répondant à l'articulation sterno-claviculaire, une tumeur ayant à peu près le volume d'un œuf de poule, un peu aplatie d'avant en arrière et irrégulière de forme, en ce sens qu'elle pousse deux ou trois prolongements : un à la partie externe, en dehors de l'articulation sterno-claviculaire, un second du côté interne, un troisième enfin dont il est impossible de déterminer les limites par la palpation, car il descend dans le médiastin antérieur, en arrière du sternum, entre la trachée et la fourchette sternale.

Cette tumeur est recouverte non-seulement par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, mais encore par les muscles de la région sous-hyoïdienne. Toutes ces parties molles ont conservé leur mobilité absolue. Mais il n'en est plus de même pour les parties profondes, c'est-à-dire pour les voies respiratoires, qui au contraire adhèrent avec la tumeur, ainsi que le prouve la participation de cette dernière à tous les mouvements d'élévation et d'abaissement du larynx et de la trachée au moment de la déglutition.

La consistance de cette tumeur est égale dans toutes ses parties : elle est dure, donne à la palpation une sensation analogue à celle du tissu conjonctif, enfin elle n'est fluctuante en aucun point, et est absolument indolente soit à la pression, soit spontanément.

Depuis quelques mois, cette femme, qui jusque-là avait supporté l'accroissement de sa grosseur sans s'en inquiéter beaucoup, a commencé à s'alarmer, du jour seulement où elle a vu survenir des troubles fonctionnels du côté de la respiration.

C'est ainsi qu'elle raconte que, depuis quelques mois, lorsqu'elle marche un peu vite ou quand elle monte un escalier, elle est prise de dyspnée intense, d'une angoisse véritable, telle qu'il lui semble qu'elle va étouffer pour peu que la crise se prolonge. Mais elle n'a jamais eu de véritables accès de suffocation.

Lorsque nous l'examinons à ce point de vue, nous constatons en effet qu'en dehors même de toute espèce d'efforts, de fatigue, d'augmentation artificielle des mouvements respiratoires, il existe non-seulement une gêne de la respiration assez notable, mais même un véritable cornage attestant que les voies aériennes et notamment la trachée sont sensiblement rétrécies.

Le larynx est entièrement libre, ainsi que la glotte. Non-seulement en effet la voix n'est nullement altérée, mais l'examen laryngoscopique ne fait découvrir, de ce côté, aucune lésion quelle qu'elle soit.

Rien du côté de l'œsophage; aucuns phénomènes nerveux indiquant que les troncs nerveux, surtout le grand sympathique, sont comprimés par la tumeur. Pas trace non plus de congestion sanguine du côté de la face, qui atteste que la circulation soit gênée dans les gros vaisseaux.

Le diagnostic d'une semblable tumeur présente, à certains égards au moins, une assez grande facilité. Ainsi son adhérence au larynx et à la trachée suffit pour faire penser qu'il s'agit d'une tumeur du corps thyroïde. En effet, cela rappelle assez exactement, à la palpation, le lobe latéral droit, hypertrophié, de cette glande.

Vous verrez quelquefois d'autres tumeurs de la région cervicale, des ganglions augmentés de volume, en particulier, accompagner ainsi dans une certaine mesure le larynx dans ses mouvements d'abaissement et de descente. Mais jamais ce signe n'est aussi prononcé que dans le cas précédent.

Cependant il faudrait bien vous garder de croire que toute tumeur qui ne présentera pas ce caractère d'une manière très accusée ne pourra appartenir au corps thyroïde. Il est en effet certaines variétés de ces tumeurs qui s'éloignent du larynx et ne restent plus reliées à cet organe que par un pédicule extrêmement mince, si bien qu'elles ne prennent plus part aux mouvements dont il est le siège.

Ce premier pas dans la voie du diagnostic étant fait, nous pouvions en faire un autre en disant que nous avions affaire à une tumeur solide. En effet, la consistance de cette tumeur était, vous ai-je dit, dans toute son étendue, celle d'une tumeur fibreuse, et l'on ne percevait pas trace de fluctuation.

Quant à la déterminer d'une façon exacte, c'était un point plus difficile. En effet nous pouvions nous trouver en présence d'une tumeur hypertrophique, d'un goître, ou d'une tumeur à développement malin, d'un carcinome.

Si nous n'avions affaire à une femme âgée de plus de cinquante ans, je crois que nous pourrions admettre sûrement l'existence d'un goître; mais, en tenant compte de cette circonstance jointe aux différentes considérations que je vais vous indiquer, nous devrions nous demander s'il ne s'agissait pas d'un cancer.

En effet, en faveur de cette hypothèse nous avions, indépendamment de l'âge de cette malade, des antécédents fâcheux dans sa famille. C'est ainsi qu'une de ses sœurs est morte manifestement d'un cancer du sein opéré et récidivé.

D'autre part, ce caractère même de la tumeur, qui, après être restée stationnaire pendant vingt-six ans, durant les-

quels elle n'a paru être qu'une simple tumeur hypertrophique, acquiert tout-à-coup, dans l'espace de cinq à six mois, un développement considérable et même une certaine tendance à envahir les parties profondes, quoique ce dernier signe, sur lequel je reviendrai plus tard, n'ait pas ici la valeur qu'il peut avoir dans d'autres régions, pour certaines tumeurs; ce caractère, dis-je, venait encore à l'appui de cette première manière de voir.

Mais, en revanche, nombre de symptômes s'opposaient à cette idée d'une affection maligne.

C'est ainsi d'abord que le cancer de la thyroïde, survenant sur un corps thyroïde déjà légèrement hypertrophié par une sorte de transformation, est une affection assez rare.

De plus, il s'accompagne, en général, d'un développement plus inégal dans sa consistance, de telle sorte qu'à côté d'un point dur on en trouve un autre présentant déjà un commencement de ramollissement. Ici, au contraire, nous avons une surface régulière d'une consistance uniforme.

Un autre phénomène, qui était également contraire à l'hypothèse d'une affection maligne, c'est l'indolence absolue de cette tumeur. En effet, dans la plupart des maladies cancéreuses du corps thyroïde, il est remarquable que les malades accusent des douleurs vives, extrêmement intenses, par suite de l'invasion par le cancer des filets nerveux multiples qui existent dans la région cervicale. De là des névralgies intolérables, soit du côté des membres supérieurs, soit du côté du tronc ou bien même dans les parties latérales de la figure. Or je vous ai dit que chez notre malade la douleur faisait absolument défaut.

Enfin il est rare que le cancer du corps thyroïde n'amène, du côté de l'œsophage, des troncs nerveux et des gros vaisseaux, des troubles fonctionnels résultant de la compression de ces parties.

Bref, pour toutes les raisons que je viens de vous dire, j'inclinais vers l'idée d'une tumeur bénigne, d'une simple hypertrophie. L'état général de la malade, qui était satisfaisant, la conservation parfaite de la santé, l'absence d'amaigrissement, venaient encore à l'appui de cette hypothèse.

Ces tumeurs du corps thyroïde qui, dans une certaine mesure, peuvent faire penser à un carcinome par la compression qu'elles exercent sur les organes voisins, et particulièrement sur les voies respiratoires, de manière à amener de la dyspnée, appartiennent à une certaine variété de goître qui a été décrite sous le nom de goître suffocant.

Ce trouble fonctionnel particulier que détermine le goître suffocant peut tenir à différentes conditions anatomiques. Quelquefois, en vertu d'une disposition spéciale du corps thyroïde propre à certains individus, cette glande, au lieu d'être située à la partie antérieure du cou, embrasse le larynx et la trachée à la manière d'un anneau, de telle sorte que, lorsque ce tissu hypertrophié vient à subir la rétraction fibreuse, le tube laryngo-trachéal se trouve serré comme dans une véritable ligature.

Mais cette disposition est rare, et rien ne nous indique qu'il en soit ainsi chez notre malade, et que nous ayons affaire ici à un de ces goîtres constricteurs. Je pense, au contraire, que nous sommes en présence de la variété suivante.

Cette seconde forme, qu'il est quelquefois très-difficile de diagnostiquer, est décrite sous le nom de goître plongeant, de goître en dedans, et, plus proprement, de goître rétro-sternal. Dans ce cas, la tumeur envoie un prolongement derrière le sternum. Quelquefois même elle occupe exclusivement cette région; on conçoit alors qu'elle échappe à l'observation. Mais c'est l'exception, et le plus ordinairement on a affaire à des goîtres du genre de celui de notre malade, c'est-à-dire apparents dans une certaine étendue au-dessus de la fourchette sternale et de l'articulation sterno-claviculaire.

Vous pourriez vous demander comment une tumeur aussi peu volumineuse que celle que nous avons sous les yeux, pas plus fixe, pas plus immobile, peut donner lieu à des troubles fonctionnels graves, simplement par le fait de la compression qu'elle exerce sur les organes voisins. C'est, en effet, dans l'histoire du goître rétro-sternal, surtout quand il est peu volumineux, un phénomène qu'il est assez difficile de bien interpréter, et dont l'autopsie même ne rend pas un compte satisfaisant. Plusieurs théories ont été imaginées : les uns ont invoqué une action physique résultant des mouvements de la respiration et ont dit que les muscles sous-hyoïdiens, en se contractant au moment de l'inspiration, repoussaient la tumeur en arrière et la rejetaient contre la trachée, d'où une augmentation de la compression dont ce tuyau était déjà le siège.

Les autres ont pensé (et c'est l'opinion qui me paraît la plus vraisemblable) que le goître, lorsqu'il siège tout à fait à la limite supérieure du thorax, tend, en vertu d'une sorte d'aspiration qui se produit au moment de l'inspiration, à s'insinuer dans le médiastin antérieur. Là, ne pouvant s'étendre en avant à cause du sternum qui lui oppose une barrière résistante, il repousse la trachée, le seul organe qui lui permette de se développer. C'est ainsi que l'on explique ces troubles permanents de la respiration augmentant d'intensité à mesure que le malade multiplie les mouvements respiratoires.

Ces troubles peuvent acquérir subitement une gravité considérable au point de devenir rapidement mortels; mais je ne crois pas que ces accidents soient dus à de la congestion de la glotte, comme on l'a quelquefois prétendu. Je pense, au contraire, qu'il faut plutôt les attribuer à la compression exercée par la tumeur, soit sur les nerfs récurrents, notamment à droite, soit sur le pneumogastrique lui-même.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Besnier.

### Tableau synoptique des diverses classifications des maladies de la peau.

Mercuriali (1572). — Classification selon le siége et les caractères extérieurs.

Deux classes : 1° *Maladies de la tête* (au nombre de quatorze); 2° *Maladies de la surface du corps* (altérations de la coloration, aspérités et rugosités, tumeurs).

Riolan (1610). — Classification selon les caractères extérieurs.

Trois classes : 1° *Pustules*; 2° *Difformités*; 3° *Tubercules*.

Plenk (1776). — Classification selon les caractères extérieurs, les lésions, la cause, le siége.

Quatorze classes : 1° *Macules*; 2° *Pustules*; 3° *Vésicules*; 4° *Bulles*; 5° *Papules*; 6° *Croûtes*; 7° *Squames*; 8° *Callosités*; 9° *Excroissances*; 10° *Ulcères*; 11° *Plaies*; 12° *Parasites*; 13° *Maladies des ongles*; 14° *Maladies des poils*.

Jackson (1792). — Classification selon le siége anatomique.

Trois classes : 1° Sécrétions vicieuses des *glandes sébacées*;

2° États pathologiques des *follicules pileux;* 3° États pathologiques des *vaisseaux exhalants.*

Willan (1798). — Classification selon les lésions élémentaires de la période d'état.

Huit ordres : 1° *Papules* (strophulus, lichen, prurigo); 2° *Squames* (lèpre, psoriasis, pityriasis, ichthyose) ; 3° *Exanthèmes* (rougeole, scarlatine, urticaire, roséole, purpura, érythème) ; 4° *Bulles* (érysipèle, pemphigus, pompholix) ; 5° *Pustules* (impétigo, porrigo, ecthyma, variole, scabies); 6° *Vésicules* (varicelle, vaccine, herpès, rupia, miliaire, eczéma, aphthes); 7° *Tubercules* (phyma, verrues, molluscum, vitiligo, acné, sycosis, lupus, éléphantiasis, frambœsia) ; 8° *Macules* (éphélides, nævi, spilus).

Alibert (1810). — Classification d'après nature, « classification naturelle ».

Douze familles. *Dermatoses:* 1° *Eczémateuses;* 2° *Exanthémateuses;* 3° *Teigneuses;* 4° *Dartreuses;* 5° *Cancéreuses;* 6° *Lépreuses;* 7° *Véroleuses;* 8° *Strumeuses;* 9° *Scabieuses;* 10° *Hémateuses;* 11° *Dyschromateuses;* 12° *Hétéromorphes.*

Biett et Cazenave (1820-1840). — Classification d'après les caractères extérieurs et les lésions élémentaires, etc.

Quinze ordres : 1° *Exanthèmes* (érythème, érysipèle, roséole, rougeole, scarlatine, urticaire); 2° *Vésicules* (miliaire, varicelle, eczéma, herpès, gale); 3° *Bulles* (pemphigus, rupia); 4° *Pustules* (variole, vaccine, ecthyma, impétigo, acné, mentagre, porrigo); 5° *Papules* (lichen, prurigo); 6° *Squames* (lèpre, psoriasis, pityriasis, ichthyose); 7° *Tubercules* (éléphantiasis des Grecs, molluscum, frambœsia); 8° *Macules* (teinte bronzée, éphélides, nævi, albinisme, vitiligo); 9° *Lupus;* 10° *Pellagre;* 11° *Bouton d'Alep;* 12° *Syphilides;* 13° *Purpura;* 14° *Éléphantiasis des Arabes;* 15° *Kéloïde.*

Rayer (1826). — Classification d'après les éléments morbides communs :

Huit classes : 1° *Inflammations;* 2° *Sécrétions morbides;* 3° *Congestions, hémorrhagies;* 4° *Anémies;* 5° *Névroses;* 6° *Vices de conformation;* 7° *Altérations des dépendances de la peau;* 8° *Corps étrangers, animés ou inanimés.*

Baron (1838). — Classification d'après le siège anatomique.

Maladies : 1° *de l'appareil vasculaire;* 2° *des papilles;* 3° *de l'appareil sudoripare;* 4° *de l'appareil sécréteur de l'épiderme;* 5° *de l'appareil chromatogène;* 6° *des follicules sébacés;* 7° *de l'appareil pileux;* 8° *de la matrice des ongles;* 9° *de la trame cellulo-fibreuse;* 10° *de plusieurs éléments.*

Baumès (1842). — Classification d'après la nature et la cause.

Sept catégories. — Fluxions : 1° *par cause externe;* 2° *réfléchie;* 3° *déplacée;* 4° *excentrique;* 5° *par diathèse;* 6° *idiopathique;* 7° *complexe.*

Hébra (1844). — Classification d'après les processus morbides communs.

Douze classes : 1° *Hyperémies cutanées;* 2° *Anémies;* 3° *Anomalies de sécrétion des glandes;* 4° *Exsudations;* 5° *Hémorrhagies;* 6° *Hypertrophies;* 7° *Atrophies;* 8° *Néoplasmes;* 9° *Pseudoplasmes;* 10° *Ulcérations;* 11° *Névroses;* 12° *Parasites.*

Devergie (1857). — Classification analogique.

Quatorze groupes : 1° *Érythème* (urticaire, roséole) ; 2° *Eczéma* (herpès); 3° *Pemphigus* (ecthyma cachecticum, rupia, purpura, scorbut); 4° *Impétigo* (ecthyma, sycosis, acné, couperose); 5° *Lichen* (strophulus, prurigo); 6° *Pityriasis* (psoriasis, lèpre vulgaire, ichthyose): 7° *Teigne* (herpès tonsurant, porrigo decalvans, sycosis, herpès circiné, pityriasis versicolor, plique); 8° *Gale* (phthiriase, acné punctata) ; 9° *Lupus* (scrofulo-syphilides) ; 10° *Syphilides;* 11° *Pellagre* (lèpres, bouton d'Alep, pian, kéloïde, molluscum); 13° *Maladies des ongles;* 14° *Affections des cheveux, particulièrement chez l'enfant à la mamelle;* 12° *Maladies de quelques régions du corps* (verrues, productions cornées).

Hardy (1857) : Classification d'après la nature et l'analogie thérapeutique.

Onze classes : 1° *Macules, difformités* (éphélides, vitiligo, lentigo, verrues, molluscum); 2° *Maladies accidentelles* (érythème, zona, urticaire) ; 3° *Éruptions artificielles* (copahique, arsenicale, etc., tartre stibié, croton tiglion) ; 4° *Maladies parasitaires* (gale, sycosis, herpès circiné, favus); 5° *Fièvres éruptives* (scarlatine, rougeole, variole); 6° *Éruptions symptomatiques* (herpès labialis, taches rosées lenticulaires); 7° *Dartres* (eczéma, psoriasis, lichen, pityriasis); 8° *Scrofulides;* 9° *Syphilides;* 10° *Cancer et cancroïde;* 11° *Maladies exotiques* (lèpre tuberculeuse, pian, bouton d'Alep).

Bazin (1855-1870). — Quatre classifications.

I. *Classification anatomique* (abrégé) : 1° *Lésions du derme* (solution de continuité, corps étrangers, congestions et inflammations, hémorrhagies, lésions de nutrition, vices de conformation); 2° *Lésions du pigment* (achromie, hyperchromie, dyschromie) ; 3° *Lésions de l'épiderme* (ichthyose, appendices cornés, tylosis); 4° *Lésions des poils et de leurs phanères* (canitie, lichen pilaris, teignes); 5° *Lésions des glandes* (sébacées, pileuses, sudoripares).

II. *Classification sémiotique* (abrégé) : 1° *Taches* (sanguines, pigmentaires); 2° *Boutons* (séreux, purulents, hypertrophiques et hétéromorphes, parasitaires); 3° *Exfoliations* (parasitaire, excrémentitielle, inflammatoire, gangréneuse) ; 4° *Ulcères;* 5° *Cicatrices.*

III. *Classification générique* (abrégé). — Premier ordre (*taches*) : *Érythémateuses* (érysipèle, pétéchies, purpura); *Éphélides* (nigritie, mélasma, pelade, vitiligo). — Deuxième ordre (*boutons*) : *Vésicules* (miliaire rouge, eczéma, sudamina, varicelle, herpès, hydroa); *Bulles* (pemphigus, rupia); *Pustules* (ecthyma, miliaire blanche (phlyzacies), acné pustuleuse, mentagre pustuleuse (psydracies); *Furoncles; Abcès dermiques; Papules* (prurigo, lichen) ; *Tubercules* (lupus, tubercules inflammatoires); *Hypertrophies acnéiques* (acné varioliforme, pilaris, végétante, cornée) ; *Affections propres* (plaques muqueuses, végétations, kéloïde, carcinome, tubercule de la lèpre, pian, bouton d'Alep) ; *Affections parasitaires* (éminences acariennes, godet favique). — Troisième ordre (*exfoliations*) : *Parasitaires* (croûtes faviques, gaînes trichophytiques) ; *Excrémentitielles* (sébacées, acné sebacea, épidermiques); *Inflammatoires* (séro-albumineuses, crustacées, pseudo-membraneuses) : *Gangréneuses.* — Quatrième ordre : *Ulcères* (excoriations, fissures, ulcérations, ulcères). — Cinquième ordre : *Cicatrices* (temporaires (maculatures), permanentes).

IV. *Classification générale* (abrégé).

Première classe (*affections de la peau en voie d'évolution*). — Premier ordre (*affections de cause externe*). — Première section : Affections *déterminées* par une cause mécanique ou physique; deuxième section : Affections *provoquées* : *a*) directes; *b*) pathogéniques. — Deuxième ordre (*affections de cause interne*). — Première section : Affections *pestilentielles;* deuxième section : affections *fébriles;* troisième section : affections *exanthématiques;* quatrième section : affections *pseudo-exanthématiques;* cinquième section : affections *hémorrhagiques;* sixième section : affections *symptomatiques* de maladies *constitutionnelles* (herpétides, arthritiques, scrofulides, syphilides, léproïdes); septième section : affections *symptomatiques des diathèses* (à produits inflammatoires, homœomorphes, hétéromorphes).

Deuxième classe (*affections de la peau stationnaires*). — Premier ordre : Difformités de *cause externe* (provoquées). — Deuxième ordre : Difformités de *cause interne* (spontanées : maculeuses, boutonneuses, hypertrophiques, exfoliatrices, atrophiques, ulcéreuses, cicatricielles).

---

## HOPITAL LAENNEC. — M. Damaschino.

### Hémoptysies foudroyantes chez les phthisiques.

Les difficultés que l'on éprouve, lorsque l'on cherche à trouver le point de départ des altérations vasculaires dans l'hémoptysie, constituent une des causes qui mettent le plus obstacle à la con-

naissance du mode pathogénique de cette hémorrhagie. C'est ce qui explique pourquoi la connaissance des anévrysmes des artères des poumons dans la phthisie est de date relativement récente, puisque, malgré quelques faits antérieurement publiés, elle peut être en grande partie attribuée aux recherches de Rasmussen, vulgarisées en France par les leçons de M. le professeur Jaccoud.

Ayant eu occasion d'observer récemment deux cas d'hémoptysie foudroyante chez des phthisiques de mon service à l'hôpital Laënnec, j'ai été assez heureux pour découvrir assez facilement le point de départ de l'écoulement sanguin à l'aide d'une méthode que je désire vous exposer en quelques mots.

La première idée qui vient à l'esprit, lorsque l'on fait ces recherches anatomo-pathologiques, est d'ouvrir l'arbre bronchique dans l'espoir de reconnaître l'origine de l'hémorrhagie, en suivant la bronche par laquelle s'est faite l'issue du sang au dehors. Un simple examen des canaux aériens suffit pour dissiper toute illusion à cet égard. Il est impossible de trouver par ce procédé le vaisseau lésé, car la trachée tout aussi bien que les divisions et subdivisions bronchiques sont remplies par une masse sanguinolente et mousseuse dont les caractères sont partout à peu près les mêmes. La façon dont se passent les choses dans ces terribles hémorrhagies permet de comprendre qu'il en soit toujours ainsi : en effet, le sang versé dans la caverne par la perforation artérielle afflue incessamment dans la bronche correspondante, puis progressivement dans la trachée où les mouvements respiratoires le mélangent continuellement avec l'air inspiré et expiré. Il en résulte que, dans l'acte de l'inspiration, c'est cette mousse sanguine qui pénètre dans les ramifications bronchiques, si bien que les sujets succombent non pas tant par l'extrême abondance du sang versé au dehors que par la gêne asphyxique résultant de la présence d'un liquide dans les tuyaux aérifères. La mort survient au milieu d'un état extrêmement pénible de véritable suffocation, par anhématose et non par syncope consécutive à l'hémorrhagie. Ce fait a été très-manifeste chez les deux malades dont il est question dans cette communication : je suis convaincu qu'il doit être de règle dans la majorité des cas.

En présence de ces difficultés que connaissent bien tous ceux qui ont fait l'examen anatomique de pièces recueillies dans de semblables circonstances, j'ai cherché à mettre en évidence, à l'aide d'une injection, le vaisseau perforé, et j'y suis parvenu au moyen du procédé suivant. Une canule étant préalablement fixée sur l'artère pulmonaire, la trachée et les grosses bronches sont ouvertes à leur partie postérieure : je pousse alors une injection d'eau dans l'artère pulmonaire, et cette eau ressort partiellement par une seule bronche correspondant au poumon où s'est faite l'hémorrhagie, celui du côté droit par exemple. Je fixe alors une canule sur la branche droite de l'artère pulmonaire, et j'injecte de nouveau de l'eau après avoir ouvert les principales divisions bronchiques droites. Le liquide sortant par un seul lobe, c'est sur l'artère de ce même lobe que je fixe à nouveau la canule par laquelle je pratique l'injection non sans avoir incisé les divisions bronchiques correspondantes. Il m'est alors très-facile, en ouvrant la bronchiole par laquelle sort le liquide d'injection, de tomber sur la caverne et de voir s'écouler directement ce liquide par l'ouverture vasculaire ; et, comme la canule est encore fixée sur l'artère perforée, je puis aisément disséquer celle-ci et mettre en même temps à nu la caverne, la bronche correspondante ainsi que la poche anévrysmale. La perforation artérielle et les lésions qui l'ont occasionnée deviennent alors manifestes.

C'est à l'aide du procédé que je viens de décrire qu'il m'a été possible de constater le point de départ de l'hémoptysie foudroyante chez les deux phthisiques dont je vous présente ici les pièces anatomiques. Vous pouvez voir que le processus qui a donné naissance à l'effusion sanguine est le même dans les deux cas. Un vaisseau artériel, branche importante (de troisième et de quatrième ordre) de l'artère pulmonaire, est accolé à la paroi d'une caverne dans l'intérieur de laquelle il fait partiellement saillie. Le travail ulcératif qui agrandit incessamment la cavité creusée dans le parenchyme pulmonaire a donc respecté tout d'abord les tuniques artérielles qu'il a isolées à moitié du tissu du poumon qui les environne ; mais, sous l'influence des progrès de l'ulcération, l'artère est à son tour altérée dans une partie de sa circonférence. Les tuniques vasculaires, affaiblies par ce travail destructif, cèdent alors en ce point à la pression sanguine et se distendent en donnant naissance à un véritable anévrysme constitué par la tunique interne et une portion plus ou moins considérable de la tunique moyenne. C'est en somme un anévrysme mixte qui prend ainsi naissance : les tuniques artérielles sont en ce point très-affaiblies, d'une part à cause de leur dilatation excessive, d'autre part en raison des altérations histologiques dont leurs éléments sont le siége. C'est à peine, en effet, si sur une coupe transversale on trouve quelques traces des éléments musculaires et des fibres élastiques de la tunique moyenne ; la paroi anévrysmale est essentiellement constituée par de petites cellules rondes en voie de régression caséeuse, et c'est seulement vers le milieu même de cette paroi que l'on découvre quelques-uns des éléments nouveaux.

En résumé, amincissement de la paroi sous l'action de la dilatation des tuniques artérielles, modification dans l'histologie normale du vaisseau (endartérite avec tendance à la dégénération caséeuse) : telles sont les altérations pathologiques dont les parois anévrysmales sont le siége et qui rendent bien compte de la rupture facile de la poche.

Voici maintenant les pièces anatomiques recueillies chez les deux malades dont il a été question dans cette communication. Chez le premier, homme de vingt-cinq ans, les symptômes de la tuberculisation pulmonaire dataient de onze mois ; l'affection avait marché assez vite (et n'était nullement torpide comme l'avait signalé Powell dans des cas analogues), puisque les signes de cavernes très-vastes existaient au sommet gauche et que le sommet droit était gravement affecté. Une première hémoptysie, assez peu abondante (évaluée à un verre à boire), s'arrêta aisément ; mais trois jours plus tard l'hémorrhagie se renouvela, et le malade succomba en moins d'un quart d'heure après avoir rendu environ deux litres de sang liquide et mousseux. A l'autopsie, on put constater les altérations tuberculeuses diagnostiquées pendant la vie. L'hémoptysie avait eu pour point de départ une lésion d'une branche de troisième ordre de l'artère pulmonaire à gauche. Un anévrysme sacciforme du volume d'une grosse noisette faisait saillie dans la caverne, et s'était développé sur une artère rampant dans la paroi de cette caverne ; il existait deux perforations de la dimension d'un très-gros stylet de trousse.

La seconde pièce a été recueillie chez un jeune homme de vingt-six ans, qui avait eu déjà une première hémoptysie assez forte. L'hémorrhagie se fit inopinément le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital Laënnec, et en moins de dix minutes la mort survint au milieu d'un état cyanotique des plus caractéristiques. Je pus retrouver aisément au milieu du lobe supérieur droit un anévrysme sacciforme de la grosseur d'une aveline, saillant dans une caverne et offrant une perforation unique de 2 millimètres de diamètre. Ici encore la branche artérielle (un rameau de quatrième ordre de l'artère pulmonaire) rampait à la surface de la caverne et faisait à moitié saillie dans son intérieur. Mais, en outre, fait très-intéressant à noter, il a été possible de retrouver dans l'autre poumon un second anévrysme, celui-ci moins volumineux et non perforé. Le processus morbide de ces fortes hémoptysies est en quelque sorte pris sur le fait chez ce second malade.

---

## PHYSIOLOGIE.

### EXPÉRIENCES POUR SERVIR A L'ÉTUDE DES FONCTIONS DU FOIE

Par M. le professeur P. PICARD (de Lyon).

Dans une communication antérieure, insérée aux comptes-rendus de l'Académie des sciences, j'ai parlé des effets déterminés par la section des nerfs du foie ; j'ai dit notamment que cette opération n'amenait pas le diabète, et n'augmentait pas les proportions d'urée du sang.

J'ai aujourd'hui quelques autres particularités à faire connaître, relativement à l'histoire de ces nerfs.

1° Je dois dire que les chiens résistent parfaitement à l'énervement du foie ; et, en effet, j'ai fait subir cette opération à plusieurs de ces animaux qui ont tous guéri, sauf un seul, qui a succombé à une péritonite, surtout en raison de ce fait que j'avais lésé un petit vaisseau, et que j'avais pratiqué une ligature et laissé un fil dans la cavité péritonéale.

Les autres, je le répète, ont parfaitement guéri, et n'ont présenté aucuns phénomènes *tranchés* et importants à signaler.

La glycosurie, la sécrétion biliaire, etc., se sont faites à peu près comme chez un individu sain, et le résultat caractéristique que je signale est précisément celui-là que les fonctions du foie n'ont pas montré un désordre notable, et qu'elles paraissent par suite dans une sorte d'indépendance relative vis-à-vis du système nerveux qui, *directement*, envoie ses rameaux à l'organe.

2° Quand, chez un chien, on lie en même temps l'artère et les nerfs qui l'environnent (pour supprimer l'arrivée du sang artériel), et qu'on prend, en suivant la méthode de mon maître Cl. Bernard, le sang des veines sushépatiques, puis immédiatement le sang de la veine porte, on a ainsi ce liquide avant et après son passage à travers le foie. En combinant deux quantités égales de ce sang avec l'oxyde de carbone, et en déterminant, à l'aide de la pompe à mercure, les proportions qui ont été fixées en combinaison stable par l'une et l'autre, on constate que le sang qui sort a absorbé un volume de ce gaz plus petit que le sang qui était entré.

C'est-à-dire que le sang paraît perdre une fraction de son hémoglobine en traversant le foie.

Dans une expérience où les analyses ont été pratiquées par le préparateur sur mes indications, les chiffres trouvés ont été les suivants :

100 centimètres cubes de sang-porte ont absorbé 39cc,9, et
100 centimètres cubes de sang sushépatique ont absorbé 26cc,5.

Les résultats obtenus ont été constamment de même sens, et les chiffres n'ont varié que par la valeur de leur rapport et par leur valeur absolue, et on sait, du reste, que les quantités d'hémoglobine sont très-différentes d'un animal à l'autre.

A propos de ces analyses, je ferai observer que la méthode suivie donne une grande valeur aux chiffres indiqués, surtout en raison de ce fait que des études pratiquées dans ces conditions sur un même sang conduisent à des résultats concordants même les personnes les moins habituées au maniement de la pompe à mercure, tandis que c'est seulement après une longue pratique, et grâce à une foule de petites précautions, qu'on y arrive quand on dose l'hémoglobine par le plus grand volume d'oxygène que le sang est susceptible d'absorber.

3° Quand on a sectionné les nerfs du foie entre deux ligatures, et qu'on examine leurs bouts centraux et leurs bouts périphériques, on constate d'abord que ces nerfs n'ont qu'une sensibilité obtuse. En tous cas, rien ne se montre de comparable à ce que l'on observe en examinant les bouts centraux des nerfs spléniques, par exemple, et à coup sûr ces nerfs ne sont nullement comparables sous ce rapport : les uns renferment de nombreuses fibres sensitives, tandis que les autres n'en contiennent que fort peu, si même ils en ont réellement, ce qui est difficile à déterminer d'une façon absolue.

Lorsqu'on examine les effets déterminés par l'excitation des bouts périphériques, on est frappé également de l'obscurité et du peu de netteté des effets *immédiatement* constatables.

On peut bien observer, en effet, comme l'a dit M. Vulpian, une légère pâleur relative se marquant par places ; mais cet effet, une inégalité de couleur, peut se montrer même en dehors de toute action nerveuse, et n'est pas facile à relier à une cause bien précisée.

Lorsqu'on a coupé l'extrémité d'un lobe et qu'on examine l'écoulement sanguin, soit pendant la paralysie, soit pendant l'excitation, on se convainc nettement que ces deux états opposés sont loin d'amener des effets tranchés comme on les observe en d'autres organes (dans la rate, dans la glande sous-maxillaire par exemple). Le sang coule abondamment par moments, et faiblement dans d'autres ; mais on voit que, soit pendant la paralysie, soit pendant l'excitation, l'écoulement abondant se fait au moment de l'expiration ; il est donc en quelque sorte (je ne dis pas absolument) indépendant de l'influence nerveuse directe.

4° L'excitation *prolongée* des bouts périphériques des nerfs hépatiques amène une modification de l'urine, qui devient glycosurique.

Si nous cherchons à tirer une conclusion des faits qui viennent d'être énoncés brièvement, nous dirons que :

Le foie paraît recevoir nettement des nerfs sécréteurs, nerfs qui amènent la glycosurie ;

Il ne paraît recevoir que *fort peu* des nerfs sensitifs et vaso-moteurs, et sa mise en action me paraît être un contre-coup des actions réflexes exercées sur d'autres organes dont la circulation est, en quelque sorte, corrélative de la sienne.

La digestion qui amène le fonctionnement des glandes de l'estomac, etc., et la congestion de l'intestin produit une circulation plus active dans la veine porte et le foie, et détermine le fonctionnement plus actif de cet organe à ce moment.

La glycosurie, au moins dans un de ses termes, paraît, au contraire, comme Cl. Bernard l'avait montré du reste, directement dépendante du système nerveux hépatique, qui peut lui donner une suractivité.

---

## DE LA RÉTENTION INCOMPLÈTE D'URINE

### AU POINT DE VUE ANATOMIQUE ET CLINIQUE, DANS LES CAS DE LÉSIONS PROSTATIQUES ET DE RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE (1)

Par le Dr Alfred JEAN,
Ancien interne des hôpitaux.

Ce travail, couronné par la commission du prix Civiale pour l'année 1878, est résumé par l'auteur dans les conclusions suivantes :

La rétention incomplète d'urine ne doit pas être envisagée comme une affection localisée exclusivement à l'appareil urinaire. Elle peut, il est vrai, pendant longtemps, n'intéresser que les organes en rapport directement avec la sécrétion et l'excrétion de l'urine ; ce sont les cas exceptionnels. Parfois l'attention du malade est portée de préférence sur le mauvais état des voies digestives, état qui peut être le symptôme initial ; mais, quel que soit le mode de début, toujours ou du moins presque toujours, la plupart des appareils de l'économie sont intéressés par la maladie.

Les lésions vésicales les plus importantes consistent dans l'hypertrophie générale de chaque tunique, hypertrophie portant aussi bien sur les éléments propres que sur les éléments interstitiels. — Les obstacles prostatiques agissent principalement sur la couche profonde circulaire et plexiforme de la vessie, en donnant naissance, le plus souvent, à des colonnes horizontales, tandis que les obstacles uréthraux manifestent leur action, surtout sur la couche externe longitudinale. — Ces altérations sont sous la dépendance intime du processus inflammatoire. A l'hypertrophie musculaire succède l'emprisonnement des fibres contractiles par le tissu conjonctif de nouvelle formation, ce qui explique l'impuissance des contractions vésicales. A la cystite hypertrophique fait suite une véritable cystite interstitielle. Dans les reins, nous trouvons la néphrite interstitielle et la néphrite suppurée (rein chirurgical).

Les principaux symptômes sont la fréquence et la douleur des mictions, la stagnation de l'urine, l'incontinence, la polyurie, les troubles digestifs, la fièvre, soit à l'état continu, soit sous forme d'accès isolés. Enfin survient l'empoisonnement urineux et la cachexie.

Le pronostic est toujours assez grave (sauf le cas de rétrécissement).

(1) Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce. In-8°. Prix : 3 fr. 50.

Quant aux indications du traitement, nous croyons que si, dans certains cas, elles s'imposent, dans d'autres cas, elles sont subordonnées à diverses circonstances dont l'expérience seule peut déterminer la valeur. Il en résulte que la conduite du chirurgien ne peut pas être tracée à l'avance, et qu'il ne doit pas être absolu dans le choix de son intervention. Il ne faut ni toujours proscrire les sondes à demeure, ni reculer devant les cathétérismes répétés. Ces deux méthodes ont leurs inconvénients et leurs avantages ; il faut donc se rendre compte de leur opportunité, les essayer tour à tour, au besoin, sans parti pris, avec l'esprit d'éclectisme qui résulte de toute expérience.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le 28 mars 1878, la Société médico-psychologique, sur le rapport de M. le docteur Legrand du Saulle, émettait le vœu qu'une statue fût élevée à Philippe Pinel.

Nous sommes heureux d'annoncer que M. le docteur Charles Loiseau, s'appuyant sur ce rapport, vient d'obtenir du conseil général de la Seine un vote favorable à l'érection de la statue du grand aliéniste sur la place de la Salpêtrière.

Dans notre prochain numéro nous publierons le rapport de la commission de la Société médico-psychologique ; c'est une pièce historique à conserver.

— La Faculté de médecine de Paris présente pour la chaire de pathologie générale : en première ligne, M. Bouchard ; en seconde ligne, M. Hayem.

— En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par M. le ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'administration générale de l'assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du onzième arrondissement que, le dimanche 18 mai 1879, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à deux heures.

— M. le professeur Parrot, MM. les docteurs Riant et Théophile Roussel sont nommés membres de la commission des bâtiments et mobiliers scolaires.

— M. G. Hayem, agrégé, a été désigné pour occuper pendant ce semestre la chaire de thérapeutique. Il commencera ses leçons le mardi 6 mai à cinq heures et les continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure (grand amphithéâtre).

M. G. Hayem a choisi comme sujet de cours « les grands médicaments. »

— *École pratique.* — M. P. Segond, aide d'anatomie, assisté de MM. Chevallereau, Chuquet, Coudray, Féré, Poirier et Ramonède, moniteurs, commencera le troisième cours d'exercices pratiques de médecine opératoire le lundi 12 mai 1879, à une heure, dans l'amphithéâtre n° 3, à l'École pratique. Ce cours sera continué tous les jours à la même heure. Chaque démonstration sera suivie d'exercices pratiques dans le pavillon n° 1. Les élèves qui ont demandé à suivre le cours *mai* sont convoqués le lundi 12 mai, à midi et demi précis, à l'École pratique, afin d'être mis en série.

Il reste quelques places vacantes dans ce cours, qui pourront être attribuées aux élèves qui se feront inscrire avant le samedi 10 mai, au bureau du chef du matériel, à l'École pratique.

— M. le docteur Luys reprendra ses leçons sur la pathologie mentale à la Salpêtrière, le dimanche 11 mai, à neuf heures un quart, et les continuera les dimanches suivants à la même heure (salle des consultations à l'infirmerie générale).

Le cours aura cette année pour objet l'étude des circonvolutions cérébrales et celle de la paralysie générale.

— *Hôpital Saint-Louis.* — *Conférences sur les maladies de la peau et la syphilis.* — Le docteur Alfred Fournier, agrégé de la Faculté, commencera ses conférences, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 9 mai, à neuf heures et demie, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Le mardi, conférences au lit des malades (neuf heures).

**Fragments de philosophie médicale,** leçons d'introduction aux études médicales, discours et notices, par le docteur Ch. Schutzenberger, professeur de clinique à l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg. 1 vol. grand in-8° de 656 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Masson.

**Traité élémentaire de pathologie externe,** par E. Follin et Simon Duplay. T. VI, fasc. 1er. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 8177.

## Sirop de Raifort iodé

PRÉPARÉ A FROID, DE GRIMAULT.

Combinaison intime de l'iode avec le suc des plantes antiscorbutiques : *Cresson, Raifort, Cochlearia, Trèfle d'eau*, insensible à la réaction de l'amidon. L'innocuité de cette préparation sur l'estomac et les intestins la fait préférer à tous les mélanges sirupeux à base d'iodure de potassium et d'iodure de fer, et la rend précieuse dans la médecine des enfants, le lymphatisme et la phthisie.

Le *Sirop de Raifort iodé* est employé à Paris sur une grande échelle, comme succédané de l'huile de foie de morue; jamais il ne provoque le plus léger accident d'intolérance.

Chaque cuillerée à bouche représente 5 centigr. et demi d'iode; la dose journellement prescrite pour les enfants est d'une cuillerée à bouche matin et soir; pour les grandes personnes, 2 à 4 cuillerées.

Dépôt à la pharmacie, 7, rue de la Feuillade

## Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

**Pepsine Boudault en poudre,** par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

**Pepsine Boudault en poudre,** par flacon de 10 prises de 1 gramme.

**Elixir** et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

**Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault.** — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

## Extrait de viande Liebig.

L'Extrait de viande Liebig est du bouillon concentré. Les Établissements de la compagnie Liebig, situés dans l'Uruguay, sont aujourd'hui universellement connus. La Compagnie a obtenu, à l'Exposition de 1867, deux médailles d'or; à celle du Havre, en 1868, une médaille d'or; en 1869, à Amsterdam, un grand diplôme d'honneur; en 1872, une grande médaille d'or à l'Exposition scientifique de Moscou; un grand diplôme d'honneur à Vienne, en 1873; elle a été MISE hors concours à Lyon en 1872; et enfin on lui a octroyé, à l'Exposition de Paris, en 1878, une médaille d'or.

Le bouillon à l'extrait de viande se prépare instantanément et il est privé de graisse et de gélatine. Ce sont là des qualités qui lui assureront l'approbation du médecin pour qui un bouillon de préparation facile est d'une si grande importance. Plusieurs pharmacopées ont du reste dû l'admettre parmi les médicaments de pharmacie.

Se vend en gros par les principaux droguistes de Paris et de la province.

*Médailles d'OR. — Prime de 16,600 fr. à Laroche.*

## Quina Laroche (*Élixir vineux*).

APÉRITIF, TONIQUE, FÉBRIFUGE.

(*Extrait* COMPLET *des* TROIS *quinquinas*.)

Epuiser, par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la TOTALITÉ des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), tel est le secret de la supériorité de l'*Élixir vineux* dit **Quina Laroche** contre les *fièvres, gastralgies, anémies*, etc.

Le même produit FERRUGINEUX ou IODÉ.

*Paris*, 22 et 19, rue Drouot.

Laroche

## Sirop du Docteur Dufau,

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.

Maladies aiguës et chroniques de la vessie : *Diathèse urique, Gravelle, Cystite, Catarrhe vésical, Dysurie*. — 3 francs le flacon dans les principales pharmacies. — Dépôt général : pharmacie Lagnoux, 19, rue des Missions, à Paris.

## Dragées arsenico-ferriques

**aux sels naturels de la Dominique,**

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescences, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique**; il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squameuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — Butr. — BOUCHARDAT, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édition, p. 396.)

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix : 3 francs la boîte. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

## Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de Ch. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

MALADIES DE L'ESTOMAC
DIGESTIONS LABORIEUSES

## Poudres et Pastilles de Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

*digestives, absorbantes, antigastralgiques* contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

Adh. DETHAN, pharmacien, faubourg Saint-Denis, 90, Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

## Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Barèges*.

| | |
|---|---|
| La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. | 2 50 |
| Le flacon — pour 1 bain . . . . | 1 » |

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

## Vins d'Ossian Henry,

membre de l'Académie de médecine.

**Vin de Quinquina titré simple.** — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

**Vin de Quinquina ferrugineux.** — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, Longues convalescences*, etc., 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les pharm.

## Coton iodé préparé par J. THOMAS

*pharmacien de 1re classe.*

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

## Épilepsie. Hystérie. Névroses

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

## Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les écoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DEPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

## Sirop MINERAL SULFUREUX Crosnier

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (7 AOUT 1877).

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante. — r. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

## Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

## Tamar indien Grillon

(Électuaire lénitif no 532 du Codex.)

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc.

Ph. GRILLON, 52, r. Grammont, Paris. Bte, 2 f. 50.

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

## Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*)

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

## Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

VIN FORESTIER A LA VIANDE.
VIN FORESTIER A LA GLYCÉRINE PURE.

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

## Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.

RENAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance d'hier a été comme fragmentée en plusieurs communications se rattachant à trois des sujets actuellement en discussion et qui se sont assez singulièrement enchevêtrés les uns dans les autres. Il s'est agi d'abord de la question la plus récemment introduite, la pleurésie multiloculaire. M. Jaccoud, qui était absent à la dernière séance lorsque M. Maurice Raynaud a pris la parole, a tenu à remercier son collègue pour son utile et brillante intervention. Après quelques observations faites au sujet des réserves et des doutes émis par M. Maurice Raynaud sur la valeur des faits énoncés dans sa communication et des déductions sémiologiques qu'il en a déduites, M. Jaccoud a conclu en faisant appel à de nouveaux faits. On ne pouvait formuler une conclusion plus sage.

M. Hervieux est monté ensuite à la tribune pour reprendre la discussion, plusieurs fois interrompue, sur la septicémie puerpérale, qui n'a été elle-même qu'un bourgeon détaché de la grande discussion sur la septicémie chirurgicale. M. Hervieux s'est proposé, dans cette nouvelle rentrée en campagne, moins de combattre itérativement la théorie des germes proposée par M. Pasteur pour l'explication de l'étiologie de la fièvre puerpérale, que de défendre son éminent collègue contre le zèle empressé et exagéré de ses adeptes, qui, comme tous les adeptes d'une idée nouvelle, sont toujours disposés à transformer prématurément une présomption en certitude. Il a très-habilement démontré une à une les obscurités qui planent encore sur la théorie de M. Pasteur, en ce qui concerne, du moins, la fièvre puerpérale, et il a maintenu, non sans talent et fermeté, les faits qu'enseigne la clinique et les principes de pathologie générale, qui n'expliquent point, mais qui expriment les faits de spécificité morbide.

M. Pasteur n'avait pas eu le temps de répondre à M. Hervieux que M. Panas était déjà à la tribune pour défendre contre les critiques de M. Gosselin les idées nouvelles sur la moelle osseuse et sur l'ostéomyélite qu'il a importées à l'Académie dans son rapport sur le mémoire de M. Lannelongue, avec l'appui de M. Trélat. MM. Gosselin et Colin maintiennent leur opposition à l'extension, abusive suivant eux, donnée par l'école histologique moderne au mot moelle. Cette discussion pourra arriver peut être à un terme utile par les démonstrations que M. Colin se charge de faire.

Quant à la réponse de M. Pasteur, elle nous a paru atténuer considérablement ses premières prétentions à l'égard du rôle étiologique d'un microbe spécial dans la génération de la fièvre puerpérale. Ici même il faut attendre, et, comme l'a dit avec beaucoup de bon sens M. Hervieux, jusqu'à ce que cette théorie ait fait ses preuves, il ne faut pas négliger les enseignements de la clinique et de l'expérience.

Dr BROCHIN.

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

### Observations de cataractes consécutives à la fièvre typhoïde.

Je vais pratiquer l'opération de la cataracte à une jeune fille dont l'histoire est très-intéressante au point de vue de l'étiologie.

C'est une grande et robuste paysanne de vingt-cinq ans qui nous est envoyée de l'Orne par un médecin de mes amis. Elle est arrivée à l'hôpital atteinte de cécité complète, portant une cataracte double. J'ai opéré avec succès l'œil droit il y a quinze jours; aujourd'hui je vais extraire la cataracte du côté gauche. Vous avez pu voir qu'il s'agit ici d'une cataracte ayant une teinte blanc-bleuâtre, nacrée, ce qui caractérise les cataractes occupant les couches corticales superficielles du cristallin. Nous avons exploré le champ visuel et la perception lumineuse, nous n'avons rien constaté d'anomal.

A quoi tient donc cette cataracte ? Cette jeune fille n'est pas scrofuleuse, et l'on ne devine pas du tout au premier abord quelle peut bien être la cause de cette affection. Le problème devient encore beaucoup plus intéressant si je vous rappelle qu'il y a quatre ans, nous avons reçu, dans la salle Sainte-Rose, la sœur de cette malade, également âgée, à cette époque, de vingt-cinq ans, et également atteinte de cataracte double. Elle a été opérée avec succès. Voilà donc deux sœurs qui, au même âge, à vingt-cinq ans, ont été atteintes de cataractes de même nature. Est-ce un pur hasard, est-ce l'influence d'une prédisposition hérédi-

taire particulière? Est-ce l'effet d'une influence identique analogue à la vieillesse par exemple, où les malades n'ont pas besoin d'être frères ou sœurs pour avoir des cataractes?

Nous avons examiné les fonctions de nutrition chez notre malade; nous n'avons trouvé ni albuminurie, ni glycosurie, ni phosphaturie. Vous savez, en effet, que les troubles de nutrition produits par l'élimination d'albumine ou de sucre sont une cause assez fréquente de cataracte. De même l'élimination exagérée de phosphates a aussi une influence spoliatrice de même nature (voir *Gazette des Hôpitaux*, 1879, page 378) sur les processus chirurgicaux et aussi sur la production de cataractes spontanées, comme M. Teissier fils en a donné des exemples.

Les cararactes des jeunes gens sont des cataractes congénitales (partielles ou totales) ou des cataractes par propagation d'accidents inflammatoires (kératites, irido-choroïdites, ou consécutives à la rougeole et quelquefois à la variole), ou des cataractes traumatiques. Or notre malade n'était absolument dans aucune de ces conditions. Voici le fait intéressant que nous avons relevé : cette fille a eu la fièvre typhoïde il y a deux ans et demi, et c'est quelques mois après qu'elle a commencé à s'apercevoir que sa vue diminuait rapidement et que les cataractes se développaient.

Sa sœur, aussi opérée à l'âge de vingt-quatre ans et demi, avait aussi eu la fièvre typhoïde deux ans auparavant et avait de même vu se développer la cataracte dans les trois mois qui suivirent la fièvre typhoïde. Elle avait de même des cataractes demi-molles et cortico-centrales.

Telle est donc l'étiologie curieuse de la cataracte chez ces deux malades. Je ne répondrais pas que le même fait n'a pas déjà été signalé : je n'en connais cependant aucun exemple, et c'est ce qui m'a engagé à appeler votre attention sur cette observation. On comprend assez facilement que la fièvre typhoïde qui amène des processus régressifs si marqués dans les tissus musculaires et cartilagineux par exemple, soit capable d'amener dans le cristallin des processus analogues : mais il serait intéressant de faire une étude plus complète de ce mécanisme et d'en chercher les lois pathogéniques.

**Sarcome du maxillaire supérieur. Résection partielle.**

Au nº 11 de la salle des hommes, est couché un malade âgé de quarante-huit ans, exerçant la profession de journalier, et qui est atteint d'une tumeur du maxillaire supérieur du côté droit. Il y a un an, il remarqua que ses dents s'ébranlaient; et il y a quatre ou cinq mois surtout, il sentit que les gencives augmentaient notablement de volume; peu à peu, le gonflement gagna le bord alvéolaire, et le malade fit arracher les dents voisines. Un mois après, un médecin extirpa une portion de la gencive, puis, le mal ayant progressé, cet homme est entré dans notre service Nous avons trouvé une tumeur indolente, sans grande réaction, sans hémorrhagie. Elle siège essentiellement sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur droit. Il n'y a pas de déformation, pas de changement de couleur à la peau, pas de ganglions engorgés. A l'extérieur, on remarque seulement, dans la région canine, un certain épaississement portant sur le bord alvéolaire. Dans la cavité buccale, la tumeur n'est presque pas ulcérée, elle est revêtue par la gencive et la muqueuse épaissies. On ne sent ni mollesse ni fluctuation : il y a simplement un peu de mobilité sur la base alvéolaire. Les limites de la tumeur sont, à la face inférieure, la voûte palatine exactement sur la ligne médiane; à la partie supérieure, le sillon géno-labial. En arrière, on sent à peu près que la tumeur ne dépasse pas le niveau de la dernière molaire. Elle est adhérente à l'os, mais bien limitée, et sans retentissement ganglionnaire. Cependant elle a suivi une marche rapide, car elle s'est développée depuis un an.

Le diagnostic est vraiment facile : mais la nomenclature est plus difficile à préciser. C'est ce que nos maîtres et nos prédécesseurs appelaient un ostéo-sarcome. Un peu plus tard, on désigna sous le nom d'épulis ou épulis sarcomateuse toutes les tumeurs siégeant sur le bord gingival et occupant les gencives.

L'histologie vint ensuite établir des distinctions entre les diverses espèces d'épulis, car il en est qu'il suffit d'extraire en rasant l'os, et qui ne reviennent jamais, tandis que d'autres récidivent très-facilement. Paget, il y a environ vingt-cinq ans, étudia le sarcome myéloïde des os, dans lequel il comprend les épulis constituées par l'épaississement du périoste muqueux de la gencive, mais avec prolifération des cellules myéloïdes des os.

Ces tumeurs sont constituées par la production sarcomateuse accompagnée d'une très-riche prolifération des éléments des petites cellules de la moelle des os. Un neveu de Nélaton, Eugène Nélaton, écrivit sa thèse sur les « tumeurs à myéloplaxes des mâchoires » : c'étaient les tumeurs décrites par Paget, dans lesquelles il trouvait un élément nouveau, les myéloplaxes, cellules qui appartiennent à la période formatrice des os. Tout récemment, MM. Malassez et Monod faisaient de ces tumeurs des sarcomes angioplastiques ; les cellules géantes seraient des cellules angioplastiques, c'est-à-dire serviraient à la formation des vaisseaux.

Ces divers caractères suffisent pour déterminer la tumeur que nous observons chez notre malade. Mais, en raison de sa marche envahissante, le diagnostic entraîne le traitement. Il faut opérer sans retard, avant qu'il y ait retentissement ganglionnaire.

Je suis grand partisan de l'évidement, qui permet de détruire tout ce qu'on veut détruire, et rien au delà; mais, dans le cas particulier, je pense que l'on ne serait pas assez certain d'enlever toute la tumeur. Il ne faut pas enlever seulement le bord des alvéoles, il faut extirper au moins deux centimètres de hauteur de l'os atteint. Je ferai donc la résection de façon à couper au-delà des parties envahies, mais je ne pratiquerai qu'une résection partielle du maxillaire supérieur, et je respecterai l'os malaire. Je fendrai la lèvre supérieure sur la ligne médiane, et la décollerai de ses insertions vers l'aile du nez, le long de l'apophyse montante du maxillaire inférieur. S'il le fallait, je ferais l'incision de Nélaton, en détachant l'aile du nez jusque vers l'angle interne de l'œil. Après avoir isolé le voile du palais, je passerai une scie à chaîne avec une sonde molle pour fendre les deux maxillaires au niveau de leur réunion, et je ferai la résection vers la tubérosité du maxillaire.

J'espère, avec des cisailles courbes, pouvoir réséquer, à la partie postérieure, au point de jonction de la tubérosité du maxillaire avec l'apophyse ptérygoïde. Je n'ai à redouter, dans ce temps de l'opération, que l'hémorrhagie de l'artère palatine supérieure dont je serai facilement maître, soit par la compression, soit par la cautérisation avec le thermo-cautère.

J'enlèverai ainsi toute la tumeur et les parties osseuses

voisines. Je ne pense pas que l'intervention chirurgicale puisse être efficace si elle se bornait à de moindres délabrements.

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Duplay.

### Du goître suffocant rétro-sternal (1).

II

Ce qui me reste à vous dire du pronostic et du traitement de cette affection est d'une grande importance. En effet, cette malade chez laquelle la tumeur, à laquelle nous avons donné le nom d'hypertrophie pure et simple du corps thyroïde, de goître suffocant rétro-sternal, ne détermine que des troubles dyspnéiques assez modérés; cette malade, dis-je, peut être emportée très-rapidement, sans que la tumeur ait augmenté de volume, sans qu'elle ait subi la plus petite modification.

Elle peut mourir, par exemple, à l'occasion d'une vive émotion morale déterminant une suffocation excessive. Mais ce mode de terminaison est rare.

Ce qui est plus commun, c'est de voir la dyspnée augmenter progressivement, puis à un certain moment de voir survenir des accès de suffocation qui, après s'être répétés un certain nombre de fois, finissent un beau jour par déterminer la mort.

De plus, à supposer que ces accès dyspnéiques tardent à survenir, on observe, si la tumeur continue à grossir, d'autres troubles fonctionnels du côté de l'œsophage, des vaisseaux et des nerfs; troubles dont je vous ai parlé précédemment et qui viennent encore compliquer la symptomatologie et compromettre davantage l'état des malades.

Que devons-nous faire en présence de cette affection? Avant d'aborder le traitement du goître rétro-sternal suffocant, permettez-moi de vous mettre en garde contre les dangers qui résultent d'une intervention chirurgicale trop facile dans les tumeurs du corps thyroïde. Quel que soit le diagnostic que vous aurez porté, je n'hésite pas à vous donner le conseil formel de ne toucher à ces affections que lorsque vous y serez forcés absolument par la maladie elle-même ou par les instances du sujet. Si légère, en effet, que soit l'opération que vous alliez pratiquer sur cette région, ne serait-ce qu'une simple piqûre avec la pointe d'un trocart explorateur, vous pouvez tuer votre malade. J'en ai, pour ma part, vu de nombreux exemples.

Quoi qu'il en soit, le traitement du goître est local ou général. Chez cette femme, où les accidents n'ont pas actuellement une très-grande intensité, je vous donnerais le conseil de vous en tenir d'abord à ce dernier. Il consiste surtout à l'emploi des préparations iodées, et souvent, notamment quand les sujets sont jeunes et que l'on commence à traiter la maladie à son début, on obtient de cette médication d'excellents résultats. Ici, comme nous ne sommes pas pressés par les évènements, comme cette femme n'a jamais été traitée sérieusement par ce moyen, je crois préférable de nous en tenir là pour le moment, quitte à intervenir plus tard, si c'est nécessaire.

Mais comment y arriverons-nous, à supposer que, les symptômes devenant de plus en plus menaçants, nous soyons obligés de recourir à une intervention chirurgicale?

Je vous ai dit tout à l'heure que certains chirurgiens étaient disposés à rattacher la dyspnée à la contraction des muscles sous-hyoïdiens qui, au moment de l'inspiration, venaient appliquer la tumeur contre la trachée dont elles diminuaient ainsi considérablement le calibre.

De là ce mode de ce traitement préconisé par Bonnet surtout, qui consiste à sectionner les muscles sous et même sus-hyoïdiens : opération dangereuse, qui ne paraît pas d'ailleurs avoir donné de résultats satisfaisants entre les mains de son auteur.

Un autre procédé qui réussit quelquefois et dont Bonnet est également l'inventeur, consiste dans le déplacement du corps thyroïde et la cautérisation.

Je vous disais tout à l'heure qu'une des explications les plus vraisemblables que l'on puisse donner des accidents de suffocation croissants était le prolongement de la tumeur derrière le sternum; prolongement s'accusant de plus en plus, par suite des aspirations qui se font au sommet de la poitrine, au moment de l'inspiration.

Partant de ce principe, Bonnet supposa que, si on parvenait à soulever la tumeur et à la maintenir dans cet état, on ferait disparaître dans une certaine mesure les effets résultant de la compression de la trachée. C'est, en effet, ce qui a lieu ordinairement et ce que vous avez pu constater ce matin même chez notre malade.

Pour y arriver, voici ce qu'avait imaginé l'éminent chirurgien de Lyon. Il enfonçait sous la peau du cou trois ou quatre épingles solides en rasant la face postérieure du sternum, et de manière à embrocher la partie correspondante du lobe du corps thyroïde hypertrophié. Il faisait ensuite ressortir la pointe du côté opposé en ayant soin de la recourber pour fixer la tumeur d'une manière permanente. Ensuite, pour maintenir les choses dans cet état, il joignait à cette transfixion la cautérisation. Pour cela, Bonnet appliquait une large traînée de caustique de Vienne lequel avait pour effet de diviser la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et même une petite partie de la tumeur. De là, une perte de substance qui, au moment de la cicatrisation, déterminait des cohérences entre le corps thyroïde hypertrophié et les téguments.

Un autre moyen consiste à faire dans la tumeur, avec un liquide irritant, de la teinture d'iode par exemple, une de ces injections interstitielles qui ont été conseillées par M. Luton (de Reims), dans le traitement des tumeurs en général. Sans être plus dangereuse que la précédente, cette méthode a cependant un inconvénient. C'est que ces injections interstitielles, qui ont pour effet de provoquer la diminution de volume de ces tumeurs par suite de la rétraction de leurs tissus, n'y arrivent qu'après avoir amené un état inflammatoire qui a pour effet primitif d'augmenter plus ou moins considérablement leurs dimensions. Or vous comprenez facilement de quelle conséquence fâcheuse serait suivi cet accident dans le cas qui nous occupe.

Enfin je vous signalerai comme dernier procédé l'ablation du corps thyroïde lui-même. Cette opération, d'ailleurs très-grave, était réputée il y a vingt ans comme extrêmement dangereuse. Depuis, on est revenu sur cette opinion, et actuellement on pratique couramment l'ablation du corps thyroïde en Angleterre, en Allemagne, en Amérique, etc. Elle donnerait même d'assez bons résultats puisque, d'après les statistiques qui ont été publiées, la mortalité serait en moyenne de un sur trois.

(1) Fin. — Voir le numéro du 6 mai 1879.

Tels sont les différents moyens qui ont été indiqués dans le traitement de cette affection, et à l'un desquels nous nous déciderons à recourir si, le traitement général auquel nous allons soumettre cette femme n'amenant pas, contrairement à ce que nous espérons, la diminution de la tumeur, la dyspnée continue à persister, et s'accroît de plus en plus au point de menacer enfin sérieusement la vie de la malade.

---

## RÉUNION PRIMITIVE

### ET PANSEMENT DES GRANDES PLAIES (1)

Par le Dr Azam (de Bordeaux).

*Conclusions.*— Considérant la sûreté et la rapidité de la guérison des lésions situées dans la profondeur des tissus, le chirurgien doit faire tout son possible pour placer les plaies externes dans les mêmes conditions. — La meilleure manière d'arriver à ce résultat, lorsque l'étendue du tégument externe et la nature de la plaie le permettent, c'est de faire la réunion primitive incomplète, laquelle permet l'écoulement des liquides sécrétés, au fur et à mesure de leur formation. La réunion primitive complète est préférable, mais seulement quand il est certain qu'elle est possible. — Les chirurgiens de Bordeaux obtiennent, depuis environ dix ans, cette réunion primitive incomplète, particulièrement des plaies opératoires, en combinant la suture superficielle et la suture profonde avec le drainage du fond de la plaie, ou la suture superficielle avec le drainage. — Dans les cas où, par insuffisance des téguments ou par toute autre raison, cette réunion est impossible, le filtrage ou la purification de l'air, au contact duquel on ne peut soustraire les plaies, sont les meilleurs moyens d'y suppléer. — D'après une enquête sommaire, nécessairement incomplète, la méthode de Bordeaux a été mise, à ma connaissance, en usage dans deux cent soixante-deux cas, et le chiffre des guérisons, la sûreté et la rapidité des succès (93,90 0/0) ont été tels, que tous ceux qui l'ont employée l'ont définitivement adoptée. — Il est à désirer que les idées sur lesquelles cette méthode est basée se généralisent, et que leur application remplace les usages anciens sur lesquels on peut médiocrement compter.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mai 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

MM. Proust et Lunier informent l'Académie qu'ils se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène.

M. Paulier adresse uu pli cacheté sur un nouveau mode de préparation du cerveau humain.

M. Garrigou adresse une lettre dans laquelle il apporte de nouvelles preuves à l'appui de cette opinion que l'eau du rocher de Saint-Nectaire contient du mercure.

M. Dupeyron (de Casteljaloux) adresse la relation d'une opération pratiquée dans le but de remédier à une polydactylie symétrique.

M. Husson (de Toul) adresse une note sur les colorants qui servent à teindre le thé.

### PRÉSENTATIONS

**M. Villemin** présente, de la part de M. Schutzenberger, deux volumes intitulés : l'un, *Fragments de philosophie médicale;* l'autre, *Fragments d'études cliniques.*

**M. Rochard**, au nom de M. Talmys, présente une note sur la nécessité de la crémation ou de l'immersion du cadavre en cas d'épidémie de fièvre jaune.

**M. Devilliers**, de la part de M. Gibert (de Marseille), présente une brochure sur la *Propagation de la variole* et d'autres maladies infectieuses par le commerce des chiffons et des vieux vêtements infectés.

**M. Bergeron** présente, au nom de M. Ernest Besnier, un nouveau fascicule des rapports sur les maladies régnantes.

**M. Jaccoud**, à l'occasion du procès-verbal, remercie M. Raynaud de sa bienveillance à son égard et le félicite de son brillant début, mais il tient à relever plusieurs points de sa communication; relativement à la première observation, M. Raynaud est dans son droit quand il repousse les preuves tirées de l'autopsie. Mais il ne peut pas ne pas accepter celles tirées des trois ponctions. M. Jaccoud persiste à croire que ce fait est de ceux dans lesquels la ponction prend, comme il l'a dit, la valeur d'une autopsie de l'épanchement. Quant aux adhérences générales du poumon, M. Raynaud ne partage pas les craintes exprimées par M. Jaccoud, parce que l'un et l'autre se placent à un point de vue différent; M. Raynaud n'envisage les conséquences de ces adhérences qu'au point de vue du poumon lui-même ou de la plèvre, tandis que M. Jaccoud, en exprimant ces craintes, avait en vue les accidents résultant du déplacement du cœur.

**M. Prompt** expose devant l'Académie la description d'un nouvel optomètre de son invention.

La parole est à M. Hervieux pour la suite de la discussion sur la septicémie puerpérale.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE

**M. Hervieux** se propose aujourd'hui de défendre M. Pasteur contre les amis de M. Pasteur lui-même, contre les adeptes trop zélés qui transforment prématurément une présomption en certitude, une hypothèse en vérité démontrée. Il va s'attacher à faire ressortir les obscurités qui planent sur la doctrine de son illustre collègue.

Première obscurité : Le microbe présumé de la septicémie puerpérale est-il le produit de la maladie ou sa cause productrice elle-même? Il y a de graves raisons pour que le microbe ne puisse être la cause productrice. D'où vient que, pour quelques localités où le chiffre des victimes de la fièvre puerpérale est annuellement énorme, il est tant d'autres lieux où ces désastres sont depuis un temps immémorial à peu près complètement inconnus?

Si la théorie des germes éprouve quelque embarras à nous donner une explication satisfaisante de ce fait, nous sommes en mesure, nous cliniciens, de la fournir, grâce à une observation aussi simple qu'ancienne.

Dans un travail communiqué l'an dernier à la Société médicale des hôpitaux, j'appelais l'attention de mes collègues sur cette double circonstance : 1° qu'il m'était impossible de remplir mes salles, même d'accouchées à peu près valides, sans qu'il s'y développât du jour au lendemain des accidents graves; 2° que, s'il existait dans ces salles des malades sérieusement atteintes, il suffisait de les isoler pour améliorer leur état et souvent même pour faire cesser tous les accidents. Nous pouvons donc résoudre cette grave question par ce simple mot : l'agglomération.

Deuxième obscurité : Comment et pourquoi le microbe présumé de la septicémie puerpérale se produit-il dans une maternité avec ses caractères de septicémie? Les faits cités par M. Pasteur montrent bien la présence de microbes, mais ils ne prouvent nullement que ces organismes aient été la cause productrice de l'intoxication puerpérale. Et ceci nous apprend encore moins comment et pourquoi ces organismes se sont produits chez les deux victimes de cette intoxication.

Donc il existe dans une maternité, au-dessus des microbes réputés septiques, une force qui est leur raison d'être, la condition essentielle de leur nocivité, une force qui préside à l'association des différents microbes entre eux, et cette force, c'est l'agent inconnu qui résulte d'une agglomération un peu considérable de femmes en couches.

Troisième obscurité : Dans les observations qu'il a présentées à l'Académie à propos de ma communication, M. Pasteur nous a conviés au respect de la théorie des germes. Certainement la doc-

(1) In-8°, prix 3 francs. Bordeaux, Féret et fils. Paris, G. Masson.

trine des germes deviendrait une des plus fécondes si l'observation clinique était d'accord avec l'expérimentation physiologique pour en affirmer la valeur. Mais, quand je regarde en arrière, je ne puis m'empêcher de voir que cette théorie a déjà subi certaines modifications qui en démontrent l'instabilité.

Quatrième obscurité : En ce qui concerne l'application de la théorie des germes à la septicémie puerpérale, ce que nous savons du microbe présumé de cette maladie est en désaccord avec les données fondamentales de la nosologie. Nous savons que tout principe virulent, toxique ou contagieux, doit : 1° être unique ; 2° rester toujours semblable à lui-même ; 3° reproduire constamment la même série de phénomènes morbides. En est-il ainsi du microbe présumé de la septicémie puerpérale ? Non. Le même microbe aurait déjà été constaté dans des maladies différentes. Ce serait un microbe banal, ce qui est contraire au principe de la spécificité des principes toxiques ou virulents.

Ce bouleversement des principes les plus élémentaires de la pathologie générale épaissit encore les ténèbres déjà si denses qui enveloppent la théorie des germes.

Supposez, dit en terminant M. Hervieux, qu'aujourd'hui la théorie des germes soit généralement acceptée en matière de puerpéralité, supposez que je me convertisse, qu'arriverait-il ? Je n'aurais plus qu'un objectif, la destruction des microbes. Et, pour atteindre ce but je mettrais en usage l'acide borique et toutes les préparations recommandées par M. Pasteur comme antibactériennes.

Que si les accidents se multipliaient, je multiplierais aussi les expériences propres à me révéler un nouvel agent destructeur des microbes. Mais, de précautions hygiéniques, point : à quoi bon toutes ces mesures prophylactiques, tous les moyens d'assainissement, les réformes mises en pratique ? Tout ce qui désormais n'aurait pas pour objet la destruction du microbe serait non avenu.

Voilà à quels entraînements m'exposerait la confiance aveugle que sollicite M. Pasteur. Voilà pourquoi je me défends avec tant d'énergie contre la séduction de sa parole. Voilà pourquoi je résiste aux suggestions de mon admiration pour son magnifique talent. Je n'accepterai la théorie médicale des germes que le jour où, des régions nébuleuses de l'hypothèse, cette théorie descendra sur la terre ferme des vérités démontrées.

M. PASTEUR, répondant à M. Hervieux, regrette de se trouver engagé dans une discussion où il lui est impossible d'apporter des faits positifs. Aussi n'a-t-il tiré aucune conclusion définitive relativement à la fièvre puerpérale ; voici tout simplement ce qu'il a fait : M. Hervieux, on se le rappelle, terminait son premier discours par ces mots : « Je crains bien de mourir sans voir le microbe de la fièvre puerpérale. » Le lendemain MM. Pasteur et Hervieux voyaient ensemble à la maternité une femme sur le point de succomber à la fièvre puerpérale ; M. Pasteur a examiné les lochies et le sang de cette femme, a conservé ce dernier dans du bouillon de poulet, et y a constaté précisément le développement de l'organisme qu'il avait dessiné la veille au tableau de l'Académie. M. Pasteur a depuis retrouvé ce même organisme dans le sang de deux autres femmes, l'une du service de M. Vulpian, l'autre du service de M. Raynaud ; c'est toujours le même microbe, et les lochies en renferment à profusion. Voilà tout ce qu'a dit M. Pasteur, sans aller plus loin. Y a-t-il entre la présence de ces microbes et les accidents de la fièvre puerpérale une relation de causalité à effet ? M. Pasteur n'en sait rien et répond à cela : Est-ce la poule qui fait l'œuf ou l'œuf qui fait la poule ? C'est donc une simple présomption qu'il a émise, et rien de plus. Cette présomption offre-t-elle le moindre danger pour le clinicien qui l'accepterait ?

Ces microbes, quels qu'ils soient, ne peuvent pas servir ; il ne peut donc y avoir aucun inconvénient à les détruire ; il est même permis de penser le contraire. Suivant M. Pasteur, en effet, il ne peut y avoir que des avantages à se placer dans la théorie des germes au point de vue de la fièvre puerpérale. Or il suffirait pour cela d'appliquer des compresses et de faire des injections d'acide borique.

Que M. Hervieux, ajoute M. Pasteur, mette à la place du mot fièvre puerpérale les mots de charbon, de choléra des poules, de gale même, et il verra qu'il n'y a rien à changer dans les conclusions à tirer. Toutefois cette étude des virus est loin d'être exempte de difficultés ; M. Pasteur en cite un nouvel exemple dans le horse-pox, qui est malin pour l'homme et bénin pour la vache. Il rappelle les observations citées par Jenner et le fait de l'élève d'Alfort, qui montrent que le horse-pox inoculé à l'homme peut donner lieu à des accidents formidables.

M. DEPAUL s'étonne d'entendre dire que le horse-pox est un virus nuisible à l'homme, et proteste contre cette assertion ; en effet, il a plus de vingt fois inoculé le horse-pox à des enfants, et a obtenu ainsi des pustules vaccinales plus développées, plus intenses, mais sans jamais constater le moindre accident. M. Bouley a présenté lui-même à l'Académie un enfant vacciné avec un autre enfant qui avait eu le horse-pox. Cet enfant portait simplement des pustules plus développées.

M. PASTEUR dit que, pourtant, les faits de Jenner et celui du jeune élève d'Alfort sont des faits bien observés.

M. DEPAUL affirme que jamais Jenner n'a dit que le horse-pox, qu'il appelle les eaux aux jambes, donnait lieu à des accidents autres que ceux auxquels peut donner lieu la vaccine elle-même (inflammations, adénites, etc...), et encore ces faits sont-ils tout-à-fait exceptionnels.

M. COLIN a inoculé à des chevaux le liquide des eaux aux jambes, et n'a jamais pu, à la suite de ces inoculations, constater d'accidents septicémiques ou autres.

M. HERVIEUX dit que, dans sa communication, il a voulu surtout s'élever contre les exagérations des partisans trop zélés de la théorie des germes. Il est d'accord avec M. Pasteur sur les obscurités qui règnent encore sur la question ; mais ce qu'enseigne la nosologie ne s'accorde pas avec ce que donne la théorie des germes.

Le bâtonnet étranglé, le microbe en chapelet, si bien étudiés par M. Pasteur se rencontrent dans des états pathologiques très-différents, la fièvre typhoïde, la lymphangite, la diathèse purulente, etc. Or, ce fait est en contradiction absolue avec ce qu'enseigne la clinique sur la reproduction des virus. Le même virus, en effet, produit toujours les mêmes phénomènes morbides.

Quant au moyen préconisé par M. Pasteur, M. Hervieux n'éprouve aucune répugnance à s'en servir.

M. BOULEY partage l'opinion exprimée par M. Depaul relativement à l'innocuité du horse-pox inoculé à l'homme. Le fait de l'élève d'Alfort, invoqué par M. Pasteur, est un fait complexe ; cet élève soignait un cheval auquel on avait pratiqué l'extraction du cartilage du pied et qui était en pleine suppuration quand il fut atteint des eaux aux jambes. En même temps que le horse-pox, l'élève Amyot a donc pu s'inoculer d'autres matières septiques.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'OSTÉOMYÉLITE

M. PANAS pense, avec M. Gosselin, que le mot d'ostéomyélite ayant servi jusqu'ici pour caractériser plus spécialement l'inflammation qui débute par le centre de l'os, il y aurait inconvénient à l'employer, comme M. Trélat, pour désigner toutes les formes de l'ostéite en général. Il partage également l'avis de M. Gosselin quand il soutient que le processus inflammatoire des os, loin de débuter toujours par la profondeur, envahit presque toujours la totalité de l'os, au point qu'il est impossible de dire par où la phlegmasie a dû commencer. M. Panas a cru trouver l'explication de ce fait dans la distribution anatomique des éléments essentiels de la moelle qui se rencontrent partout, aussi bien au centre et à l'épaisseur de l'os que sous le périoste. C'est ici que la dissidence a éclaté entre M. Gosselin et MM. Trélat et Panas.

Dans son rapport, M. Panas, en parlant du mode de propagation rapide de l'ostéite, n'avait en vue que la variété décrite sous les noms divers d'ostéite épiphysaire, de périostite phlegmoneuse diffuse et d'ostéomyélite, variété qui ne se rencontre que chez les individus dont le squelette est en voie de croissance. Toute la question se résume donc à rechercher si, en réalité, à cet âge, la moelle ostéogène existe sous le périoste et dans les canaux de Havers.

M. Panas, à l'appui de cette opinion qu'il professe avec M. Trélat,

apporte les témoignages d'Ollier et surtout de Ranvier, en France ; de Gozenbaur, Waldeyer, Kœlliker, Stieda, Strelzoff et Stendner, en Allemagne, et cite divers passages des ouvrages de ces auteurs qui confirment l'opinion qu'il soutient, savoir l'existence de la moelle ostéogène sous le périoste et dans les canaux de Havers.

Il se résume ainsi : tout ce que j'ai dit d'une moelle périostale et canaliculaire et du rôle qu'elles jouent dans l'ostéite se rapporte exclusivement aux enfants et aux adolescents. L'histologie normale aussi bien que l'anatomie pathologique se trouvent d'accord pour proclamer la justesse de cette opinion. Cette vue d'ensemble permet seule de comprendre la prodigieuse rapidité avec laquelle se diffuse dans toute l'étendue d'un os et même dans plusieurs os à la fois l'affection dont il s'agit. Chez l'adulte où les conditions de nutrition et de structure histologique du squelette diffèrent à plus d'un titre de celle des os en voie de croissance, on conçoit sans peine que l'ostéite puisse se localiser dans ses effets et être par cela même une maladie moins grave. Du reste, chez les uns comme chez les autres, les conditions générales interviennent pour imprimer à l'ostéite une marche et une terminaison différentes.

M. GOSSELIN se trouve en divergence absolue avec M. Panas sur la moelle des os. Suivant lui les ostéoblastes ne suffisent pas pour la constituer. La moelle, telle que l'admettent MM. Trélat et Panas, est une moelle de convention qui ne répond nullement aux données classiques et n'est reconnue pour telle par aucun anatomiste ni par aucun chirurgien français. Or, là où il n'y a pas de moelle, on ne peut pas dire qu'il y ait ostéomylite.

M. COLIN appuie l'opinion de M. Gosselin : MM. Trélat et Panas, dit-il, s'appuyant sur les travaux de M. Ranvier, admettent la présence de la moelle sous le périoste et dans les canaux de Havers; c'est là, comme l'a dit avec raison M. Gosselin, une moelle de convention. M. Colin demande à la voir, cette moelle ; il demande à voir les préparations sur lesquelles on s'appuie pour l'admettre.

M. PANAS rappelle que les éléments fondamentaux de la moelle, les myéloplaxes et les ostéoblastes se rencontrent sous le périoste et dans les canaux de Havers ; on est donc autorisé à admettre l'existence de la moelle dans ces points ; d'autre part, les phénomènes qui se passent dans l'ostéite sont les mêmes que ceux qu'on observe dans la formation des os. Les conclusions qu'en ont tirées MM. Trélat et Panas sont donc très-légitimes.

## VARIÉTÉS

### Une statue à Pinel (1).

MESSIEURS,

Dans l'une de vos précédentes séances, on vous a présenté un dessin figurant un avant-projet de statue à élever, dans l'un de nos établissements publics d'aliénés de Paris, à la mémoire de l'illustre Pinel. La Société a aussitôt retenu pour elle l'examen de l'idée émise, et elle a chargé une commission, dont MM. Jules Falret et Lunier ont eu avec moi l'honneur de faire partie, de vous présenter un rapport spécial. Je viens, en conséquence, vous faire connaître le résultat de notre délibération.

Vos commissaires, Messieurs, n'ont point ignoré que la pensée d'élever une statue à Pinel avait déjà été souvent exprimée et qu'elle avait même, sur l'initiative de notre ancien et regretté collègue, Casimir Pinel neveu, reçu un commencement d'exécution, par l'ouverture, à une certaine époque, d'une souscription publique. Mais, pour n'être ponit nouvelle, et elle ne l'était guère, l'idée n'en était pas moins juste. Une grande nation comme la nôtre n'a pas le droit d'oublier trop longtemps, et l'heure est toujours propice pour faire appel à ses souvenirs, à son cœur, à sa reconnaissance.

(1) Rapport à la Société médico-psychologique (séance du 25 mars 1878), au nom d'une commission composée de M. les docteurs J. Falret, L. Lunier et Legrand du Saulle, rapporteur. — Voir notre dernier numéro.

Lorsque la statue d'Esquirol fut inaugurée, en 1862, dans la cour de la maison de Charenton, j'avais l'honneur d'assister à la cérémonie à un double titre : comme ancien interne de l'établissement et comme membre de votre Société. Après le discours si remarquable qui fut prononcé, au nom de l'Académie de médecine, par notre éminent président, M. Baillarger, je me souviens parfaitement d'avoir surpris chez plusieurs assistants cette remarque, qui exprimait à la fois un regret et un vœu : « Voici la statue de l'élève, à Charenton; mais à quand la statue du maître, à Bicêtre? » Seize années se sont écoulées, et la France, distraite par tant d'évènements divers et peu attentive aux réminiscences attendries d'un passé lointain, a laissé croître sa dette vis-à-vis de Pinel. Un siècle nous séparera tout à l'heure de la grande réforme opérée par le savant philanthrope de Bicêtre, sans que l'éclat du bienfait soit terni. Plus les troubles de la raison se multiplient, plus la science progresse, plus les asiles ouverts aux naufragés de l'intelligence s'améliorent, plus la Société médico-psychologique grandit, et plus nous devons en reporter l'honneur à Pinel, qui a tout fait, tout enseigné, tout inspiré. Nous-mêmes, les petits-fils scientifiques de Pinel, nous ne sommes que des continuateurs marchant avec notre époque et cherchant sans cesse à élargir la voie ouverte tout à coup par le génie de notre aïeul illustre.

Le novateur de la médecine mentale a donc des droits imprescriptibles à la reconnaissance publique. L'Angleterre l'a compris avant nous, et elle a élevé une statue à Pinel, dans la cour de l'asile de Bedlam. Devrons-nous donc toujours franchir le détroit pour aller saluer le bronze anglais de l'aliéniste français?

Votre commission, Messieurs, ne l'a pas pensé, et elle a l'honneur de vous soumettre la proposition de vœu que voici :

« La Société médico-psychologique,

« Considérant que Philippe Pinel est l'une des gloires médicales les plus pures de la France; que c'est sur son initiative perspicace et hardie que sont tombées, en 1793, les chaînes des aliénés, à Bicêtre; qu'il est le véritable fondateur de la science des maladies mentales; qu'il a fondé, par son enseignement éclatant et fécond, à la Salpêtrière, un très-grand nombre d'élèves qui ont propagé partout ses idées, ses réformes et ses bienfaits;

« Considérant que Philippe Pinel n'a pas été seulement une illustration dont s'enorgueillissent l'Académie des sciences, l'École de médecine et les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, mais encore qu'il a exercé une influence décisive et éminemment secourable sur une classe nombreuse de malades et de déshérités, et qu'à ce titre il est consideré dans le monde entier comme l'un des bienfaiteurs les plus méritants de l'humanité;

« Émet le vœu qu'une statue soit élevée à Philippe Pinel à Paris. »

Si cette proposition de vœu est agréée par vous, elle sera officiellement communiquée par le bureau de la Société à M. le Préfet de la Seine et à MM. les membres du Conseil général. Vous remarquerez toutefois que votre commission n'a point désigné l'établissement qui serait éventuellement appelé à l'honneur de posséder la statue de Pinel. Si Bicêtre, en effet, a été le théâtre de la réforme opérée dans le régime des aliénés, la Salpêtrière a été, d'autre part, le témoin prolongé de presque toute la vie scientifique de Pinel. L'asile Sainte-Anne, enfin, construit sur une ancienne dépendance de Bicêtre et qui passe pour être l'établissement le plus accompli qui soit en France, ne pourrait-il pas faire valoir quelques droits? La majorité de votre commission s'est prononcée en faveur de la Salpêtrière, tout en déclarant qu'il y avait lieu de consulter sur ce point la Société.

Vous êtes donc appelés, Messieurs, à vous prononcer (1).

J. FALRET, L. LUNIER, LEGRAND DU SAULLE, *rapporteur*.

(1) Le vœu exprimé par la Commission a été adopté à l'unanimité. Après la discussion, la Société a été d'avis que la statue de PINEL pourrait être érigée sur la petite place située en face de l'hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le conseil général de la Seine a voté 2,000 francs pour l'érection de la statue de Pinel; le conseil municipal de Paris, où l'élément médical a pris une place importante, fera probablement davantage; mais il appartient au corps médical de prendre part à cette manifestation. La *Gazette des hôpitaux* ouvrira, dans son prochain numéro, une souscription publique pour que chacun de nous puisse, par une modeste offrande, payer un tribut d'hommage à l'éminent médecin aliéniste, une de nos gloires les plus pures.

— *École de médecine d'Amiens.* — Par décret en date du 15 avril 1879, la chaire de pathologie externe prend le titre de chaire de pathologie externe et de médecine opératoire; la chaire de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale prend le nom de chaire d'hygiène et thérapeutique. — Il est créé à ladite École une chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Reims.* — Par décret en date du 15 avril, la chaire d'anatomie descriptive prend le titre de chaire d'anatomie; — la chaire de pathologie externe prend le titre de chaire de pathologie externe et médecine opératoire; — la chaire d'histoire naturelle médicale prend le titre de chaire d'histoire naturelle; — la chaire de thérapeutique prend le titre de chaire d'hygiène et de thérapeutique. — Il est créé à ladite école une chaire de chimie et toxicologie.

— *École de médecine de Toulouse.* — Par décret en date du 15 avril 1879, la chaire d'histoire naturelle et matière médicale prend le titre de chaire d'histoire naturelle; la chaire de chimie appliquée à la médecine et à la pharmacie prend le titre de chaire de chimie et toxicologie; la chaire de pharmacie prend le titre de chaire de pharmacie et matière médicale.

— Il s'est formé à Paris un comité français de secours aux inondés de Szegedin, ville de Hongrie, détruite par un débordement de la Theiss. Au nombre des membres de ce comité, se trouve un groupe de médecins (MM. Ball, Broca, Krishaber, Larrey et Peter), qui se croient autorisés à faire appel à l'esprit de charité de leurs confrères. La France studieuse n'a pas oublié que, pendant les désastres de 1870-1871, elle a reçu de Hongrie de nombreux témoignages de sympathie, et que nos soldats prisonniers et malades en Allemagne ont été chaleureusement secourus par la bienfaisance des Magyars.

Les souscriptions sont reçues dans tous les bureaux de la Société générale à Paris et en province. Les noms des souscripteurs sont publiés par le *Journal officiel.*

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 14 mai, à huit heures précises du soir, à l'Administration de l'assistance publique.

Ordre du jour : 1° Élection de membres titulaires; 2° Du meilleur mode de nomination des médecins adjoints des bureaux de bienfaisance (suite de la discussion); 3° Deux observations d'angine couenneuse avec diphthérie généralisée, guérison par le perchlorure de fer, par M. Watelet; 4° Présentation d'instruments destinés à faciliter l'opération de la trachéotomie, par M. Girault.

— M. le professeur Chatin (de l'Institut) fera sa prochaine herborisation dimanche 11 mai, dans les bois de Saint-Cloud. Rendez-vous à la cascade de Saint-Cloud, à onze heures un quart.

On peut s'y rendre par les bateaux-omnibus et les tramways du Louvre à Saint-Cloud, ou par les trains partant à dix heures trente minutes de la gare Saint-Lazare, et à dix heures cinq minutes de la gare Montparnasse, pour la station de Bellevue.

— M. Charles Vélain fera sa prochaine excursion géologique le dimanche 11 mai, à Vanves, Meudon et Bellevue. Rendez-vous à la porte de Versailles, à dix heures précises.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8191.

**Granules antimoniaux du docteur PAPILLAUD.**

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, rue Montmartre.

---

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

**Dragées de Gélis et Conté AU LACTATE DE FER.**

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Les véritables DRAGÉES DE GÉLIS ET CONTE ne sont livrées qu'en boîtes carrées, revêtues d'étiquettes teintées, et scellées par une bande rose portant la signature de M. LABÉLONYE.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

---

**Thymol-Doré** HYGIÈNE ET SALUBRITÉ DE LA MAISON

Bains, lotions, toilette intime, assainissement, médecine domestique, épidémies.

Cette précieuse substance, récemment introduite dans le commerce, est un produit végétal, un extrait des essences de Thym, un antiputride, un désinfectant de premier ordre, en même temps qu'un parfum des plus subtils. Il est déclaré supérieur à tous les produits similaires et recommandé par toutes les sommités médicales. Voir entre autres les travaux des docteurs *Giraldès, Bouilhon, Paynet, Lallemand, Rengade, Lewen, Bouchardat, Wirchow*, etc. — Dépôt général, 20, rue Richer, Paris, et partout. — 2 fr. le flacon.

---

**Eau de Contrexéville (SOURCE DU PAVILLON).**

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les écoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

---

**Constipation guérie** *sans purger* par les Pilules du PODOPHYLLE COIRRE. — Ce médicament peut être continué sans danger, même chez les femmes enceintes. — Il guérit radicalement en peu de jours les constipations les plus opiniâtres.

Prix : 3 fr. — GROS : 79, rue du Cherche-Midi. DÉTAIL : 97, rue de Rennes, et dans les pharm.

---

**Arséniate Diastasé** du Dr V. BAUD.

Sous forme de granules soigneusement dosés, l'arséniate de soude combiné à la diastase par la germination des graines de cresson, est recommandé contre les *névroses, rachitisme, atonie*, etc. — Paris, 22 et 19, rue Drouot.

Dr V. Baud

---

**Pansement antiseptique Méthode LISTER.**

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

---

**Anti-goutteux à l'iodure de lithium ferrugineux** du Dr Ate LACOTE.

Dragées contenant chacune 0,10 centigrammes de principe actif. — Brochure explicative.

*Vente en gros :* HUGOT, 19, rue Vieille-du-Temple, Paris.

Vente en détail : dans toutes les bonnes pharm.

---

**Saint-Raphaël, Vin tannique,** prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

---

MEDAILLE D'ARGENT
à l'Exposition univ. : Paris 1878.

**Granules de Digitaline d'HOMOLLE et QUEVENNE.**

*Approbation de l'Académie de médecine.*

MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

« ...... Les Médecins feront bien de continuer « à prescrire la *Digitaline* de MM. HOMOLLE et « QUEVENNE. »

(*Rapport de l'Acad. de médecine de Belgique*, Bull., t. VIII, 1874.)

NOTA. La VERITABLE DIGITALINE est très-contrefaite. On évitera tout mécompte en exigeant les signatures des *Inventeurs* en *lettres rouges*.

Dr Homolle    A. Quevenne

DÉPÔT : Pharm. COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

---

SEUL FERRUGINEUX
Honoré nominativement d'une
Médaille à l'Exposition universelle de Paris 1878.

**Fer de Quevenne.**

*Approuvé par l'Académie de médecine.*

« ..... C'est, de toutes les préparations ferrugi-« neuses, celle qui, à poids égal, introduit le plus « de fer dans le suc gastrique. »

(*Rapport de l'Acad. de méd.*, Bull., t. XIX, 1854.)

La signature : T. A. QUEVENNE et l'étiquette ronde en *petits caractères* de *quatre couleurs*, distinguent le VRAI FER QUEVENNE des imitations et substitutions impures et inactives.

DÉPÔT : Pharmacie E. GENEVOIX, 14, rue des Beaux-Arts, Paris.

A. Quevenne

---

**Thermes de Dax (LANDES)**

Fondée par les docteurs DELMAS et LARAUZA
Ouverts toute l'année.

*Méd. d'arg. avec dipl., Exp. Univ., Paris* 1878.

Résidence hivernale remarquable par l'uniformité de sa température intérieure (16° C) et son atmosphère minéralisée chaude et moite.

Unique en Europe *pour les malades de la poitrine, de la gorge, les arthritiques et les diabétiques, y séjournant.*

Eaux sulfatées, calciques, ferrugineuses, thermales. Boues végétales, minérales, chaudes. Eaux-mères des Salines de Dax, — appliquées avec succès contre :

Les *rhumatismes* simples, goutteux, noueux et leurs accidents consécutifs durables; *affections utérines, des voies génito-urinaires, névralgies, névroses, paralysies, anémie, lymphatisme, scrofule.*

APPARTEMENTS ET INSTALLATION BALNÉAIRE TRÈS-CONFORTABLES.

---

**Bain de Pennès, stimulant,** RECONSTITUANT, SÉDATIF des plus efficaces, employé avec un grand succès depuis 1854 contre *l'anémie, l'appauvrissement du sang, l'engorgement lymphatique, l'épuisement des forces, l'inertie des fonctions de la peau et les rhumatismes.* Remplace les **bains alcalins, ferrugineux et sulfureux,** surtout les **bains de mer.** — Exiger le timbre de l'Etat. 1 fr. 25 le rouleau, avec remise d'usage.

Gros : rue de Latran, 2. — PARIS. Dépôt dans toutes les pharmacies et maisons de bains.

---

**Elixir Prothière** A LA CRÉOSOTE VÉGÉTALE PURE contre la Phthisie. Accepté sans répugnance et bien supporté par les malades. (TARARE.)

---

**Épilepsie. Hystérie. Névroses**

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

---

**Névroses. — Sirop Collas** au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 ou 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

**Diathèse urique. Pilules Collas** au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

---

**Fer dialysé Bravais** *pharmacien-chimiste à Paris*

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris 1875. Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabr. et la signature ci-contre.

Raoul Bravais

---

**Sirop du docteur Demesse,** diurétique (Codex n° 380) et sédatif, *à la cissampeline.*

Heureuse modification des formules diurétiques du codex (cissampelos caapeba, associé à la digitale, à la scille, etc.).

Vingt années d'expériences comparatives prouvent la supériorité incontestable de cette préparation dans les *hydropysies, œdèmes rebelles, pleurésies et bronchites chroniques, albuminuries*, et dans tous les cas où les *diurétiques* et les *sédatifs* sont indiqués.

Dépôt général chez M. Legras, pharmacien-préparateur, 222, faub. St-Denis, à Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies. Prix : 5 fr. le flacon.

---

NÉVRALGIES — MIGRAINES

**Gelsemium sempervirens**

une à cinq pilules au maximum en 24 heures
**ELIXIR ANTI-NÉVRALGIQUE**
une à cinq cuillerées à café en 24 heures.
**TEINTURE DE GELSEMIUM**
en petits flacons pour MM. les Médecins.

Exiger la signature du Dr FOURNIER, pharmacien de première classe. Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

N° 54. — SAMEDI 10 MAI 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 10 MAI 1879. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### De l'hémianesthésie saturnine.

L'étude qui a été faite dans ces dernières années sur les causes et la localisation des diverses formes et des divers sièges des anesthésies a conduit à distinguer plusieurs types symptomatologiques et anatomiques d'hémianesthésie. Ainsi on sait aujourd'hui que, dans les cas où elle est d'origine cérébrale, l'hémianesthésie est produite par une lésion ayant son siège dans la partie postérieure de la couronne rayonnante de Reil, au niveau et en arrière de la couche optique; que l'hémianesthésie d'origine mésocéphalique se produit seulement quand il existe une lésion des parties externes des faisceaux latéraux de la protubérance ou du pédoncule; que l'hémianesthésie médullaire, produite par une lésion unilatérale de la moelle, consiste dans la perte de la sensibilité du côté du corps opposé à la lésion et dans l'augmentation de la sensibilité de la moitié située du côté de la lésion. On sait, en outre, que l'hémianesthésie s'accompagne de symptômes différents, suivant qu'elle est produite par une lésion du cerveau, par une lésion de la moelle ou par une lésion de la protubérance; que, dans le premier cas, elle n'est pas bornée à la peau et aux muqueuses, mais qu'elle s'étend aux organes des sens et que c'est par là spécialement qu'elle se distingue des hémianesthésies d'origine étiologique différente, comme les hémianesthésies hystériques, alcooliques, mercurielles ou typhoïdiques se rattachent, au point de vue de la localisation, au type cérébral.

Il était intéressant de rechercher, à l'aide de ces notions préliminaires presque toutes récentes, à quel type pouvaient être rattachés les faits d'hémianesthésie saturnine étudiés depuis peu de temps, et encore très-incomplètement connus dans leur symptomatologie, leur marche et leur pathogénie.

C'est le sujet d'étude qu'a choisi pour sa dissertation inaugurale M. le docteur C. Hamant, à l'aide d'observations recueillies dans les services de MM. Debove, Proust, Vulpian et de quelques-unes de celles qu'il a pu trouver dans les divers recueils scientifiques. Il nous a paru qu'il serait intéressant pour nos lecteurs de mettre sous leurs yeux un résumé des consciencieuses recherches de M. Hamant sur ce sujet encore très-peu exploré.

L'hémianesthésie saturnine a toujours été observée chez des hémiplégiques, et elle siège du même côté que la paralysie du mouvement; elle atteint indifféremment des cérusiers et des peintres; mais, tandis que les accidents se sont rapidement développés chez les premiers, l'intoxication paraît avoir été plus lente chez les seconds.

Chez les sujets observés, tous d'une excellente constitution, n'accusant dans leurs antécédents ni syphilis, ni alcoolisme, ni troubles cérébraux, et tous frappés d'accidents aigus, après avoir travaillé longtemps, soit à la peinture, soit à la fabrique de la céruse, on a toujours noté au début les coliques reproduites à plusieurs reprises et à des intervalles variables, auxquelles ont succédé quelquefois des éblouissements, des vertiges, de la céphalalgie, de l'amblyopie, des tremblements, puis des paralysies débutant généralement par les extenseurs, compliquées souvent d'atrophies multiples. C'est alors que l'anesthésie s'est produite, mais de deux façons très-différentes : tantôt, à la suite des accidents ci-dessus décrits, le malade s'aperçoit d'une faiblesse progressive limitée à une moitié du corps; en même temps la sensibilité s'émousse de plus en plus et l'hémianesthésie suit une marche parallèle à la paralysie croissante du mouvement. Tantôt, au contraire, le malade, complètement remis des premiers accidents, est pris sans aura prémonitoire d'un accès épileptiforme, l'accès est suivi de la perte de mémoire et d'affaiblissement de l'intelligence, et, à son issue, le malade se trouve frappé d'hémiplégie du mouvement et de la sensibilité.

En même temps le malade ne perçoit plus ni le contact ni la pression dans toute la moitié du corps frappée d'hémiplégie. Les muqueuses de ce côté sont également insensibles.

Quelquefois, au lieu de l'anesthésie tactile, on remarque un simple retard dans la perception.

Alors que la sensibilité tactile est revenue en partie, l'analgésie complète peut encore exister. Quelquefois il n'y a qu'une simple perversion de ce mode de sensibilité.

L'analgésie, comme l'anesthésie tactile, est limitée à la moitié du corps frappée d'hémiplégie.

La sensibilité des organes splanchniques est conservée et très-souvent exagérée.

L'organe de la vision est profondément troublé. La rétine

a perdu la plus grande partie de son excitabilité mécanique ou électrique ; on n'obtient plus de phosphènes par la pression ; l'acuité visuelle est réduite au quart, et même quelquefois assez affaiblie pour que le malade ne puisse plus distinguer à quelques centimètres de distance le nombre des doigts. Quant au champ visuel, il est, dans quelques cas, impossible de le mesurer par suite de la faiblesse de l'organe.

Le goût est tout à fait perdu sur la moitié de la langue correspondant à l'hémiplégie. L'odorat est aboli du côté anesthésié. L'ouïe est notablement diminuée.

Tels sont les phénomènes qu'ont présentés un certain nombre de malades dont M. Hamant a réuni les observations dans son travail et qui peuvent être considérés comme les cas types. Dans les autres observations, ils n'ont été ni aussi complets ni aussi accentués. Mais l'analyse de ces cas frustes n'en est pas moins intéressante, d'autant plus qu'elle sert à établir des différences tranchées entre l'hémianesthésie saturnine et toutes les autres hémianesthésies connues aujourd'hui.

A une exception près, jamais il n'y a eu une perte complète de toutes les sensibilités de tout un côté du corps. Ainsi, tantôt il y a eu analgésie à peu près complète, les autres sensibilités n'étant que plus ou moins légèrement atteintes. Dans d'autres cas, la diminution de la sensibilité était bornée à un côté du corps, mais ne l'occupait pas dans son entier. Enfin on a souvent noté que les troubles anesthésiques étaient beaucoup plus marqués au membre supérieur qu'au membre inférieur.

L'hémianesthésie peut aussi se compliquer d'une autre façon ; ainsi, dans quelques observations, le côté resté sain ne l'était pas complètement et l'on constatait des symptômes anesthésiques du côté opposé à l'hémianesthésie.

M. Hamant signale encore une dernière complication qui paraît plus fréquente : c'est celle où l'on voit coexister avec l'anesthésie des symptômes hyperesthésiques, tels que des douleurs articulaires ou des crampes, des fourmillements dans les mains, une hyperesthésie de la face du côté de l'anesthésie des membres ou du côté opposé.

Ces faits constituent autant de variétés de forme ou de siège des troubles de la sensibilité de la peau.

Au point de vue des troubles des sens spéciaux, on a vu des faits dans lesquels tous les sens, ouïe, odorat, goût et vue, étaient pris plus ou moins complètement du côté de l'hémianesthésie. Dans d'autres cas, tous les sens sont altérés, un seul excepté, ou bien, au contraire, un seul est altéré, tous les autres restant sains.

En résumé, à ce point de vue, les hémianesthésiques saturnins peuvent présenter toutes les combinaisons possibles, depuis l'anesthésie de tous les sens du côté atteint, comme chez les hystériques, jusqu'à l'absence complète de troubles des sens, comme chez les hémianesthésiques mésocéphaliques. Mais la vue peut rester intacte, tandis que tous les autres sens sont pris. Enfin, dans quelques cas, l'odorat et la vue sont troublés du côté opposé à l'anesthésie. Ces dernières formes ne rentrent dans aucun des types d'hémianesthésie étudiés jusqu'à ce jour. Dans les cas même les plus typiques, les plus semblables à l'hémianesthésie cérébrale par les troubles des sens, on trouve encore des particularités spéciales. Ainsi, chez l'un des malades dont l'histoire est rapportée dans ce travail (le malade de M. Debove), chez lequel tous les sens du côté anesthésié étaient atteints, la vision du côté opposé était aussi considérablement altérée ; de plus, ces troubles de la vue ont varié pendant le cours de l'affection. Enfin la forme même des accidents peut ne pas rentrer dans les types étudiés. Tel est le cas, par exemple, du malade de M. Debove qui présente des scotomes dans les deux yeux.

Ces quelques exemples suffisent pour montrer qu'il est impossible d'admettre une forme unique, typique, pour chaque anesthésique saturnin. Il n'y aurait pas de type défini d'hémianesthésie saturnine, comme il y a une hémianesthésie cérébrale, une hémianesthésie mésocéphalique, une hémianesthésie hystérique.

Le diagnostic de l'hémianesthésie saturnine est d'autant plus facile que, contrairement à d'autres accidents du saturnisme, elle est un accident tardif et ne se produit jamais que chez des sujets qui ont subi une imprégnation saturnine prolongée, comme chez les peintres, ou très-active, comme chez les cérusiers, c'est-à-dire après que le diagnostic de l'affection saturnine elle-même a été déjà établi d'une manière non douteuse. Serait-il possible cependant de la reconnaître à ses caractères propres, abstraction faite de la connaissance des antécédents et de la concomitance des autres symptômes ?

Les indications diagnostiques données par M. Hamant montrent que l'hémianesthésie diffère complètement, quant à sa marche et à ses formes, des hémianesthésies cérébrale et mésocéphalique, mais qu'elle se rapproche, par sa marche, légèrement de l'hémianesthésie hystérique, un peu plus de l'hémianesthésie alcoolique. Les points qui ont servi surtout à établir le diagnostic sont : d'abord la localisation souvent peu précise de l'hémianesthésie saturnine qui épargne quelquefois certains points du côté insensible et souvent aussi envahit quelques points du côté sensible ; ce sont ensuite et surtout les formes et les localisations complètement irrégulières présentées par les troubles des sens ; c'est aussi la coïncidence des troubles hyperesthésiques, fourmillements, bourdonnements d'oreilles avec des symptômes anesthésiques ; c'est encore l'existence fréquente d'une diminution de la contractilité électrique des muscles, s'accompagnant souvent d'atrophie limitée à certains groupes musculaires ; c'est enfin l'effet, si variable suivant les cas, des divers agents thérapeutiques : courants faradiques, aimant ou applications métalliques.

D'une étude très-intéressante et aussi approfondie que pouvaient le permettre les données encore incomplètes de la science sur la pathogénie de cet accident, M. Hamant est arrivé à ce résultat négatif qu'il est impossible, quant à présent, de poser aucune conclusion précise quant au mécanisme de l'hémianesthésie saturnine.

Cette étude lui a montré seulement que, par l'irrégularité de leur forme et de leur localisation, par les accidents douloureux ou musculaires qui les accompagnent, la plupart des cas d'anesthésie semblent des formes atténuées de lésions bulbo-médullaires ; mais on a vu que, dans d'autres cas, le cerveau intervient primitivement, et que, même dans ceux où la forme médullaire est la plus accentuée, la localisation, plus ou moins hémiplégique, reste un obstacle sérieux pour conclure à une lésion rigoureusement médullaire.

En tout cas, cette hémianesthésie est complètement différente des formes cérébrales et hystériques : le cerveau n'intervient pas seul ; il y a autre chose qu'une lésion fonctionnelle de la couronne rayonnante, et les centres situés au-dessous d'elle doivent être modifiés. C'est là tout ce qu'il est possible d'avancer.

Le traitement de cette hémianesthésie est naturellement encore à l'étude. On sait que M. Charcot obtient, par l'action de l'aimant ou par l'application des plaques métalliques, d'après la méthode de M. Burq, le transfert de l'anesthésie du côté malade au côté sain chez les hystériques, et qu'il a fait disparaître sans transfert et d'une façon définitive l'anesthésie chez des hémianesthésiques cérébraux. M. Debove, chez le malade ci-dessus cité, a eu l'idée de mettre ces moyens en usage. Ce malade, qui présentait une hémianesthésie type ayant résisté pendant cinq mois à l'action des courants faradiques, a été soumis pendant un quart d'heure à l'action de l'électro-aimant de Faraday. Au bout de ce temps, la sensibilité générale et la sensibilité spéciale étaient entièrement revenues. Le malade avait, en même temps, recouvré l'usage de ses membres; la guérison était définitive. Ce fait de guérison est malheureusement unique jusqu'à présent, les autres malades sur lesquels ce même moyen a été essayé n'ayant présenté qu'un retour momentané de la sensibilité. Il n'en est pas moins de nature à encourager de nouvelles tentatives.

**Traitement des anévrysmes par l'électropuncture et l'acupuncture.**

Les tentatives de traitement des anévrysmes par l'électrolyse ou plus simplement encore par l'acupuncture se poursuivent, tant dans les hôpitaux que dans la pratique civile, sous l'impulsion que M. Dujardin-Beaumetz a donnée dans ces dernières années à cette question de thérapeutique. Dans la dernière séance de la Société de thérapeutique, M. Moutard-Martin a communiqué un nouveau fait dont nous empruntons la relation aux comptes-rendus des séances de cette Société.

Un malade atteint d'anévrysme du tronc innominé, avec prolongement de la tumeur sous le muscle sterno-mastoïdien déjà diagnostiqué par M. Panas qui n'avait pas cru devoir intervenir chirurgicalement, entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Moutard-Martin. Une tumeur pulsatile volumineuse comprimait la trachée et déterminait du cornage, des accès de toux suffocante suivis d'une expectoration filante et abondante. Ces accès s'accompagnaient de symptômes asphyxiques, tels qu'on pouvait craindre à tout moment la rupture de la poche.

M. Dujardin-Beaumetz, consulté, conseilla l'opération. M. Moutard-Martin craignait qu'il ne se formât à la suite de l'électropuncture des caillots pouvant être entraînés dans une des branches collatérales. Mais, sur l'assurance de M. Dujardin-Beaumetz qu'il n'avait eu aucun accident de ce genre dans un cas semblable, M. Moutard-Martin consentit à l'opération. On fit une première séance d'une durée d'une demi-heure, qui fut très-bien supportée, sauf un peu de douleur au niveau de la poche, qui persista pendant quelques jours; presque aussitôt la toux et le cornage disparurent à peu près complètement. Trois semaines après, nouvelle séance très-bien supportée également. La tumeur resta douloureuse pendant vingt-quatre heures environ, et l'amélioration fut plus accentuée encore qu'à la suite de la première opération. La tumeur n'a pas diminué de volume d'une manière très-notable, mais elle est plus dure.

L'électropuncture dans ce cas a déterminé une amélioration d'autant plus notable que la mort semblait imminente et que les douleurs déterminées par la suffocation étaient intolérables. Tout danger immédiat a disparu.

Ce résultat heureux qui vient s'ajouter à ceux qu'ont déjà fait connaître MM. Dujardin-Beaumetz et Bucquoy, pourrait, paraît-il, être obtenu par la méthode encore beaucoup plus simple de l'acupuncture. Frappé de ce fait qu'on pouvait introduire dans la poche anévrysmale des aiguilles assez volumineuses sans qu'il s'écoulât une goutte de sang, M. Constantin Paul a eu l'idée de pratiquer, non l'électropuncture, mais simplement l'acupuncture sur un malade atteint depuis plus d'un an d'un anévrysme de l'artère aorte descendante. Cet anévrysme déterminait une compression du nerf récurrent du côté gauche, de l'aphonie. M. Constantin Paul fit l'acupuncture avec des aiguilles japonaises. Il introduisit quatre de ces aiguilles dans la tumeur. Les trois premières pénétrèrent sans provoquer aucune douleur, bien qu'elles fussent introduites à une profondeur de trois centimètres et demi. L'introduction de la quatrième fut seule un peu douloureuse.

Au bout d'un quart d'heure les aiguilles furent retirées. Dès le troisième jour il y eut une diminution notable de l'anxiété et de la dysphagie. Huit jours après nouvelle introduction de quatre aiguilles qui furent maintenues pendant une demi-heure. Pendant les vingt-cinq premières minutes, le malade n'éprouva aucune sensation, puis il y eut de l'anxiété. Aussitôt après cette nouvelle opération, l'amélioration fut assez grande pour que le malade désirât quitter l'hôpital. Quatre semaines après, M. Constantin Paul fit de nouveau deux opérations à quelques jours de distance. A la suite de ces dernières le malade allait très-bien et demandait sa sortie.

D'après M. Constantin Paul, qui s'appuie en cela sur l'opinion de M. Broca, ce n'est pas un caillot que l'on forme dans la poche par l'emploi de l'électricité, mais une endartérite déterminant un épaississement et une résistance plus grande de la poche. Or, du moment où avec des aiguilles très-fines on obtient aussi, sans l'aide de l'électricité, une inflammation de la poche, de l'endartérite déterminant une petite coagulation du sang sur les parties enflammées, il y aurait, pensons-nous avec M. Constantin Paul, tout avantage à substituer la simple acupuncture à l'emploi de l'électricité.

**Ongle incarné.**

Dans l'une des Revues de l'année dernière (2 février 1878), à l'occasion d'une communication sur un procédé particulier d'avulsion des ongles incarnés, nous faisions connaître une méthode curative de cette affection sans opération, consistant à faire disparaître, à l'aide de l'écartement et de la compression, l'ulcération et l'engorgement des parties, de manière à rendre les bords de l'ongle entièrement libres, puis permettre à ceux-ci de reprendre leur forme normale. Comme toute communication de ce genre est un appel au contrôle de l'expérimentation, il est rare qu'il ne nous en revienne pas tôt ou tard des témoignages, soit confirmatifs, soit contradictoires, dont la pratique a toujours un profit à tirer.

Voici un témoignage qui est infirmatif à cet égard, en même temps qu'il donne un appui nouveau à la méthode classique de l'avulsion partielle. M. le docteur Pastriot (de Montech) nous adresse l'observation suivante :

« Le 13 février 1878, L..., tonnelier, âgé de dix-huit ans se présente à ma consultation. Il est affecté d'un onyxis à la partie interdigitale du gros orteil droit; des bourrelet fongueux recouvrent l'ongle dans une certaine étendue, la marche est douloureuse et parfois impossible.

« Je songe alors à la méthode de M. Bouchaud. J'applique l'appareil décrit par M. Bouchaud le 13 février, et, le 10 mars, j'ai tout lieu de croire à un succès : les bourrelets sont affaissés, et l'ongle, complètement dégagé, n'est plus douloureux à la marche.

« Mais, le 5 juin, le malade me revient dans le même état qu'avant tout traitement. J'applique alors des cataplasmes émollients sur la partie malade, et, le 8 juin, je fais l'avulsion de la partie incarnée par le procédé de M. le professeur Gosselin en insistant surtout sur le troisième temps de l'opération, qui consiste à enlever la partie latérale de la matrice de l'ongle qui donne naissance à la portion incarnée.

« Les suites de l'opération furent fort simples ; deux jours après, la cicatrisation était complète, et les bourrelets, que j'avais eu soin d'exciser et de cautériser, étaient complètement affaissés.

« Le 1er septembre, l'ongle reparaissait avec une direction normale.

« Aujourd'hui, 1er mars 1879, l'ongle est entier, et sans aucune tendance à l'incarnation de la partie cornée.

« Le procédé de M. Bouchaud, outre qu'il a l'inconvénient d'être long et parfois douloureux, me paraît devoir exposer plus souvent à la récidive que l'avulsion de l'ongle par le procédé Gosselin. Tandis que le premier laisse subsister la partie de l'organe sécréteur, le second, en diminuant l'étendue transversale de l'ongle, met à l'abri de la récidive, sauf de rares exemples.

« Ne vaudrait-il pas mieux, dans l'intérêt des malades, recourir à ce dernier procédé qui, grâce au mélange réfrigérant, n'est pas très-douloureux et bien moins souvent suivi de récidives ?

« Les guérisons d'ongle incarné sans opération ne peuvent se rapporter qu'à des cas d'onyxis au début, alors q u'il n'y a point de fongosités, alors que l'ongle n'occasionne que de la gêne et non de la douleur pongitive, que les malades connaissent bien.

« Mais, arrivés à la période que nous indiquons, rien ne vaut les procédés opératoires sanglants, à la tête desquels nous plaçons le procédé de M. Gosselin, qui n'a donné que cinq récidives sur cinquante-sept cas. » Dr Brochin.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Traitement de la cystite du col par les instillations de nitrate d'argent.** — Depuis une dizaine d'années, M. le professeur Guyon emploie le traitement direct du col enflammé par des instillations avec une solution de nitrate d'argent au cinquantième. Pour faire ces instillations, on fait usage d'une seringue analogue à la seringue de Pravaz, à l'extrémité de laquelle on adapte un explorateur en gomme, muni d'une boule olivaire et perforé dans toute son étendue. La boule est assez volumineuse pour que l'on soit averti de l'entrée de la boule dans la vessie par la liberté de l'instrument. La boule parvenue à la région prostatique, il suffit de faire jouer le piston de la seringue, et, chaque tour de piston correspondant à une goutte, d'instiller 20, 25 ou 30 gouttes dans la région prostatique. Ces instillations agissent sur place, directement ; le liquide s'étale sur le col vésical enflammé et n'est pas projeté au dehors, à moins que l'instillation n'ait été faite en avant ou au niveau de la région membraneuse. Il n'agirait pas non plus s'il était injecté dans la vessie où il se mélangerait avec l'urine.

On doit toujours agir avec une très-grande lenteur, car on provoquerait un spasme de la région membraneuse qui arrêterait la boule et amènerait une miction immédiate avec rejet du liquide caustique. Les douleurs ne sont pas très-vives et n'apparaissent guère qu'au moment de la miction. La durée du traitement est relativement très-courte ; sept à huit jours en moyenne suffisent généralement pour faire cesser hématurie, douleurs, spasmes, envies fréquentes d'uriner et épreintes convulsives après la miction.

S'il n'y a pas amélioration prompte des symptômes, c'est que l'on n'a pas affaire à une cystite simple du col. Le traitement par les instillations de nitrate d'argent au niveau du col guérit rapidement la cystite blennorrhagique. Toutes les fois que la guérison ne sera pas rapide et complète, il y aura une lésion autre que la cystite franchement inflammatoire ; par exemple une cystite tuberculeuse, dans les cas douteux, les instillations seraient un excellent critérium pour reconnaître la nature de l'affection. (*Fr. méd.*)

**A propos de l'action hypnotique de l'acide lactique.** — M. Lutaud résume les expériences faites par Böttícher à la clinique de Nothnagel (d'Iéna) sur les propriétés hypnotiques attribuées à l'acide lactique par Preyer, Rauch, etc. La théorie était la suivante : le sommeil naturel étant causé par l'accumulation dans le sang des produits résultant de l'action musculaire et particulièrement de l'acide lactique, ces produits, introduits dans le système, doivent déterminer une sensation de fatigue artificielle et par suite le sommeil.

On peut résumer de la façon suivante les résultats obtenus par M. Böttícher :

L'acide lactique n'agit pas d'une façon régulière et ne détermine pas toujours le sommeil. On ne saurait donc le placer parmi les médicaments hypnotiques à action constante, tels que le chloral et la morphine.

Le sommeil est plus facilement obtenu chez les personnes jeunes que chez les personnes âgées, et l'acide lactique semble agir avec plus d'intensité chez la femme que chez l'homme.

L'action hypnotique, lorsqu'elle existe, se manifeste deux heures environ après l'administration du médicament.

L'acide lactique ne produit pas d'excitation nerveuse, mais il détermine rapidement des troubles du côté des organes digestifs.

Ces résultats ne sont guère encourageants pour permettre de conseiller l'emploi de ce nouvel agent comme succédané des hypnotiques et des narcotiques. On ne doit pas oublier non plus que, dans ses expériences pratiquées sur des animaux, Rauch a souvent observé une inflammation de l'endocarde et des valvules à la suite de l'administration de l'acide lactique. D'un autre côté, le professeur Goltz a noté, à la suite d'un emploi prolongé de cet agent chez les chiens, une diminution notable des globules rouges, des ecchymoses de la muqueuse gastrique et une dégénérescence graisseuse du cœur, du foie et des reins.

L'expérimentation, aussi bien que la clinique, condamne donc l'emploi de l'acide lactique et de ses sels comme hypnotiques. (*Gaz. hebd.*)

**Plaie pénétrante de l'abdomen chez une femme enceinte au neuvième mois. — Sortie de l'épiploon, — Guérison.** — M. le docteur E. Belin rapporte l'observation d'une femme âgée de trente-deux ans, enceinte pour la quatrième fois, et arrivée au neuvième mois de sa grossesse. Un soir son mari, qui était rentré ivre, lui chercha querelle et lui plongea avec force un couteau de poche, à lame pointue, dans le flanc gauche ; on constata, à deux travers de doigts en dehors et à gauche de l'ombilic, une petite plaie très-étroite, à travers laquelle une portion d'épiploon, du volume d'une grosse noix, faisait hernie. Cette tumeur était pédiculée, fortement congestionnée, violette et encore chaude. La réduction fut tentée sans succès. Le lendemain matin, le médecin jeta une ligature sur le pédicule de la hernie et enveloppa le tout d'un linge enduit de glycérine phéniquée. Le sixième jour, l'épiploon sphacélé tomba et la petite plaie se cicatrisa facilement. La grossesse continua sans encombre, se termina heureusement et

fut suivie dans la suite de deux autres accouchements aussi terminés normalement. (*Bull. méd. du Nord.*)

**Sarcome congénital.** — M. Charon a présenté à la Société anatomo-pathologique de Bruxelles le corps entier d'une jeune enfant qui avait vécu dix-huit jours. Le visage porte une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule siégeant à la région nasale, refoulant complètement l'œil droit contre la paroi externe de l'orbite. Cette tumeur, d'un rouge violacé sur le vivant, est brunâtre sur le cadavre, recouverte de croûtes par suite d'ulcérations qui se sont produites spontanément pendant la vie à la surface du néoplasme. Il s'agit ici d'un sarcome globo-cellulaire, très-rarement observé comme tumeur congénitale. Le sarcome a pullulé avec une extrême rapidité sous forme d'un millier de petites tumeurs de la grosseur d'un grain de chènevis, dans le tissu cellulaire sous-cutané, sous-pleural, sous-péricardiaque même, et partout on est en présence du même processus constitué histologiquement par de petites cellules arrondies, unies entre elles par un ciment amorphe. C'est un type des plus purs du sarcome globo-cellulaire; on avait cru, du vivant de l'enfant, avoir affaire à un cancer encéphaloïde. (*Presse méd. belge.*)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mai 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### RAPPORT

**Hémorrhagie dentaire; ligature de la carotide primitive.** — M. FARABEUF, rapporteur. M. Hémard, médecin principal à l'hôpital militaire de Versailles, a adressé à la Société l'observation d'un jeune soldat âgé de dix-neuf ans, qui, à la suite d'extraction de la deuxième molaire gauche, fut pris d'hémorrhagies incoercibles. Après avoir essayé en vain la compression avec des tampons imbibés d'eau de Pagliari et de perchlorure de fer, la cautérisation, etc., M. Hémard prit l'avis de cinq autres confrères, et pratiqua la ligature de l'artère carotide primitive gauche, à sa partie moyenne. Les accidents généraux et locaux donnèrent quelques craintes : on revit des hémorrhagies capillaires pendant trois jours ; des caillots se formèrent; le fil tomba spontanément le treizième jour après l'opération. Le malade ne fut soumis que vers ce moment à la limonade sulfurique et à l'ergotine : la veille de la chute du fil, on le mit au tannin et au sulfate de quinine. On examina les urines, on constata l'existence d'une abondante albuminurie et d'une surabondance de phosphates. Cependant l'augmentation de 1 gramme (4 grammes au lieu du chiffre normal de 3) ne suffit guère pour dire qu'il y a une exagération d'élimination des phosphates ; cela peut tenir simplement à son régime azoté : viande, sang, etc. M. Hémard pense que le malade était atteint d'hémophilie, car il avait eu précédemment des épistaxis fréquentes et rebelles. Il n'avait jamais eu de fièvres intermittentes ; pas d'hérédité. Le point le plus contestable de cette communication est de savoir si, étant admise la nécessité de faire une ligature, il fallait préférer la ligature de l'artère carotide primitive à celle de la carotide externe. L'auteur a préféré la ligature de la carotide primitive, parce qu'elle le mettait à l'abri des difficultés de la ligature de la carotide externe qui est entourée de veines nombreuses; cependant cette ligature l'exposait à des hémorrhagies secondaires plus redoutables, et, d'autre part, on a fait sans inconvénients maintes sections d'assez gros vaisseaux chez les hémophiles. Le danger vient chez les blessés de cette catégorie, plutôt des suintements par les capillaires que des blessures des gros vaisseaux. M. Hémard a été d'ailleurs assez habile et assez heureux pour échapper à ces inconvénients.

M. TILLAUX. Je sais bien qu'il est toujours difficile d'arrêter des hémorrhagies dentaires ; je voudrais pourtant savoir si M. Hémard a fait localement tout ce qu'il est indispensable de faire avant de recourir à une opération aussi grave que la ligature de la carotide primitive. Il y a deux ou trois ans, chez un élève en médecine atteint d'hémorrhagie consécutive à l'avulsion d'une dent, j'ai eu recours au bouchon de cire appliqué dans l'alvéole, ce qui est le moyen classique; l'hémorrhagie continuant, je fis la cautérisation au fer rouge, puis je plaçai dans l'alvéole une boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer (solution au tiers) ; je la maintins fixée avec le doigt pendant une demi-heure, et je priai les amis de cet étudiant de se relayer pendant le reste de la nuit en pratiquant la même compression digitale. Par ce moyen, je n'eus pas besoin de faire la ligature des vaisseaux, et l'hémorrhagie fut arrêtée. Je crois que la compression avec la cire, et surtout la compression digitale, devra être tentée pendant vingt-quatre heures, quarante-huit heures s'il le faut, avant de recourir à la ligature de la carotide.

Je tiens à insister sur un deuxième point: je n'accepte pas du tout que l'on fasse la ligature de la carotide primitive pour une hémorrhagie qui vient *évidemment* d'une collatérale de la carotide externe. Lorsque l'on a des doutes sur l'origine de l'hémorrhagie, je comprends que l'on pratique la ligature de la carotide primitive; je l'ai faite moi-même dans un cas douteux avec M. Verneuil: mais, lorsqu'il n'y a aucun doute, je n'admets pas la ligature de la carotide primitive; on doit lier la carotide externe. On dit qu'elle est plus difficile à lier que la carotide interne, ce n'est pas une raison. La ligature de la carotide externe est beaucoup moins grave, et d'ailleurs celle de la carotide interne expose davantage aux hémorrhagies secondaires; enfin, elle comporte moins de chances de succès. On ne devrait même pas hésiter à lier la linguale et la faciale en même temps que la carotide externe si, par hasard, on se trouvait trop près du tronc de ces branches.

M. VERNEUIL. Je partage entièrement l'opinion de M. Tillaux. Mais je veux appeler l'attention sur un autre point : l'hémophilie du malade de M. Hémard n'est point démontrée. Il avait une albuminurie qui, on le sait, expose aux hémorrhagies incoercibles tout aussi bien que l'hémophilie. Quant à l'excès de phosphate, on ne peut admettre qu'il ait existé, car la quantité normale est de 5 grammes par jour; il ne faut pas confondre ce chiffre avec celui de l'acide phosphorique, qui est de 2 grammes par jour.

Mais le point capital est de savoir s'il fallait lier la carotide primitive; le malade n'a guéri qu'à partir du jour où on lui a administré du sulfate de quinine, le douzième jour après la ligature, mais non parce qu'on lui avait fait cette ligature. Je rappelle ici l'histoire d'un étudiant en médecine qui, atteint d'hémorrhagie à la suite d'extraction de dent, fut soumis au traitement par le sulfate de quinine; il en prit un gramme, et le lendemain à l'hémorrhagie succédait à peine un petit suintement, au moment où il prenait un deuxième gramme de sulfate de quinine. Cet étudiant a traité ce sujet dans sa thèse inaugurale. C'est toujours par le sulfate de quinine qu'il faut commencer, car ces hémorrhagies sont le plus souvent diathésiques et exigent un traitement interne. C'est ce seul traitement interne qui a arrêté l'hémorrhagie du malade de M. Hémard, au quinzième jour après l'opération.

M. MAGITOT. Au sujet de l'indication de l'opération de la ligature, je fais remarquer que j'ai observé un assez grand nombre d'hémorrhagies alvéolaires, même chez des sujets atteints d'hémophilie, et que je ne les ai jamais vues résister aux moyens ordinairement employés, lorsque, comme dans le cas présent, il n'y a pas de délabrements dans le voisinage. Un procédé excellent, préférable au bouchon de cire qui ne réussit guère, consiste à faire un bouchon avec de la gutta percha mélangée de charpie, de manière à faire une masse fibreuse, surmontée d'un cube de gutta percha destiné à s'appuyer contre l'arcade dentaire supérieure. Le bouchon est appliqué pendant qu'il est mou dans la cavité de l'alvéole, où il est maintenu par la constriction de la mâchoire supérieure. J'ai eu des succès magnifiques en me servant simplement de ce procédé.

M. LE FORT. Je signale le danger de la ligature de la carotide primitive qui donne près de 50 p. 0/0 de mortalité, et je m'associe aux remarques présentées par M. Tillaux. Je ne suis même pas très-grand partisan de la ligature de la carotide externe dans les hémorrhagies dentaires, parce que, chez les sujets hémophiles, le caillot ne doit pas se former facilement et l'on s'expose par suite à de

fortes hémorrhagies. On vante beaucoup le bouchon de cire, c'est un mauvais moyen: ce bouchon ne reste pas adhérent et il laisse passer le sang sur les parties latérales, à moins qu'il ne soit maintenu en place par la compression.

**M. DESPRÈS.** J'ai observé deux cas d'hémorrhagies dentaires, et je les ai arrêtées au moyen de ce bouchon de cire, mais en faisant comprimer le bouchon par le malade, auquel je recommandais de serrer les mâchoires. Dans un cas, il s'agissait d'hémorrhagie à la suite de l'extirpation d'une grosse molaire ; le médecin n'avait pas réussi d'abord avec le bouchon de cire, parce qu'il n'avait pas enfoncé un bouchon de cire séparément dans chacune des cavités correspondant à chacune des racines de la dent molaire.

**M. FARABEUF.** M. Hémard a attendu six jours avant de faire la ligature ; il ne s'y est décidé qu'après avoir vu échouer les divers moyens recommandés : je doute cependant qu'il les ait bien employés. J'ai réussi une fois à arrêter une pareille hémorrhagie chez un étudiant, en enfonçant une petite boulette et la tassant avec soin dans la cavité, après avoir bien nettoyé l'alvéole. Quant à l'hémophilie, je pense que ce malade était vraiment atteint d'hémophilie, sans pouvoir déterminer si elle était essentielle ou symptomatique. Son albuminurie n'a été que passagère ; mais il avait eu beaucoup d'épistaxis dans son jeune âge, au point que, fils de cultivateur, il ne pouvait aller dans les champs que muni d'un flacon de perchlorure de fer.

La ligature de l'artère n'était cependant pas compromise par l'état de fluidité de son sang, car l'observation rapporte que des caillots compactes ont été trouvés dans la plaie de la ligature. Au point de vue de la préférence de la ligature de la carotide primitive à celle de la carotide externe, je m'y rallierais néanmoins, s'il était démontré que la première expose à moins d'hémorrhagies que la seconde, rendue difficile par le voisinage de nombreuses veines.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PÉRIOSTITE ET L'OSTÉOMYÉLITE

**M. TRÉLAT.** Je me trouve d'accord avec M. Lannelongue sur le fond de sa communication et sur presque tous les détails, notamment sur l'interprétation de la nécrose. Je voudrais seulement insister sur quelques points: d'abord sur la longueur de l'évolution des affections osseuses dont il est question. Les ostéomyélites profondes évoluent avec une persistance remarquable à travers les âges; j'en citerai un exemple curieux : un amputé de cuisse, dont j'ai donné l'histoire à la Société, a subi cette opération à l'âge de cinquante-sept ans, pour une septicémie subaiguë consécutive à un évidement qui avait été pratiqué dans une vieille cavité d'ostéite fongueuse, remontant à l'enfance du malade. A l'âge de treize ans, il avait eu le début de cette ostéite, ce qui donne jusqu'à l'époque de l'amputation une durée de quarante-quatre années.

M. Lannelongue a surtout exploité les documents qui lui étaient accessibles: ses observations propres, d'une part, et, d'autre part, les faits publiés dans la science. Mais ces derniers sont surtout relatifs aux cas graves, compliqués d'accidents formidables. Par ces documents se trouvent, à mon avis, un peu exagérées la gravité et la léthalité de l'ostéomyélite de l'enfance. Je suis bien convaincu que c'est une affection redoutable, mais il me semble que M. Lannelongue a un peu trop laissé dans l'ombre les cas moins graves. Je puis en citer un exemple tout récent, observé chez une petite fille d'un pensionnat de Versailles; elle avait été prise le lundi, spontanément, d'une douleur dans la main, et elle présentait tous les signes d'un phlegmon aigu de la main lorsque je l'examinai le samedi suivant. Je fis une incision dorsale qui ouvrit une grande collection purulente et une incision palmaire qui donna issue à une faible quantité de pus. Ayant introduit une sonde cannelée, je trouvai le métacarpien dénudé sur la face dorsale dans son extrémité inférieure (non compris la tête du métacarpien). Il n'y avait pas trace d'angioleucite et aucune inflammation des gaînes dans l'avant-bras. Les phénomènes graves cessèrent immédiatement. Quelques fragments osseux furent éliminés, et après quelques semaines la guérison est terminée.

Enfin, je ferai remarquer que M. Lannelongue a surtout étudié les cas d'autopsies. C'est sur les cas où les lésions ont été mortelles qu'il s'appuie pour dire qu'il y a toujours de la suppuration profonde des os. Je pense qu'il ne faut pas généraliser d'une façon aussi absolue: il y a des faits analogues à celui de M. Berger; il y a des cas où les lésions restent superficielles, des périostites externes, des ostéomyélites qui bornent leurs ravages à de fines lamelles osseuses superficielles, tout aussi bien qu'il y a des cas formidables d'ostéomyélites profondes évoluant avec une telle rapidité que les chirurgiens ont à peine le temps d'intervenir.

**M. DESPRÈS.** Tous les malades atteints d'abcès sous-périostiques aigus, au-dessous de l'âge de vingt-deux ans, présentent ces abcès dans la même place, sauf les cas d'abcès développés pendant la convalescence de rougeole et de variole. Dans la grande majorité des cas, on voit que ces abcès ont pour siège l'extrémité supérieure de l'humérus, et l'extrémité supérieure ou inférieure du tibia, ou la région inférieure du fémur. Je pense que la même théorie suffit pour expliquer les abcès sous-périostiques et l'ostéomyélite. L'abcès périostique n'est qu'un symptôme ; il n'existe dans l'ostéomyélite des adolescents qu'à titre de symptôme de l'ostéomyélite juxta-épiphysaire. La lésion est la même; elle siège toujours au niveau du cartilage inter-épiphysaire. Selon qu'elle sera plus ou moins limitée à la périphérie ou qu'elle se répandra dans toute l'épaisseur, on aura ce que l'on appelle l'abcès périostique simple dans le premier cas, ou l'ostéomyélite dans le second. Mais c'est la même maladie; dans les deux cas on observe les mêmes phénomènes généraux.

Aussi, je ne pense pas qu'il soit bon de trépaner : la trépanation est imprudente quand la lésion est assez grave.

J'ai fait venir ici deux malades qui ont précisément présenté les symptômes des deux espèces d'affections osseuses que l'on veut séparer : l'un d'eux a eu, au milieu de phénomènes fébriles intenses pendant vingt jours, un véritable abcès sous-périostique à la partie inférieure du tibia : une seule incision l'a guéri, sans nécrose, mais, à la partie supérieure du tibia, il a eu une ostéomyélite franche. J'ai pratiqué six incisions, et il y a eu nécrose. C'est, au fond, la même maladie qui s'est développée au même moment, sous l'influence d'une marche très-longue faite pendant deux jours de suite. Malgré les symptômes graves observés chez le premier malade, j'ai porté un bon pronostic parce qu'il n'a pas eu de délire.

**M. TRÉLAT.** Je n'ai jamais contesté que le point de départ de l'ostéomyélite fût la région inter-épiphysaire. M. Després dit que l'abcès ne siège jamais au milieu de l'os, sauf dans les cas de traumatisme. Mais il faut remarquer qu'il peut exister un abcès au milieu de l'os aussi bien qu'à l'extrémité épiphysaire où se porte toute l'activité organique. En effet, pendant la période embryonnaire, la diaphyse est représentée par un double cône d'os cartilagineux, disposé de façon que les bases du cône osseux sont aux extrémités, et les sommets au milieu de la diaphyse. A ce niveau la couche périostale est donc très-épaisse; elle diminue peu à peu à mesure que l'accroissement de l'os refoule le périoste à la périphérie. Aussi, à l'âge adulte, l'abcès sous-périostique évolue uniquement dans la seule région des épiphyses, mais, dans l'enfance, il s'étend sur toute la longueur de la diaphyse, au milieu de laquelle l'évolution des couches périostales se trouve encore si active. C'est ainsi que j'ai vu une véritable collection purulente siégeant au milieu du tibia, chez un enfant de trois ans et demi : l'abcès était au niveau de la diaphyse, et une nappe purulente se prolongeait jusqu'aux extrémités.

### PRÉSENTATION DE MALADE

**Ligature de l'artère ischiatique. — M. TILLAUX** présente un malade auquel il a pratiqué la ligature de l'artère ischiatique dans la cavité même du bassin, pour un anévrysme diffus, consécutif à une fracture du bassin. L'observation de ce malade fera l'objet d'une communication dans une prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

## SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR L'ÉRECTION D'UNE STATUE A PHILIPPE PINEL.

*Première liste.*

| | |
|---|---|
| La *Gazette des hôpitaux* | 100 fr. |
| M. le docteur Ch. Pinel (petit-fils de Pinel) | 200 |
| M. le docteur Semelaigne | 300 |
| M. le docteur Jules Falret | 300 |
| M. le docteur Legrand du Saulle | 100 |
| TOTAL | 1,000 fr. |

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Victor Masson, ancien libraire éditeur, décédé à l'âge de soixante-douze ans, à la Chassagne (Côte-d'Or), le 3 mai 1879, et inhumé le 5 mai, dans le cimetière de la commune de Sainte-Marie-sur-Ourche.

Un service pour le repos de son âme sera célébré en l'église Saint-Sulpice, le lundi 12 mai 1879, à dix heures très-précises.

— M. Mascart vient d'être nommé président de l'Académie royale de médecine de Belgique, en remplacement de M. Warlomont, président sortant.

Cette Académie, dans sa séance du 26 avril dernier a élu membres honoraires étrangers ; MM. Fauvel, inspecteur général des services sanitaires de France, Pasteur (de l'Institut), et Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

— *Faculté de médecine de Paris. — Concours pour le prosectorat et pour l'adjuvat en* 1879. — 1° Un concours pour une place de prosecteur aura lieu en 1879. Le prosecteur nommé entrera en fonctions le 15 mars 1880; son temps d'exercice expirera le 1er octobre 1883.

2° Un concours pour les places d'aide d'anatomie aura lieu également en 1879. Tous les élèves de la Faculté sont admis à concourir. Les aides d'anatomie entreront en fonctions le 1er octobre 1879; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1882.

Les dates auxquelles auront lieu ces concours seront fixées et indiquées ultérieurement.

Le registre d'inscriptions est ouvert au Secrétariat de la Faculté (bureau des renseignements), de dix heures à quatre heures, tous les jours, du 1er au 30 mai 1879.

MM. les candidats trouveront au Secrétariat tous les renseignements dont ils pourraient avoir besoin sur les conditions et les programmes de ces concours.

— *Corps de santé militaire.* — L'inspection médicale pour 1879 aura lieu ainsi qu'il suit :

Ier *arrondissement.* — M. Legouest, médecin inspecteur, président du conseil de santé (3e, 10e, 11e et 18e corps d'armée).

IIe *arrondissement.* — M. Gerrier, médecin inspecteur (4e, 9e, 12e et 17e corps d'armée).

IIIe *arrondissement.* — M. Baizeau, médecin inspecteur, membre du conseil de santé (division de Constantine, 15e et 16e corps d'armée).

IVe *arrondissement.* — M. Gueury, médecin inspecteur, membre du conseil de santé (2e, 5e, 8e, 13e corps d'armée et gouvernement militaire de Paris).

Ve *arrondissement.* — M. Brault, médecin inspecteur, membre du conseil de santé (division d'Alger et d'Oran).

VIe *arrondissement.* — M. Fropo, médecin inspecteur (1er, 6e, 7e, 14e corps d'armée et gouvernement de Lyon).

M. Coulier, pharmacien inspecteur, membre du conseil de santé, fera l'inspection pharmaceutique des hôpitaux des 1er, 6e, 7e et 14e corps d'armée.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 11 mai, au Vésinet, et dans la forêt de Saint-Germain-en-Laye. Rendez-vous à la gare du Vésinet, à l'arrivée du train partant de Paris (gare Saint-Lazare) à neuf heures trente-cinq minutes.

— M. Stanislas Meunier, aide naturaliste, fera sa prochaine excursion géologique le dimanche 11 mai, à Noisy-le-Sec et à Romainville. On se réunira à la gare de l'Est, où l'on prendra le train, à dix heures trente minutes, pour Noisy-le-Sec.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8203.

N° 55. — MARDI 13 MAI 1879. 52e ANNÉE. MARDI 13 MAI 1879. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

| | |
|---|---|
| Trois mois. . | 8 fr. 50 c. |
| Six mois. . . | 16 — |
| Un an. . . . | 30 — |

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### HOPITAL COCHIN. — M. Desprès.

### De l'ostéite juxta-épiphysaire chronique et de ses suites.

On a beaucoup écrit et beaucoup disserté sur l'ostéite, périostite, abcès sous-périostique ou ostéomyélite des adolescents, depuis les travaux de MM. Chassaignac, Gosselin, Schutzenberger, Kloose et de Giraldès. Bien que les faits cliniques eussent été les mêmes pour chacun, les interprétations les plus différentes ont été données. La théorie qui paraît la plus plausible, cependant, est sans contredit celle de M. Gosselin. Le mal débutant au niveau du cartilage interépiphysaire, il y avait lieu de faire intervenir dans la définition du mal les cartilages de conjugaison ou l'épiphyse, et le nom d'ostéite épiphysaire, appliqué à ces lésions qui débutent par des douleurs dans les extrémités des os et se terminent par des abcès de voisinage toujours situés plus ou moins près de l'épiphyse, restera certainement la meilleure définition clinique.

Je n'ai pas pour but de traiter ici l'ostéite juxta-épiphysaire aiguë; je veux appeler votre attention sur l'ostéite juxta-épiphysaire chronique qui a été souvent méconnue, que l'on a prise pour des tumeurs blanches à forme osseuse et à laquelle on ne rattache pas assez les abcès des os. Enfin on n'a pas encore assez rattaché ces ostéites juxta-épiphysaires chroniques à des maladies graves antérieures qui ont troublé la nutrition des cartilages épiphysaires.

Voici tout d'abord une très-remarquable observation d'ostéites juxta-épiphysaires chroniques franches; le malade est actuellement pour la seconde fois dans le service, et son histoire est pleine d'intérêt.

*Ostéite épiphysaire du tibia. Forme chronique.* — D..., Félix, âgé de dix-sept ans, petit, maigre et très-pâle, entre le 25 septembre à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, lit n° 7, service de M. Desprès, présentant une tuméfaction notable du genou gauche.

Ce jeune homme, le plus jeune de quatre enfants, jouissant d'une bonne santé, a perdu son père, il y a une dizaine d'années, de pneumonie franche. La mère, encore vivante, a une bonne santé. Donc pas d'antécédents diathésiques, soit au point de vue de la tuberculose, soit à celui de la scrofule.

Personnellement, il n'a jamais présenté aucun accident pouvant se rattacher à l'une de ces deux diathèses. Seulement, il y a sept ou huit ans, à la suite d'un refroidissement très-considérable (séjour prolongé sur la glace), il fut pris d'accidents articulaires du côté des deux articulations tibio-tarsiennes, suivies d'ostéites avec séquestres d'un des tibias. Aujourd'hui il n'en reste plus que des cicatrices déprimées et adhérentes siégeant sur le tiers inférieur de la jambe. Les lésions n'ont pas dépassé la moitié inférieure de la jambe. Il est facile de voir qu'il s'agit là d'une ostéite épiphysaire, comme l'a si bien dit M. Gosselin, ou périostite phlegmoneuse diffuse à forme rhumatismale, comme l'appelait Giraldès. Aujourd'hui la guérison est complète, et le malade ne ressent plus ni douleur, ni gêne à la marche. La maladie a duré six mois environ. Là se borne son histoire médicale, et il n'a jamais rien ressenti jusqu'à ces derniers temps.

Il y a environ trois mois, sans cause appréciable, ce malade a ressenti, dans le genou droit, des douleurs vives spontanées s'exagérant pendant la marche, et qui s'accompagnaient d'un gonflement notable de la partie latérale interne de l'articulation. Peu de temps après, épanchement notable intra-articulaire, hydarthrose qui a été traitée par les vésicatoires volants. Huit vésicatoires successifs ont été appliqués de huit jours en huit jours. Au dire du malade, ces vésicatoires, qui ont beaucoup donné, ont amené une diminution très-appréciable de l'épanchement, mais sans modifier les douleurs.

A son entrée à l'hôpital, il n'y a pour ainsi dire plus de liquide dans l'articulation, et tout le gonflement est dû à une tuméfaction de la partie latérale interne de l'extrémité supérieure du tibia.

Cette tumeur présente les caractères suivants : elle est dure, bosselée, arrondie, limitée au plateau interne du tibia; elle disparaît en mourant sur les parties antérieure et postérieure de l'os. La tubérosité antérieure est peut-être un peu augmentée de volume. Tout le reste de l'extrémité supérieure du tibia est sain. L'extrémité articulaire du fémur est saine.

Cette tumeur, moins dure que l'os normal, est douloureuse à la pression, et la pression ne révèle de la douleur que sur les points tuméfiés. En même temps, douleurs spontanées plus fortes la nuit que le jour, s'exagérant par la marche rendue aujourd'hui impossible par leur intensité. Les mouvements de l'articulation sont possibles et non douloureux, excepté dans la flexion et l'extension exagérées.

L'état général est bon, malgré l'insomnie causée par les exacerbations nocturnes des douleurs. Souvent, un peu de fièvre vespérale. Néanmoins, aucun signe de tuberculose; l'auscultation ne révèle aucun trouble de l'appareil respiratoire.

Le diagnostic, en présence de ces signes, est ostéite épiphysaire à forme chronique.

Traitement par les pointes de feu et la compression faite au moyen d'une bande roulée et serrée par-dessus une épaisse couche de ouate.

Le 3 octobre, apparition d'un nouveau point douloureux au ni-

veau du condyle externe du fémur : mais peu ou pas de gonflement. Du reste ce nouveau point douloureux disparaît après deux applications de pointes de feu.

Ce traitement est continué sans cesser : applications de pointes de feu tous les quatre jours. Compression continuelle. Après douze applications de pointes de feu, le malade paraît absolument guéri. Les mouvements de l'articulation sont complètement revenus et dans toute leur étendue. Les douleurs ont complètement disparu, aussi bien les douleurs spontanées que les douleurs à la pression. Le malade se lève toute la journée, marche sans souffrir. La tumeur a diminué un peu de volume sans disparaître. Le malade sort de l'hôpital en janvier 1878, pouvant être considéré comme guéri.

(Cette première partie de l'observation a été recueillie par M. Boursier, interne du service.)

Ce jeune homme est rentré à l'hôpital le 18 février 1879. Vous l'avez examiné et vous avez pu remarquer que cette fois son mal était bien rigoureusement limité à l'extrémité supérieure du tibia.

Il y avait un gonflement profond de l'os, mais cette fois l'articulation était absolument saine et libre. Il y avait en arrière dans le creux poplité, juste au niveau de l'articulation, mais un peu sur le côté externe, un point douloureux de la grosseur d'une noisette ; c'était un abcès au début. Sous nos yeux cet abcès s'est formé, la peau a rougi, puis il y a eu de la fluctuation. Nous avons fait une incision, et il est sorti une petite quantité de pus, la valeur d'une cuillerée à café. La suppuration est devenue séreuse et l'abcès s'est refermé trente jours après son ouverture. Le gonflement a diminué, et aujourd'hui, 7 avril, moins de deux mois après son entrée à l'hôpital, l'enfant, sentant son genou libre, demande à partir. L'os a diminué de volume, mais il est toujours plus gros que le tibia du côté opposé.

Voici maintenant ce que l'on peut dire du pronostic de cette ostéite juxta-épiphysaire chronique. Il y a un séquestre dans l'os. De deux choses l'une : ou ce séquestre est petit, et il s'effritera si je puis ainsi dire, et s'éliminera avec le pus d'abcès successifs ; ou bien le séquestre est volumineux, et avec le temps, dans une année ou deux, il se mobilisera et on pourra l'aller chercher à travers des fistules qui succéderont à de plus grands abcès que celui qui a existé.

Pour le moment il n'y a qu'à attendre, l'abcès s'est refermé et il n'y a pas trace de fistule, tout peut être terminé. Ce n'est que plus tard, s'il se forme de nouveaux abcès, que j'appliquerai le traitement qui m'a déjà réussi en pareil cas. Je drainerai le foyer de la suppuration osseuse. Mais, pour cela, il faudra que je puisse arriver par une fistule jusque dans ce foyer, car il serait peu rationnel d'aller à la recherche d'une petite cavité du volume d'une noisette peut-être et qui siège au milieu de l'extrémité supérieure du tibia.

Ce genre d'ostéite épiphysaire, est le type d'affections décrites autrefois sous des noms divers et qui ont été prises pour des affections articulaires. C'est la tumeur blanche à forme osseuse, l'ostéite péri-articulaire décrite par M. Richet. Beaucoup d'hydarthroses chroniques, liées à une ostéite épiphysaire chronique de ce genre, ont été décrites comme des hydarthroses essentielles et traitées comme hydarthroses, sans qu'on y fît attention.

Dans le cas actuel, l'ostéite est la conséquence d'un mal ancien ; le froid, la fatigue, ont pu y être pour quelque chose ; mais le malade était prédisposé à cette ostéite chronique à cause des anciennes ostéites de l'extrémité inférieure des deux tibias qui ont existé à l'état aigu sept ans auparavant ; peut-être même le mal actuel existait déjà et a sommeillé pendant sept ans. Dans d'autres cas, le mal est la conséquence de la tuberculose ; c'est ainsi que se développent les tumeurs blanches à forme osseuse chez des malades qui deviennent rapidement tuberculeux. Dans d'autres cas, enfin, le mal survient dans la convalescence de la fièvre typhoïde, de la variole ou d'une autre maladie grave, et il revêt le caractère de chronicité d'emblée.

Voici l'explication que je donnerai : lorsque l'ostéite est en relation directe avec la fatigue excessive, le surmenage, il y a eu contusion des cartilages inter-épiphysaires, épanchement de sang peut-être, puis trouble de la nutrition de l'os ; de là une inflammation violente, un décollement du cartilage, de la périostite et tout le cortège inflammatoire dont les os et les articulations voisins sont ultérieurement le théâtre. Vous reconnaissez là les traits de l'ostéite juxta-épiphysaire aiguë. Lorsque l'ostéite est la suite d'une maladie générale grave, elle est liée à un trouble de nutrition du cartilage du même genre que celui qui a été décrit pour les muscles, la dégénérescence cireuse, et, pour peu que pendant le cours d'une maladie grave un membre reste plusieurs jours dans une attitude vicieuse, l'un des os qui le forment peut, sous l'influence de ce traumatisme d'un genre spécial, la pression permanente, être atteint à une de ses extrémités de l'ostéite épiphysaire. Ce point de vue est encore nouveau. J'ai observé un cas de ce genre, c'était en ville. En 1873, une jeune fille de dix-huit ans, M[lle] L..., était entre les mains d'un masseur du Gros-Caillou depuis plusieurs semaines pour une prétendue entorse du genou qui serait survenue spontanément pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Je fus appelé, et je constatai une hydarthrose du genou avec gonflement notable de l'extrémité supérieure du tibia gauche. Le membre était fléchi et très-douloureux. J'endormis la malade, redressai le membre et le plaçai dans une gouttière. L'épanchement se résorba rapidement et la douleur cessa aussi vite. Mais l'extrémité supérieure du tibia restait toujours grosse et douloureuse à la pression. J'appliquai des pointes de feu que je renouvelai plusieurs jours de suite. Au bout d'un mois, toute douleur avait disparu ; je sortis le membre de la gouttière et je comprimai légèrement avec une bande de flanelle. J'eus recours encore le mois suivant aux pointes de feu, la malade fut définitivement guérie au bout de deux mois et elle conserva tous les mouvements du genou. C'était un type d'ostéite juxta-épiphysaire chronique à forme résolutive ; jusqu'ici, en effet, le mal n'a laissé aucune trace.

Je n'hésite pas enfin à mettre sur le compte des ostéites juxta-épiphysaires chroniques les abcès douloureux épiphysaires décrits par Brodie et Nélaton, étudiés dans la thèse de M. E. Cruveilhier. Notre petit malade est exposé à un abcès de ce genre ; si des abcès successifs n'éliminent pas tout ce qu'il y a de malade dans son tibia, s'il se forme une couche osseuse que le pus ne puisse franchir, dans dix ou quinze ans il aura un abcès douloureux des épiphyses. Chez beaucoup de malades atteints d'abcès douloureux des os, on retrouve dans leurs antécédents des douleurs qui se rapportent à une ostéite. On conçoit que le mal puisse sommeiller pendant de longues années et se révéler peu à peu par un gonflement douloureux. A défaut d'autres preuves, il me serait facile d'invoquer cette raison : c'est que le plus grand nombre des abcès douloureux des épiphyses existent là où l'on observe le plus souvent les ostéites juxta-épiphysaires aiguës ; ainsi l'extrémité supérieure du tibia et l'extrémité supérieure de l'humérus. Cette opinion est partagée du reste en partie par un certain nombre de chirurgiens qui attribuent à l'épiphyse et à son inflammation la production des abcès chroniques des os ; ainsi vous trouve-

rez dans le *Manuel de pathologie* de Jamain, revu par M. Terrier, cette mention que les abcès des os sont en relation avec un trouble de la nutrition des os au voisinage de l'épiphyse pendant la période de développement des os. Ce qu'il faut dire, pour être plus précis, c'est que les abcès chroniques des os, en dehors de ceux qui sont liés au traumatisme, sont dus à des ostéites juxta-épiphysaires chroniques.

Au moment où cette leçon est sous presse, le petit malade vient de rentrer à l'hôpital Cochin, avec un nouvel abcès circonvoisin situé sur la face antérieure de la tubérosité externe de la partie supérieure du tibia gauche.

---

## HOPITAL DU MIDI. — M. Horteloup.

### Des syphilides de la peau. — Traitement des formes ulcéreuses par les pulvérisations de calomel.

I

I. — *La première des manifestations cutanées de la syphilis est la* SYPHILIDE ÉRYTHÉMATEUSE *ou* ROSÉOLE. — La roséole apparaît ordinairement cinq ou six semaines après le chancre.

Ce qui caractérise la roséole, c'est qu'elle n'amène aucune élévation de la peau; on peut passer la main sur la peau sans y sentir de saillie; la surface est aussi lisse et unie que celle de la peau saine. On dirait simplement des taches faites au pinceau sur la surface du corps. La coloration est rosée, comme le nom l'indique; mais, quand elle va disparaître, la roséole prend une teinte un peu jaune; elle se fane, pour ainsi dire.

La forme de l'éruption est variable; la tache érythémateuse est irrégulière; quelquefois elle prend une apparence circinée, comme beaucoup d'éruptions syphilitiques. Mais ce n'est pas un caractère pathognomonique.

La syphilide érythémateuse se distribue sur tout le tronc, particulièrement sur le ventre et les parties latérales du tronc. Elle est rare à la face; on ne l'a jamais vue à la paume des mains.

Ce qui est caractéristique, c'est son indolence; elle est le plus souvent ignorée des malades, même de ceux qui s'observent avec le plus de soin.

La marche de la roséole est très-rapide; en huit, quinze, trente jours au plus, elle évolue et disparaît sans laisser la moindre trace; aucune desquamation ne l'accompagne; elle s'évanouit comme elle est venue.

On arrive au diagnostic de la roséole assez facilement, parce qu'elle se produit assez prématurément pour qu'il reste encore des traces évidentes du chancre qui a causé l'infection. D'ailleurs, toute autre espèce d'érythème, même la forme la plus bénigne, s'accompagne toujours de troubles dans l'état général et d'une légère fièvre; la roséole ne donne lieu à aucun trouble de cette nature.

Il est intéressant de signaler les lésions histologiques qu'on observe dans l'anatomie pathologique de l'érythème syphilitique. Hébra et son gendre ont observé qu'il se fait, dans la roséole, un travail préparatoire à celui qui se continuera plus tard dans l'infiltration syphilitique; on voit déjà quelques dépôts de grandes cellules, de corpuscules blancs, qui ne sont pas encore une infiltration véritable, mais qui la préparent d'une façon manifeste.

Si le traitement anti-syphilitique facilite un peu la disparition de la roséole, elle peut être abandonnée à elle-même et guérit toujours spontanément.

Il est bon de savoir que la roséole peut récidiver; ce qu'on appelle *roséole de retour* est une syphilide érythémateuse à taches plus grandes, plus étalées et plus rares. Elle apparaît environ au bout de six mois après l'infection primitive; d'ailleurs elle est rare.

II. *La seconde forme d'accidents cutanés constitue les* SYPHILIDES PAPULEUSES. — Comme lésion histologique primitive, disons de suite que ces papules, petites ou grandes, sont toujours caractérisées par une lésion des papilles qui sont boursouflées, gonflées et qui prennent un certain développement. On voit les parois des vaisseaux remplies de cellules en voie de prolifération. Enfin, au-dessous, on trouve les couches du corps muqueux qui participent aussi à cette prolifération. Par ces poussées successives, l'épiderme tombe et de nouvelles couches épidermiques s'accumulent au sommet de la papille.

Les syphilides papuleuses apparaissent vers le troisième mois de la maladie, du cinquantième au soixantième jour. On les trouve partout, sur toute la surface du corps, sans en excepter la paume des mains, ni la plante des pieds, ni les plis de la peau. Suivant le siége, on leur a donné autrefois des noms pittoresques; au front, c'est la *corona Veneris;* à la paume des mains on les a désignées sous le nom de psoriasis; sur les fesses, ce sont les plaques muqueuses. Toutes ces lésions ne sont que des syphilides papuleuses; de même que ce que l'on a appelé lichen syphilitique, c'est une syphilide dont les papules sont excessivement confluentes.

Lorsque les papules sont petites, la desquamation est rapide. Dans les grandes papules, l'épiderme repousse moins vite; elles se rencontrent surtout au front, à la nuque; l'épiderme se reformant moins vite, il y a une accumulation moindre, tandis que dans les petites papules la production est abondante, l'épiderme s'écaille, il se forme des croûtes; c'est ce que l'on désigne sous le nom de variété *papulo-squameuse*.

Si on les abandonne à elles-mêmes, ces papules deviennent énormes. Elles durent longtemps, trois mois le plu souvent. Il est utile de s'expliquer comment, à la paume d mains et à la plante des pieds, les papules se produisent. leur a donné le nom de psoriasis syphilitique. Ces papules sont absolument de la même nature que les autres, mais leur aspect particulier vient des conditions spéciales de la région où elles se développent; à la paume des mains, à la plante des pieds, l'épiderme est plus épais et plus considérable; il se crevasse, se fendille, et, lorsqu'il s'est desquamé, on voit sur les bords une collerette épidermique épaisse qu'on pourrait soulever. Mais, avant que le sommet de la papille s'ouvre, on peut très-bien voir le point blanc où va se crever l'épiderme, alors que la papule est seulement soulevée et n'est encore qu'une véritable papule. Les pièces que je vous fais passer sous les yeux démontrent bien la nature et l'évolution de ces papules. Ce n'est donc pas du psoriasis. D'un autre côté on s'explique la longue durée des syphilides papuleuses de ces régions par les frottements continuels qu'elles subissent.

Leur diagnostic cependant est parfois difficile, parce que les malades arrivent chez le médecin à un moment où il ne leur reste plus que ces papules de la paume des mains; les ganglions ont disparu et ils nient tout antécédent syphilitique. On ne confondra pas ces lésions avec le psoriasis arthritique qui s'accompagne toujours de douleurs, qui présente une certaine coloration au pourtour de la plaque et

qui enfin existe aussi bien sur la partie dorsale de la main et en d'autres points du corps.

Une autre forme de syphilides papuleuses est la *syphilide dapulo-érosive* connue sous le nom vulgaire de *plaques muqueuses*. On la rencontre, par exemple, chez la femme, à la vulve, occupant moitié la peau, moitié la muqueuse, de façon qu'il n'y a plus de différence entre la peau et la muqueuse. Ces syphilides ne sont encore que des papules qui ont pris un aspect particulier à cause des conditions spéciales de leur siège. Ce sont des papules qui offrent un aspect humide et suintant, qui leur a fait donner le nom de plaques muqueuses, et qu'elles doivent aux frottements, à la sueur, à la chaleur de la région où elles se sont développées. De même que pour les papules de la paume des mains, ce ne sont que des variétés tenant au siège de la papule.

Elles sont dites papulo-érosives parce que, à la partie supérieure de la papule, il se fait une petite érosion. Enfin, sous l'influence de l'épaississement et du suintement continuel, l'épiderme prend, avant de tomber, cette teinte blanche opaline bien connue.

Au microscope, on découvre des lésions plus considérables que dans les cas précédents; ce sont toujours les papilles du derme qui sont envahies; elles sont absolument des papilles géantes, ayant pris un volume vingt-cinq ou trente fois plus considérable qu'à l'état normal; c'est un véritable papillome.

Le caractère général de ces lésions, c'est qu'elles guérissent vite, soit par les seuls soins d'hygiène et de propreté, soit par les cautérisations, soit surtout par les fumigations de calomel qui les font disparaître en moins de huit jours. Mais la récidive est rapide et fréquente. Pendant des années, à chaque poussée de syphilides, on voit des malades repris de plaques muqueuses.

Les syphilides papuleuses peuvent affecter la forme papulo-croûteuse; sur des papules réunies en cercle, la partie supérieure de la papule se déchire et il se forme une espèce de croûte. Ces papules ne sont guère plus profondes que les syphilides papuleuses ordinaires, mais elles sont le signe d'une infection plus grave; leurs cicatrices durent longtemps. Lorsqu'on enlève les croûtes, on ne trouve pas d'ulcérations; c'est ce qui dénote encore le caractère simplement papuleux de cette lésion.

Entre la syphilide papuleuse et la syphilide ulcéreuse, nous devons signaler une espèce intermédiaire, la syphilide vésiculeuse, la syphilide herpétiforme, qui est caractérisée par l'éruption de petits boutons d'herpès sur la papule. Cette variété rare est considérée par M. Hardy comme marquant le passage entre la période secondaire et la période tertiaire de l'infection syphilitique.

On a parlé aussi d'accidents bulleux, auxquels on a rapporté le pemphigus des adultes. On a pris pour de grosses bulles les grosses papules plus larges formant une énorme vésicule. Le pemphigus syphilitique des adultes n'existe pas.

---

## CÉCITÉ HYSTÉRIQUE

AMÉLIORATION PAR LA MÉTALLOTHÉRAPIE ET LES APPLICATIONS D'AIMANTS, DISPARITION COMPLÈTE DES TROUBLES VISUELS SOUS L'INFLUENCE DE L'ÉLECTRICITÉ STATIQUE.

Par MM. DUJARDIN-BEAUMETZ et Ch. ABADIE.

### I

Le 22 janvier 1879, je suis appelé en ma qualité de médecin de l'École normale de la Seine, par la directrice de cet établissement, pour examiner une élève, Mlle R..., âgée de seize ans, qui avait perdu subitement la vue. La veille, vers cinq heures, se plaignant de lourdeur de tête, elle montait à l'infirmerie pour s'y coucher, et, le lendemain matin, elle se réveillait complètement aveugle.

Je constate, en effet, que cette jeune fille est atteinte d'une cécité absolue; mais, ne trouvant aucune lésion apparente qui pût expliquer un trouble fonctionnel aussi grave, et jugeant qu'un examen ophthalmoscopique était indispensable pour éclairer le diagnostic, je conseille de la conduire chez le docteur Abadie.

Voici le résultat de son examen. Extérieurement, les yeux de cette jeune personne ne présentent rien qui frappe l'attention, les pupilles sont moyennement dilatées, mais ne réagissent pas sous l'influence de la lumière, la contractilité des muscles des yeux est parfaitement conservée, et les globes oculaires se déplacent facilement dans tous les sens. La perception lumineuse, même quantitative, est complètement abolie, à droite; à gauche, la lueur d'une lampe est encore faiblement distinguée à 30 centimètres environ.

A l'ophthalmoscope, le fond de l'œil est normal, sauf peut-être une très-légère diminution du calibre des artères (mais on sait combien il est difficile de se prononcer sur ces variations de diamètre des vaisseaux rétiniens en raison de leurs nombreuses variétés physiologiques), la papille ne présente rien d'anomal et l'exploration la plus minutieuse jusqu'aux parties équatoriales de l'œil ne fait découvrir également aucune altération. En présence d'une perturbation fonctionnelle aussi complète, indépendante au moins en apparence de toute lésion appréciable, M. Abadie songea à l'hystérie et, prenant une épingle, interrogea la sensibilité cutanée.

Toute la surface du corps était anesthésiée. Des piqûres faites sur le front, au cou, sur les bras, aux jambes, n'étaient pas ressenties, elles ne saignaient pas. L'hypothèse d'une amblyopie hystérique devenant de plus en plus probable, séance tenante, sans prévenir la malade de ce qu'on faisait, trois pièces d'or de vingt francs furent appliquées à la région temporale *gauche* et maintenues au moyen de deux tours de bande.

Au bout d'un quart d'heure environ, la jeune fille commença à dire qu'elle distinguait confusément quelques objets, puis le rétablissement de la vision se fit lentement, progressivement, et au bout d'une demi-heure elle pouvait se conduire seule. La vision s'était rétablie sur l'œil *gauche*, mais à *droite* il n'y avait pas trace de perception lumineuse, même quantitative. A ce moment l'acuité visuelle s'élevait à 1/10 sur l'œil gauche.

Il était de la plus haute importance de rechercher comment s'effectuait le retour de la perception des couleurs; mais, cet examen étant fait le soir à la lumière, les réponses ne pouvaient être précises. On put constater néanmoins que le rouge et le jaune étaient reconnus avec quelque hésitation, mais le vert et le bleu restaient confondus.

Bien convaincus après cette épreuve que nous étions en présence d'accidents hystériques nettement caractérisés, nous interrogeâmes avec grand soin la jeune fille et la directrice de l'école afin de nous éclairer sur les circonstances qui pouvaient avoir favorisé leur apparition. Les antécédents pathologiques sont nuls. Jusqu'au soir du 21 où la jeune fille s'est plainte d'une lourdeur de tête, sa santé a toujours été parfaite; réglée depuis près de deux ans, la menstruation s'est effectuée d'une façon très-régulière, tous les vingt jours. *Elle n'a jamais eu de crises nerveuses et n'a présenté aucune bizarrerie de caractère*; c'est une bonne élève, à tous les points de vue. Sa mère se porte très-bien; son père est, paraît-il, impotent et alité par suite d'une maladie de la moelle. Elle ne peut attribuer à aucune circonstance particulière, ni émotion morale, ni frayeur, ni perturbation de la santé générale, la cécité survenue si brusquement et d'une façon aussi inattendue. Le jour de Noël, il est vrai, elle reçut une lettre de ses parents lui apprenant qu'il y avait eu chez elle un feu sans importance; mais le lendemain, complétement rassurée, elle n'y pensait déjà plus.

Sauf la perte de sensibilité cutanée, elle n'accuse aucun trouble dans les fonctions de l'économie. Pas de douleur dans les régions ovariennes.

23 *janvier*. -- A 11 heures du matin, nous faisons appliquer un

aimant d'abord à la région temporale gauche : au bout de 10 minutes la vision s'améliore lentement, mais, au bout de ce laps de temps, la malade éprouve une sensation très-pénible dans la tête, et on suspend l'application. L'aimant est transporté à droite; au bout de vingt minutes la vision commence à se rétablir de ce côté. Le soir, nouvelle application de l'aimant, mais au bout de quelques minutes la sensation de constriction, de compression autour de la tête, qui a persisté pendant la journée, s'exaspère au point qu'on est obligé de suspendre l'application.

24 *janvier*. — Nouvelle application de l'aimant comme la veille. La vision s'était affaiblie, mais n'avait pas complètement disparu; elle était toujours beaucoup plus faible à droite. La tête est restée lourde. Après l'application, qui dure dix minutes pour chaque œil, la malade éprouve une sensation de lassitude très-pénible.

25 *janvier*. Mlle R... est très-accablée à son réveil. On continue néanmoins les applications de l'aimant; mais à l'accablement succède une somnolence qui va jusqu'à la léthargie aupoint qu'elle dort debout et qu'on est obligé de se tenir près d'elle et de a surveiller.

Nous insistons sur ce phénomène, qui a déjà été signalé par M. Landouzy chez une malade atteinte de crises douloureuses qui disparaissaient sous l'influence de l'aimant, mais après chaque séance la malade tombait dans une véritable léthargie.

26 *janvier*. — Dimanche, pas d'application d'aimant. Les époques, qui reviennent tous les vingt jours, ont apparu dans le délai réglementaire et en aussi grande abondance. L'état de somnolence est tel que, cette jeune fille ayant voulu descendre l'escalier qui conduit à la chapelle, on a été obligé de la soutenir et de l'emporter.

27 *janvier*. — Pas d'application d'aimant. La somnolence est moins marquée, mais l'appétit moins bon; elle se plaint d'un gonflement de l'estomac, et de fait cette région paraît distendue.

28 *janvier*. — Application à chaque tempe d'une pièce d'or, laissée en permanence. Au bout d'une heure, compression très-pénible dans la tête, compression qui va en augmentant jusqu'au moment où l'on retire les pièces. Grande envie de dormir.

29 *janvier*. — On continue les applications d'or, et en même temps elle prend chaque jour 2 centigrammes de chlorure d'or et de sodium à l'intérieur.

5 *février*. — On procède de nouveau à l'examen fonctionnel des yeux. L'acuité visuelle à gauche, toujours plus élevée qu'à droite, est égale à 2/7 ; à gauche elle est 1/5. Le champ visuel est très-rétréci, mais plus à droite qu'à gauche. Les couleurs sont assez bien perçues.

La sensibilité cutanée est encore très-émoussée sur toute la surface du corps, mais néanmoins les piqûres faites un peu profondément sont ressenties.

*Prescription*. — Hydrothérapie, une douche par jour. Continuer le chlorure d'or à l'intérieur; porter de petits bracelets d'or, une chaînette d'or au cou et des boucles d'oreilles également en or.

L'état de la vision reste stationnaire jusqu'au 24.

24 *février*. — Nous essayons de nouveaux métaux. Application de pièces d'argent deux fois par jour pendant une heure : aucun effet appréciable sur l'acuité visuelle.

25 *février*. — Nouvelles applications de pièces d'argent qui ne donnent pas plus de résultat que la veille.

26 *février*. — Essai du cuivre. Le résultat paraît défavorable, l'acuité visuelle semble diminuer légèrement.

28 *février*. — Essai du zinc. Somnolence léthargique dans la journée. Sensation de tiraillement dans les yeux pendant l'application, mais amélioration assez sensible de la vision. Au bout de deux jours l'acuité visuelle atteint 2/5 des deux côtés. Les applications de zinc sont continuées jusqu'au 4 mars, mais l'amélioration cesse de progresser et la malade reste toujours incapable de lire.

A cette époque paraissait précisément (1) un article fort intéressant sur la guérison de certaines manifestation hystériques au moyen de l'électricité statique. Nous résolûmes d'essayer encore ce moyen-là.

(1) Landouzy : Relation d'un cas de léthargie provoquée par l'application d'un aimant. (*Progrès médical*, n° 8, 1879.)

Notre malade fut placée sur le tabouret isolant de la machine électrique et mise en communication avec l'un des conducteurs. Quand elle fut suffisamment chargée d'électricité, on lui tira des étincelles sur le pourtour des orbites. L'explosion de chaque étincelle provoquait une douleur assez vive.

Après une séance d'un quart d'heure environ, la vision s'améliorait au point que la malade pouvait lire couramment les caractères d'imprimerie ordinaires. D'emblée l'acuité visuelle s'élevait à 2/5. Les jours suivants, nouvelles séances d'électricité statique, l'amélioration va s'accentuant et l'acuité visuelle redevient normale.

Depuis, les séances d'électricité ont été faites régulièrement tous les deux jours, et les troubles visuels n'ont plus reparu de ce côté; la guérison semble complète.

Néanmoins cette jeune fille est encore loin d'être rendue à une santé parfaite. Les phénomènes de somnolence persistent; le matin, on est obligé de la faire lever: elle ne peut se réveiller. Pendant les classes elle est prise parfois de véritables crises léthargiques.

Le travail intellectuel, beaucoup plus pénible qu'auparavant, ne peut être soutenu longtemps. Bien que les bracelets, chaînette, boucles d'oreilles, aient été enlevés depuis le 8 mars, la sensibilité se maintient intacte.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 mai 1879. — Présidence de M. Paul BERT.

### COMMUNICATIONS

**Physiologie expérimentale.** — M. BROWN-SÉQUARD continue à entretenir la Société de ses expériences sur la détermination des centres moteurs à l'aide de l'application de courants, de cautérisations ou de lésions produites expérimentalement.

**Innocuité des sels de cuivre.** — M. GALIPPE a étudié l'action des sels de cuivre sur les animaux incapables de vomir. M. Philippaux, au nom duquel M. Galippe fait également cette communication, a fait prendre à des lapins du sous-acétate de cuivre. Il en est un qui, en l'espace de six mois, a pris par jour 2 grammes de sous-acétate de cuivre. Ce lapin, loin d'être malade, a engraissé. Son foie, du poids de 70 grammes, contenait 13 centigrammes de cuivre. M. Galippe a lui-même mangé ce lapin et n'en a éprouvé aucune espèce d'inconvénient.

M. LABORDE, sans rien vouloir retirer à l'intérêt de la communication de M. Galippe, fait observer que ce fait ne prouve rien contre la toxicité du cuivre, attendu qu'il est des animaux dont la susceptibilité à certains agents toxiques est presque nulle, comme celle du lapin précisément pour les solanées vireuses.

M. GALIPPE n'admet pas, en principe, qu'un poison, toxique pour un animal, ne le soit pas pour un autre. Quant à l'indifférence du lapin pour la belladone, M. Eckel l'explique par la rapidité avec laquelle s'élimine cette plante introduite dans l'estomac du lapin. Mais, pour le cuivre, on ne saurait accepter la même explication, puisqu'on le retrouve partout, en particulier dans le foie.

M. BERT cite un fait dont il a été récemment témoin en Bourgogne et dans lequel des accidents, simplement dus à des excès de boisson, ont été attribués à un empoisonnement par le cuivre par suite de la présence dans une feuillette de vin d'une cannelle de cuivre.

**Activité physiologique des reins.** — M. GRÉHANT fait une communication sur ce sujet.

M. GALIPPE fait observer que l'alimentation joue un grand rôle sur les proportions d'urée contenues dans le sang. Ainsi, deux chiens étant nourris l'un uniquement avec de la viande, l'autre uniquement avec du pain, le premier contient dans son sang trois fois plus d'urée que le second; la même différence s'observe après un certain temps en sens contraire, si, inversement, le premier est nourri uniquement avec du pain, et le second avec de la viande.

M. LABORDE fait remarquer que cette différence est en effet des plus nettes.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mai 1879. — Présidence de M. Hervieux.

COMMUNICATIONS

M. CONSTANTIN PAUL donne lecture d'une notice biographique sur Gubler. Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

**Cécité hystérique; guérison par l'électricité statique.** — M. DUJARDIN-BEAUMETZ communique l'observation d'une jeune fille, atteinte subitement d'une cécité complète d'origine hystérique et qui a guéri sous l'influence de l'électricité statique. (Voir plus haut.)

M. DUMONT-PALLIER fait observer, à l'occasion de cette malade, qu'il ne pouvait y avoir chez elle de transfert puisque l'anesthésie était générale. Le phénomène du transfert, en effet, ne peut se produire que chez des hémiplégiques. Quant à la tendance au sommeil et à la prostration que présentait cette jeune fille, M. Dumont-Pallier fait observer que c'est là un phénomène des plus communs chez les hystériques soumises aux agents modificateurs de la sensibilité. Il rappelle, à cette occasion, plusieurs des faits qui ont servi de base au rapport de la commission de la Société de biologie. (Voir *Gazette des hôpitaux* 1878.)

M. Dumont-Pallier présente à la Société un homme qui, à la suite d'une hémorrhagie cérébrale, était devenu hémianesthésique du côté droit. L'anesthésie portait à la fois chez lui sur la sensibilité générale et sur les sens spéciaux. L'application des différents métaux était restée sans effet sur cette hémianesthésie; une seule application d'un aimant a fait revenir complètement la sensibilité chez cet homme. La sensibilité générale, l'ouïe, l'odorat, le goût se sont tout à fait rétablis; la vue est également revenue chez lui avec la réapparition des couleurs dans leur ordre habituel. Il n'y a plus, en effet, que le vert qu'il ne reconnaît pas encore; on sait que cette couleur est toujours la dernière à revenir.

**Un cas de ladrerie chez l'homme.** — M. FÉRÉOL présente un malade qui porte dans le tissu cellulaire plusieurs vésicules contenant des cysticerques. Cet homme a été atteint pendant longtemps d'une dyspepsie gastralgique ayant même nécessité l'usage de la viande crue. A la suite de ces accidents gastriques il a rendu un tænia et c'est seulement plusieurs années après qu'il s'est trouvé atteint de ladrerie. Cet homme, en outre, a été diabétique, au point de rendre jusqu'à 450 grammes de sucre et dix à onze litres d'urine par jour. Il est permis de se demander si ce diabète n'a pas été la conséquence de la présence d'un cysticerque dans le plancher du quatrième ventricule. Quant à la coexistence chez le même individu du tænia et de cysticerques, on sait qu'elle a donné lieu à diverses interprétations.

M. VALLIN fait remarquer que, depuis que l'attention est attirée sur ce point, les cas de coexistence, chez le même individu, d'un tænia et de cysticerques ou de tumeurs hydatiques, ces cas deviennent assez fréquents; il rappelle celui de M. Broca, celui de M. Henrot (de Reims), celui qu'il a observé lui-même chez une femme, à l'autopsie de laquelle il trouva une vaste tumeur échinocoque du poumon, et qui l'année précédente était venue à l'hôpital où on l'avait débarassée d'un tænia. M. Vallin demande si le malade de M. Féréol rendait fréquemment des fragments de tænia, ou s'il était sujet à des constipations opiniâtres; car, depuis les recherches de M. Mégnin, on peut se demander si les œufs contenus dans les cucurbitins mûrs ne peuvent pas se dégager à l'état d'embryon dans l'intestin même du sujet qui porte le tænia, traverser la membrane muqueuse, pénétrer dans un vaisseau et produire ainsi une sorte d'auto-infection.

M. C. PAUL croit qu'on pourrait aussi bien considérer le tænia comme la phase terminale de développement d'un des cysticerques accumulés ici sous la peau.

M. VALLIN rappelle que chez le malade de M. Broca (Société de chirurgie, février 1876), le tænia avait été expulsé quatre ans avant l'apparition sous la peau des cysticerques enkystés dont M. Broca détruisit en quelques jours 250. Dans les autres cas publiés jusqu'ici, le tænia paraît avoir également précédé l'apparition des cysticerques.

M. RENDU rappelle que, les expériences de Siebold, Van Beneden, Küchenmeister ont toujours montré que le cysticerque du porc ne donne pas naissance au tænia inerme, et réciproquement que tout prouve qu'il s'agit ici de deux espèces distinctes.

M. VALLIN dit que c'est précisément cela qui est en discussion; les expériences récentes de M. Mégnin tendent à infirmer l'opinion ancienne (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, mars et avril 1879). Il semblerait, d'après ces nouvelles recherches, qu'un œuf ou embryon de tænia peut pénétrer dans une glandule, dans un diverticulum de l'intestin, y subir sa phase vésiculaire, puis repasser dans l'intestin où il devient ver sexué, tænia, mais tænia *inerme;* le tænia resterait *armé* quand l'animal ou l'homme aurait avalé un cysticerque ou échinocoque déjà développé et quand la transformation en ver sexué se ferait directement dans l'intestin. Si cette opinion se confirmait, on comprendrait aussi bien qu'un œuf se dégageât d'un fragment terminal de tænia contenu dans l'intestin, et que l'embryon, entraîné dans les vaisseaux, allât former au loin des tumeurs hydatiques ou des cysticerques, sans avoir besoin de passer dans le tube digestif d'un autre animal.

**Phthisie syphilitique.** — M. GOUGUENHEIM présente les deux poumons d'un sujet syphilitique mort dans son service, à l'Hôtel-Dieu-annexe. Ces organes offrent des ulcérations bien différentes: le poumon droit est le siège d'une infiltration tuberculeuse généralisée; les lésions du poumon gauche sont la conséquence de la syphilis. C'est un des plus remarquables cas de phthisie syphilitique (pneumonie, pleurésie partielle de la base remplie d'un liquide laiteux, tenant en suspension de la matière caséeuse, cavités du volume le plus variable, dues les unes à la fonte probable des gommes, les autres à une dilatation vraie des bronches sous l'influence de la pneumonie interstitielle et de la péri-bronchite).

A la base du poumon droit (tuberculeux), se trouve une masse de tissu calcaire friable, ramollie à son centre, et due, soit à une régression d'une vieille gomme, soit à la crétification d'un vieil épanchement pleural enkysté.

La comparaison entre ces deux poumons est très-intéressante, en ce sens qu'elle dévoile à l'œil le plus inexpérimenté une dissemblance profonde des lésions de chacun d'entre eux.

La maladie avait été diagnostiquée pendant la vie; en effet, le malade, homme de quarante-cinq ans, avait été traité par M. Gouguenheim, à l'Hôpital temporaire, il y a plus d'un an, d'accidents cutanés, ulcéreux et serpigineux, manifestement syphilitiques, coïncidant avec une phthisie pulmonaire bien avancée du côte droit. La guérison avait été complète au bout de trois ou quatre mois de traitement, et l'observation remise à M. Fournier, au moment de sa communication à l'Académie de médecine.

Le malade revint cette année dans le service de M. Gouguenheim; il n'avait pas continué le traitement, qui cette fois échoua et ne put être supporté.

Cet homme, atteint de phthisie syphilitique du poumon gauche, succomba à une infiltration tuberculeuse du poumon droit.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Administration des hospices de Saint-Étienne (Loire) fait savoir que, le lundi 12 avril 1880, un concours public, pour une place de médecin, sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le concours aura lieu devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical; il durera cinq jours, et se composera de cinq épreuves. Le médecin nommé à la suite de ce concours entrera en exercice le 1er juin 1880; son traitement sera de 1,500 francs par an. S'adresser, pour les conditions particulières, au secrétariat des hospices de Saint-Étienne, rue Valbenoite, 40.

— M. Bouchut commencera ses conférences cliniques sur les maladies des enfants à l'hôpital des Enfants-Malades, le mardi 13 mai 1879 à huit heures et demie et les continuera les mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur Le Dentu commencera des conférences de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Louis, mercredi prochain 14 mai à neuf heures, et les continuera tous les mercredis à la même heure.

Opérations les mercredis et jeudis à dix heures du matin.

— M. le docteur Charles Mauriac commencera ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes, à l'hôpital du Midi, le samedi 17 mai à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— *Muséum.* — M. le professeur Decaisne (de l'Institut) commencera le cours de culture le mardi 13 mai 1879, à huit heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de zoologie, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Le cours aura pour objet l'étude des arbres et arbrisseaux qui peuvent être cultivés sur le sol de la France. Il sera consacré quelques leçons à l'exposé des principes de physiologie végétale appliquée à la culture. En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Dehérain, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

---

**De la greffe chirurgicale dans ses applications à la thérapeutique des lésions de l'appareil dentaire.** Premier mémoire : des *Greffes par restitution.* Extrait du *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, par M. E. Magitot, lauréat de l'Institut, membre de la Société de chirurgie, etc. In-8° de 68 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, chez G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8207.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

| | |
|---|---|
| Trois mois. . | 8 fr. 50 c. |
| Six mois. . . | 16 — |
| Un an. . . . | 30 — |

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Deux communications principales ont occupé cette séance. M. Colin, ayant inoculé de la matière tuberculeuse à un lapin, a produit chez cet animal une véritable tuberculose généralisée. Les deux poumons étaient également envahis par un grand nombre de tubercules ; presque tous les viscères en contenaient : mais ce qu'il y a eu peut-être de plus remarquable, ç'a été l'invasion par les tubercules de presque toutes les membranes séreuses et de plusieurs parties du squelette. Ce fait a de l'intérêt sans doute, mais sa valeur déductive ne dépasse pas la portée des nombreuses expériences faites lors de la discussion sur la contagion de la tuberculose. Il montre, comme la plupart d'entre elles, la facilité avec laquelle les lapins se tuberculisent sous l'influence d'une inoculation de matière tuberculeuse et même de toute autre matière que le tubercule ; il confirme la preuve déjà faite que l'inoculation est une des voies possibles d'introduction en même temps qu'un des excitants de l'évolution du tubercule : mais, comme toutes les inoculations précédentes, il laisse subsister dans toute sa réalité clinique le fait, si bien établi dans la discussion que nous venons de rappeler ainsi que dans l'important ouvrage de M. Pidoux sur la phthisie, de la latitude illimitée d'étiologie de cette affection. M. Colin, d'ailleurs, dans sa communication, n'a pas entendu donner à ce fait une plus grande portée.

M. Luys, dont tout le monde connaît les belles recherches sur l'anatomie et les fonctions du cerveau, a donné lecture d'un mémoire ou d'études sur le dédoublement des opérations cérébrales et sur le rôle de l'activité isolée de chaque hémisphère dans les phénomènes de la pathologie mentale. On trouvera dans le compte-rendu les propositions dans lesquelles se résument les deux premières parties de ces études, celles qui sont relatives aux éléments anatomiques et aux éléments physiologiques du sujet. Nous attendrons que M. Luys ait terminé sa lecture pour en résumer l'ensemble.

La séance a été terminée par une présentation de M. le docteur A. Paulier, qui a exposé devant l'Académie un nouveau mode de préparation du cerveau humain. On jugera des avantages que peut offrir ce nouveau procédé pour l'étude anatomique du cerveau par l'extrait que nous donnons dans le compte-rendu de la note déposée sur le bureau par M. Paulier.

Dr Brochin.

## HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

### Causes de la formation des caillots dans les sinus de la dure-mère (1).

V

Obs. *Pneumonie chronique. — Tuberculose. — Thrombose du sinus longitudinal supérieur. — Convulsions terminales. — Mort. — Cérébroscopie.* — C... Blanche, âgée de deux ans, entrée le 2 mars 1870, morte le 14 mars, couchée au n° 44 de la salle Sainte-Catherine.

Cette enfant était entrée à l'hôpital pour une pneumonie, suite de scarlatine, qui durait depuis quelque temps et présenta une forme chronique. Elle avait du râle sous-crépitant dans les deux poumons et du souffle en arrière à droite au sommet.

Tout à coup, le 13 mai, elle est prise de convulsions succédant à deux jours de somnolence et elle succombe, deux jours après, conservant un peu de strabisme interne.

Les deux papilles étaient œdématiées, et il y avait une assez grande dilatation des veines rétiniennes.

La *pie-mère* est le siège d'un œdème énorme, le *cerveau* est mou dans toutes ses parties, et le *sinus longitudinal* est distendu par un énorme caillot dur, en partie décoloré, adhérent aux parois, se prolongeant dans les veines méningées. L'oblitération est complète.

Les poumons sont remplis de granulations tuberculeuses à différents degrés et de noyaux d'hépatisation.

Dans cette note on voit une cachexie de pneumonie chronique tuberculeuse présenter un peu de coma, puis des convulsions générales, et amener la mort.

A l'autopsie, on trouve l'œdème de la pie-mère et du cerveau avec la thrombose des sinus de la dure-mère.

Obs. *Broncho-pneumonie tuberculeuse. — Convulsion terminale. — Thrombose des veines méningées. — Œdème des méninges. — Tubercule du cerveau.* — K... Joséphine, âgée de deux ans, entrée le 22 juillet 1873, salle Sainte-Catherine.

Cette enfant est malade depuis trois mois environ : elle tousse, a la poitrine embarrassée et la respiration fréquente. Elle n'a

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er mai 1879.

d'ailleurs jamais été bien portante. Depuis quatre ou cinq jours elle est plus souffrante et très-oppressée. Elle a eu, il y a quelques jours, une éruption sudorale assez étendue. On l'a fait vomir vendredi dernier. Elle a de la diarrhée (deux ou trois selles par jour).

*État actuel.* — Enfant chétive, face pâle, affaissement assez marqué, peau chaude, oppression très-accentuée, broncho-pneumonie double.

Prescription :

Poudre d'ipéca. . . . . . . 20 centigrammes.
Sirop d'ipéca. . . . . . . . 20 grammes.

A prendre par cuillerées à café de cinq en cinq minutes jusqu'à vomissement.

Ensuite : julep gommeux avec 10 grammes de cognac.

Le soir, la dyspnée est un peu moindre. L'ipéca n'a pas amené de vomissement, mais un léger effet purgatif.

*23 juillet.* — Au moment de la visite, l'enfant est prise devant nous d'une convulsion épileptiforme avec cyanose de la face. Les pupilles sont contractées, peau chaude, respiration expiratrice.

Prescription :

Julep gommeux avec teinture de musc, 10 gouttes.

L'enfant meurt à midi et demi.

*Autopsie le 24 juillet.* — A l'ouverture du crâne, on constate une *infiltration séreuse énorme de la pie-mère.* Un épanchement de sérosité assez considérable occupe les ventricules, dont les parois sont ramollies, crémeuses. Nulle part il n'existe de suppuration dans la pie-mère. Point de granulations tuberculeuses dans la scissure sylvienne ni ailleurs. Mais au sommet du cerveau, environ à 3 centimètres de la scissure interhémisphérique, apparaît une masse blanc-jaunâtre, du volume d'une noisette : c'est un tubercule adhérent à la pie-mère, pénétrant dans la substance grise, facile à énucléer, sans altération de la substance cérébrale voisine, et ramolli au centre comme un abcès. Il existe en même temps une *thrombose de toutes les veines méningées,* avec réplétion des sinus cérébraux dont le sang est resté liquide.

Les *poumons* présentent, dans leurs lobes supérieurs, une induration grisâtre fibreuse très-résistante de pneumonie chronique. Les lobes inférieurs sont le siége de pneumonie lobulaire aiguë avec granulations nombreuses.

Le *cœur* présente une endocardite mitrale ancienne caractérisée par une induration grisâtre, fibreuse, du bord de la valvule mitrale. La valvule tricuspide n'a rien. Des caillots décolorés et grisâtres existent en assez notable quantité dans les cavités du cœur.

Dans cette observation de phthisie pulmonaire tuberculeuse, des convulsions générales éclatent subitement pendant la visite et amènent la mort trois heures après.

A l'autopsie, on trouve l'œdème de la pie-mère, l'hydrocéphalie, un tubercule du cerveau et une thrombose générale des sinus de la dure-mère.

Obs. *Pneumonie tuberculeuse. — Thrombose des sinus de la dure-mère. — Contracture ultime. — Mort.* — Une fille de trois ans, affectée de tuberculose générale, eut le dernier jour de sa vie une contracture des extrémités du bras.

*A l'autopsie.* — Caillot dans le sinus transverse, œdème considérable de la pie-mère, et réplétion des ventricules par la sérosité.

Les poumons sont remplis de noyaux de pneumonie lobulaire avec d'innombrables granulations tuberculeuses.

Obs. *Thrombose des sinus. — Convulsions et paralysie finales. — Pneumonie tuberculeuse générale.* — M... Léonie, âgée de trois ans, entrée le 11 juin 1874, morte le 17, à la salle Sainte-Catherine.

Cette enfant, entrée pour une broncho-pneumonie chronique double avec souffle plus marqué à droite, fut prise, le 16 juin, de quelques mouvements convulsifs avec paralysie et contracture à gauche, dans lesquelles elle succomba.

*A l'autopsie.* — Pneumonie chronique tuberculeuse, rate tuberculeuse, foie gras.

Œdème de la pie-mère avec thrombose du sinus longitudinal supérieur. Hydrocéphalie aiguë considérable et quelques tubercules disséminés dans la pie-mère à la convexité du cerveau.

Obs. *Convulsions ultimes. — Thrombose des sinus de la dure-mère. — Veines méningées. — Tubercules de la pie-mère. — Broncho-pneumonie tuberculeuse.* — X..., âgée de deux ans, entrée le 23 avril 1878, pour une bronchite durant depuis longtemps et devenue capillaire avec cyanose. Sa respiration est très-gênée, soixante par minute, et les deux poumons remplis de râles sous-crépitants que l'on entend partout.

Trois jours après son entrée, elle est prise de convulsions générales, avec déviation conjuguée des yeux à gauche, contracture des deux bras et des membres inférieurs, insensibilité de la peau et conservation des mouvements réflexes.

A l'ophthalmoscope, les deux papilles sont rouges, gonflées, œdématiées; les veines nombreuses, dilatées avec caillots gênant la circulation, sont peu visibles; atrophie pointillée de la choroïde.

Elle meurt au bout de deux heures.

*A l'autopsie.* — Œdème de la pie-mère, caillots des *veines méningées et des sinus.* Tubercules nombreux le long des vaisseaux de la scissure de Sylvius à gauche; pas de suppuration dans cette scissure, ni à la base du cerveau, ni sur aucun point des méninges.

Au-dessous de ces tubercules, la troisième circonvolution pariétale ascendante est un peu ramollie, son tissu cortical est fortement injecté et la substance blanche pulpeuse jaunâtre très-claire est presque en déliquium, surtout au voisinage des veines et artères sylviennes. La lésion est assez étendue et occupe toute la partie postérieure et inférieure du lobe frontal.

D'autres tubercules de la pie-mère se voient sur plusieurs points de la convexité des hémisphères. Les parois ventriculaires sont ramollies, crémeuses, mais les corps opto-striés et le centre du cerveau n'offrent rien de particulier.

Les *poumons* et tous les viscères sont remplis de granulations tuberculeuses.

Dans cette observation de phthisie granuleuse ancienne, des convulsions subites générales avec déviation conjuguée des yeux à gauche, contracture des deux bras, amènent rapidement la mort.

A l'ophthalmoscope, on voit un gonflement œdémateux des papilles avec thromboses veineuses rétiniennes et atrophie pigmentaire de la choroïde qui révèlent ce qu'on trouvera dans le cerveau.

En effet, par l'autopsie on découvre l'œdème de la piemère correspondant à l'œdème de la papille, les thromboses veineuses rétiniennes correspondant aux thromboses des sinus, et l'atrophie pigmentaire de la choroïde annonçant la diathèse tuberculeuse, que l'on trouve ici dans les poumons et dans les méninges. Avec ces lésions existait un ramollissement de la troisième circonvolution pariétale ascendante dont le tissu était en bouillie.

---

## HOPITAL DU MIDI. — M. Horteloup.

### Des syphilides de la peau. — Traitement des formes ulcéreuses par les pulvérisations de calomel (1).

II

III. *Une troisième espèce de syphilides cutanées est la* SYPHILIDE ULCÉREUSE *dont il existe trois formes répondant à l'acné, à l'ecthyma, à l'impétigo.*

1° Les petites pustules acnéiques de cette syphilide appa-

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 mai.

raissent sur tout le corps, de préférence sur les parties dorsales; elles guérissent vite et sont peu importantes. Il n'en est pas de même des autres formes que nous allons décrire.

2° La forme ecthymateuse peut n'être que superficielle; alors elle apparaît assez tôt, vers le troisième ou le quatrième mois de l'infection; elle est caractérisée par des pustules qu'on rencontre ordinairement aux jambes, sur une surface rouge avec une tache noire au milieu. Elles sont assez communes dans le cuir chevelu pendant les premiers mois de la syphilis. Mais plus grave est la syphilide ecthymateuse profonde; elle apparaît, en général, vers la deuxième année de la syphilis. Si on l'observe plus tôt, c'est l'indice d'une syphilis grave. Elle est constituée par d'énormes pustules sur lesquelles il reste une croûte noirâtre formée par le pus et le sang desséché. Quand on détache la croûte, on trouve au-dessous une énorme plaie mesurant quelquefois plusieurs centimètres de largeur. Elle dure longtemps et récidive souvent par l'apparition sur le corps de deux ou trois boutons, à des intervalles plus ou moins éloignés. Sa cicatrice est profonde, déprimée, laissant des traces indélébiles.

Quelquefois on donne à cette syphilide le nom de *rupia*, qui pourrait bien disparaître du vocabulaire de la science. C'est à peu près la même lésion; on dit rupia quand il y a une bulle, et ecthyma quand c'est une pustule. Il est plus naturel de désigner la lésion par son caractère papulo-ulcéreux, sans continuer à donner le nom de rupia à une de ses formes spéciales.

3° La syphilide impétigineuse est caractérisée par l'aspect de la croûte, au lieu d'être limitée comme celle de l'ecthyma et incrustée dans l'ulcération comme un verre de montre; celle-ci ne repose pas seulement sur l'ulcération, mais elle s'étend aussi autour de la plaie, s'étalant sur les régions voisines. Enfin sa couleur est d'un jaune ocreux, tandis que celle de la croûte ecthymateuse est noirâtre.

Il y a une certaine importance à reconnaître ces deux dernières lésions, au point de vue du pronostic. Si ces formes, impétigo et ecthyma, arrivent vite, dans la première année, elles indiquent une infection sérieuse et redoutable. Il ne faut pas craindre alors d'ajouter au traitement spécial une médication tonique pour prévenir l'affaiblissement dont le malade est menacé dans l'avenir.

Ces trois espèces de syphilides, érythémateuse, papuleuse et ulcéreuse, sont les accidents que l'on observe généralement sur la peau. Je ne m'étendrai pas sur la description des autres formes; cependant, avant de terminer, je signalerai les syphilides maculeuses et pityriasiformes qui se rencontrent quelquefois. La forme maculeuse est rare, plus fréquente chez la femme que chez l'homme; elle consiste en un développement anomal de pigment; on dirait que le malade a le cou sale et crasseux; c'est le signe le plus caractéristique de son diagnostic. Cette forme a été décrite pour la première fois par M. Fournier.

*Traitement des syphilides de la peau.* — Il est évident qu'il faut d'abord instituer le traitement général anti-syphilitique. Ne nous arrêtons qu'au traitement local.

Pour les papules sèches, on obtient de bons résultats avec les bains au sublimé (10 grammes de sublimé et 100 grammes d'alcool dans un bain).

Le traitement est plus difficile pour les formes ulcéreuses. La première indication est de faire tomber les croûtes par l'application de cataplasmes Ensuite on a recours aux topiques. Dans la forme ecthymateuse, on a eu de bons effets avec l'emplâtre de Vigo. On se sert aussi de pommade au calomel.

Dans cet hôpital, nous employons les *fumigations de calomel* qui nous donnent des résultats splendides. J'ai été amené à mettre en pratique ce procédé, très-employé en Amérique et en Angleterre, par les conseils de M. H. Gueneau de Mussy qui l'avait vu employer à Londres. Nous l'avons prescrit à un malade que nous traitions ensemble; les effets ont été merveilleux. Depuis quatre ans, je traite tous mes malades par ces fumigations. On sait la difficulté que l'on éprouve ordinairement à faire accepter un nouveau mode de traitement dans les salles d'hôpital; ici, les résultats obtenus ont été tels qu'au bout de quinze jours tous les malades ne voulaient plus être traités autrement que par les fumigations au calomel.

On a employé depuis longtemps en France les fumigations mercurielles avec le cinabre, mais ce corps est irritant; le calomel, au contraire, ne donne ni maux d'estomac ni salivation, etc.

Voici comment nous faisons les fumigations au calomel: le malade nu est assis sur un banc de bois qui porte au milieu une ouverture ovale correspondant au périnée et à l'anus où se trouvent les syphilides ulcéreuses; on place au-dessous de cette ouverture un pulvérisateur très-simple que l'on chauffe avec une lampe à alcool.

Ce pulvérisateur se compose d'une petite cuvette disposée en large rigole circulaire qui reçoit l'eau bouillante; au centre est un espace vide, un trou sur lequel on place une petite cupule de porcelaine qui renferme le calomel (0g,75, puis 1 gramme, puis 2 grammes même si le malade les supporte bien). La chaleur de la lampe fait évaporer et l'eau et le calomel dont les vapeurs blanches s'élèvent et se déposent sur les parties du corps exposées sur l'ouverture ovale du banc.

Le malade est enveloppé dans une couverture et reste ainsi assis pendant une demi-heure à trois quarts d'heure. Lorsque la fumigation est terminée, on le porte au lit, toujours enveloppé dans sa couverture; il y reste pendant une heure, puis il est libre. On fait ces fumigations trois fois par semaine. La guérison est très-rapide. On peut la faciliter par un traitement tonique, par l'iodure de potassium, etc., si l'on pense qu'il soit indiqué.

On obtient de magnifiques résultats avec ces fumigations au calomel dans le traitement des syphilides *ulcéreuses;* il ne s'adresse pas du tout aux formes *sèches* de syphilides.

---

## CÉCITÉ HYSTÉRIQUE

AMÉLIORATION PAR LA MÉTALLOTHÉRAPIE ET LES APPLICATIONS D'AIMANTS, DISPARITION COMPLÈTE DES TROUBLES VISUELS SOUS L'INFLUENCE DE L'ÉLECTRICITÉ STATIQUE (1).

Par MM. DUJARDIN-BEAUMETZ et Ch. ABADIE.

II

Cette observation nous a paru présenter quelques particularités intéressantes et dignes de fixer l'attention. Tout d'abord, chez cette malade, la cécité était complète, absolue. Or nous ne connaissons pas d'exemple analogue, au moins publié dans ces derniers temps, et présentant le caractère de rigueur scientifique qu'on est en droit d'exiger aujourd'hui. D'ordinaire, l'amblyopie hystérique, qui est

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 mai 1879.

loin d'être rare, ne frappe qu'un seul œil; en outre, dans cette forme d'amblyopie rarement complète l'acuité visuelle ne s'abaisse guère au-dessous de 1/10. Le champ visuel se rétrécit et la perception des couleurs devient défectueuse, mais le malade reste en état de distinguer les objets, la perception lumineuse qualitative et quantitative ne disparaît pas entièrement.

En second lieu, d'habitude, l'amblyopie est unilatérale et marche de pair avec l'hémianesthésie du même côté; elle est sujette au phénomène du transfert se déblayant et se transportant d'un œil à l'autre sous l'influence de divers agents; c'est même là, ainsi que l'ont fait remarquer MM. Proust et Debove, le caractère fondamental de l'amblyopie hystérique. Car, lorsque l'amblyopie avec hémianesthésie est sous la dépendance d'une autre cause, dans l'intoxication saturnine par exemple (1), dans l'alcoolisme, l'amblyopie, tout en gardant la même apparence que dans l'hystérie, en diffère par l'absence du phénomène de transfert; l'amblyopie disparaît sur l'œil affecté, mais sans se transporter du côté opposé.

D'autres considérations se présentent encore à l'esprit à propos de cette malade. Il est évidemment probable que ce cas n'est pas unique, que d'autres cas analogues se sont déjà présentés, mais qui ont été méconnus ou ont donné lieu à des interprétations erronées. C'est ainsi qu'on trouve décrites dans tous les ouvrages classiques d'ophthalmologie, sous le titre d'ischémie rétinienne, des observations qui présentent avec la nôtre la plus grande analogie. Il s'agit toujours de malades brusquement frappés de cécité complète et chez lesquels l'examen ophthalmoscopique ne révèle aucune lésion, sauf peut-être un amincissement du calibre des artères. En pareille circonstance, dans le but de diminuer la tension intra-oculaire et par suite de favoriser la circulation dans le système artériel de la papille, on a pratiqué quelquefois une double iridectomie; quelques succès ont été même enregistrés après cette opération. Eh bien! peut-être que ces prétendus cas d'ischémie rétinienne n'étaient autre chose que des cécités hystériques, et la guérison obtenue par le traitement n'infirme en rien cette manière de voir. Car nous sommes convaincus que ces formes d'amblyopie, alors même qu'elles sont poussées à l'extrême comme chez notre malade, sont susceptibles de disparaître sous les influences les plus diverses, telles que l'émotion provoquée par l'opération, la section de quelques filets nerveux, etc.; donc, quand on se trouvera en présence de cas analogues, il y aura lieu, avant de faire appel aux ressources de la chirurgie, d'explorer avec soin la sensibilité cutanée et de rechercher par une investigation des plus minutieuses s'il n'existe pas quelque indice révélateur de l'hystérie.

Nous ferons remarquer que chez notre malade nous avons assisté pour ainsi dire à l'éclosion des accidents hystériques. Ils sont survenus tout à coup sans cause occasionnelle appréciable au milieu d'une santé parfaite, sans qu'on puisse invoquer l'influence d'une émotion morale quelconque. D'emblée, ces manifestations ont été graves, puisqu'elles se sont traduites par une anesthésie générale portant sur les organes sensoriels et sur toute la surface cutanée. Puis, sous l'influence du traitement, elles se sont transformées plutôt qu'elles n'ont disparu, la sensibilité et la vision sont revenues, mais nous avons vu apparaître un gonflement de la région épigastrique, de la léthargie, et actuellement encore il reste une certaine paresse cérébrale; qui sait si par la suite il ne reviendra pas de crises convulsives, etc.? Il sera certainement du plus haut intérêt de suivre chez cette malade l'évolution de la diathèse hystérique: c'est ce que nous nous proposons de faire.

Nous insisterons aussi en terminant sur l'action remarquable de l'électricité statique qui a amené une guérison rapide et complète des accidents oculaires, alors que les autres moyens de traitement n'avaient procuré que de l'amélioration. Il faut donc rapprocher ce cas de ceux récemment publiés par Vigouroux, Eberfeld, de malades chez lesquelles la métallothérapie, les applications d'aimants provoquaient dés phénomènes de transfert, supprimaient l'anesthésie ou la contracture d'un côté, mais pour la transporter du côté opposé, ne produisant donc qu'un déplacement des phénomènes morbides et non leur disparition. Aussi on pouvait reprocher à ces diverses méthodes de traitement de modifier sans guérir, tandis que l'électricité statique paraît devoir donner des succès durables.

(1) Note sur l'hémiplégie saturnine et son traitement par l'application d'un aimant. Debove, *Progrès médical*, 8 février 1879.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mai 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet: 1° le compte-rendu des maladies épidémiques observées en 1878 dans les départements des Vosges, du Gard, de l'Ain, de l'Aveyron, de la Manche, de la Haute-Loire, de la Drôme, de l'Ariège; 2° les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux de Guagno (Corse), d'Aix-les-Bains, de Brides et de Salins, de Capvern, de Bagnols (Lozère).

MM. Ernest Besnier, Brouardel, Gallard, Léon Colin se portent candidats dans la section d'hygiène et de médecine légale.

### PRÉSENTATIONS

M. DEVILLIERS présente, de la part de M. Gallard: 1° le compte-rendu officiel du dernier congrès de médecine légale et d'hygiène; 2° le deuxième fascicule du tome cinquième des bulletins de la Société de médecine légale.

M. ROCHARD présente, de la part de M. Bérenger-Féraud, un volume intitulé: *les Peuplades de la Sénégambie.*

M. LASÈGUE présente: 1° la nouvelle édition du *Traité d'auscultation de Laënnec*; 2° de la part du docteur Boucomont, un opuscule intitulé: *les Eaux minérales d'Auvergne.*

M. BOULEY est chargé par la Société de médecine publique et d'hygiène de présenter le premier volume de ses bulletins.

M. DEPAUL présente, de la part de M. le docteur Riembault (de Saint-Étienne), un travail sur *les Dépôts charbonneux dans les poumons des houilleurs.* (Comm. Bouillaud, Parrot, Delpech.)

M. GUENEAU DE MUSSY présente en son nom deux observations d'hémiglossite.

### PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

**L'appareil dit respirol.** — M. POGGIALE présente, au nom de M. J. Léard, pharmacien, un appareil dit *respirol.*

Cet appareil a pour but de faire respirer un air pur dans tout milieu ne contenant pas d'air respirable et offrant des dangers d'asphyxie, ou dont l'air est vicié par des émanations délétères ou chargé de poussières nuisibles à la santé.

En isolant la personne qui en est munie du milieu où elle se trouve, et en la maintenant en communication avec un air respirable, cet appareil est destiné à rendre les plus grands services dans les laboratoires de chimie, dans les mines, dans les égouts, dans les puits perdus, dans les cales de navires, les fosses d'aisances, les soutes à charbons et un grand nombre d'usines, et, en cas d'incendie, dans les locaux envahis par la fumée.

Le respirol, par sa construction, par son application sur la tête, par la disposition de ses soupapes et celle de ses conduites d'air, et enfin par son peu de pesanteur, permet à la personne qui en est munie de se diriger et de se mouvoir librement, de respirer par le nez, de pouvoir ouvrir la bouche à volonté, et de ne prendre que juste la quantité d'air qui lui est nécessaire pour la respiration.

Il laisse ainsi la facilité de se livrer sans danger aux travaux de sa profession, et de porter secours en cas d'incendie ou d'asphyxie.

Le respirol se compose de deux parties: le masque ou capuchon, et le respirol proprement dit.

La figure ci-jointe montre l'appareil ajusté sur une personne.

Le masque C ou capuchon en caoutchouc, toile ou tissu imper-

méable, se fixe sur la tête au moyen de lanières K, J, J, de même matière, convenablement disposées et réunies pour que l'adhérence avec la tête soit aussi parfaite que possible.

Le masque C laisse par sa forme, entre la figure et lui, un espace libre qui se remplit d'air et dans lequel la personne prend par le nez et la bouche la quantité d'air nécessaire pour entretenir la respiration.

Deux petites glaces ou oculaires D permettent de se diriger et de travailler.

Au-dessous et vis-à-vis de la bouche est l'appareil respiratoire proprement dit, ou respirol A, B, à soupapes inspiratrices et expiratrices.

Cet appareil respiratoire se compose d'un cylindre mis en communication avec l'intérieur du masque par une tubulure. Ce cylindre renferme quatre soupapes : deux latérales qui laissent passer




l'air inspiré venant de la conduite bifurquée 3, 4; deux verticales, dans les enveloppes métalliques 1, 2, qui laissent échapper l'air expiré, ainsi que l'excédant d'air qui peut exister dans l'espace situé entre le masque et la figure.

Les soupapes sont en caoutchouc; elles ont la forme d'un doigt de gant, et sont fendues en deux ou en quatre à leur extrémité.

Leur disposition est telle qu'elles s'ouvrent et se ferment alternativement en temps opportun. Les enveloppes métalliques 1, 2, qui protègent les soupapes servant à l'expiration, sont perforées.

La conduite d'air G est fixée par un anneau F à des bretelles I assujetties à une ceinture H; elle se bifurque en deux conduits 3, 4, qui passent de chaque côté de la tête et se raccordent avec l'appareil respiratoire A.

Les bretelles peuvent servir à monter ou à descendre le travailleur suivant le cas.

La crépine E, qui termine le tube conducteur de l'air, est percée de petits trous et garnie de coton pour tamiser l'air.

Dans les laboratoires et usines où les dégagements délétères sont plus légers que l'air, ou bien lorsque l'air n'est vicié que par des poussières toxiques, on peut prendre l'air directement dans la pièce où l'on travaille, au moyen de la crépine qui est placée derrière soi au niveau du sol, comme le montre la figure ci-jointe.

Le *respirol* peut fonctionner sans pompe ou avec toutes espèces de pompes à air lorsque la distance en exige l'emploi. L'appareil peut enfin être employé avec un réservoir d'air placé sur le dos, avec un tube n'excédant pas 25 mètres de longueur et d'un diamètre de 3 centimètres d'ouverture. L'appareil fonctionne sans avoir recours à l'emploi de la pompe.

— M. PASTEUR, à l'occasion du procès-verbal, présente quelques observations sur le *grease* de Jenner, dont il a parlé dans la dernière séance d'une manière occasionnelle, comme provoquant des manifestations morbides beaucoup plus intenses en général que le cow-pox transmis de la vache aux hommes. A l'appui de ce qu'il a dit, il rapporte le texte de quelques-unes des observations de Jenner. Ce sont peut-être, dit-il, les seuls faits que l'on connaisse où il y ait eu passage direct du grease à l'homme, et dans tous il y a eu une intensité du mal accidentel ou inoculé bien plus accentuée que dans la vaccine, qui n'offre de symptômes sévères qu'à titre exceptionnel.

COMMUNICATION

**Tuberculose inoculée.** — M. COLIN, pensant qu'un tubercule introduit dans l'économie pouvait se développer et se multiplier comme un élément anatomique non déplacé, a, dans ces derniers temps, fait des expériences dans ce sens. Il y a quatre mois, ayant trouvé un lapin atteint de tuberculose intestinale, il a inoculé deux autres lapins avec une très-petite quantité de ces tubercules. Huit jours après, chez ces deux animaux, se sont formées des élevures au niveau des piqûres, élevures qui n'ont pas tardé à s'ulcérer. En même temps ces deux lapins ont commencé à maigrir. L'un d'eux a été tué au commencement de la huitième semaine; il portait des bubons tuberculeux, et l'on trouva des tubercules dans les reins, dans le foie, dans les poumons, les uns à l'état de granulations, les autres arrivés déjà à l'état caséeux. Une très-faible quantité de tubercules introduite dans l'économie avait donc produit, chez cet animal, une tuberculisation très-intense.

Le second lapin a été conservé tant qu'il a vécu; il était pesé toutes les semaines et perdait chaque fois une partie considérable de son poids, au point qu'il était tombé dans un véritable marasme. Il a fini par succomber. A l'autopsie, M. Colin a trouvé des lésions remarquables; il y avait d'abord des bubons tuberculeux; tous les viscères, sauf le foie, étaient infiltrés de tubercules; ceux-ci étaient disséminés dans les poumons, la plupart à l'état caséeux; il n'y avait pas de communications ouvertes avec les bronches. On trouva également des plaques tuberculeuses dans les membranes séreuses (plèvre, péritoine), dans toutes les séreuses des articulations, dans les synoviales tendineuses elles-mêmes. Il y en avait aussi dans les méninges; l'arachnoïde était parsemée de plaques correspondant à des tubercules des os du crâne. Enfin les os et les muscles étaient aussi tuberculeux.

LECTURE

**Dédoublement des opérations cérébrales.** — M. LUYS donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Études sur le dédoublement des opérations cérébrales et sur le rôle de l'activité isolée de chaque hémisphère dans les phénomènes de la pathologie mentale.*

Ce travail contient trois ordres de documents anatomiques, physiologiques et pathologiques. Toute la partie de ce mémoire dont il a été donné lecture dans cette séance comprend les documents anatomiques et les documents physiologiques de la question. Voici le résumé de cette première partie de la lecture de M. Luys :

1° Dans les conditions normales du fonctionnement du cerveau, les hémisphères sont doués d'une certaine autonomie.

2° L'hémisphère gauche, plus hâtif dans son développement, est aussi celui qui présente le plus de masse. En général il surpasse son congénère de 5 à 6 grammes, normalement, en poids.

3° Si les lobes cérébraux, au point de vue de certaines opérations psychiques d'ensemble, agissent d'une façon synergique, il existe par contre un certain nombre de circonstances dans lesquelles cette synergie cesse d'exister. Ainsi, dans l'action d'articuler des sons et de tracer de la main droite des caractères graphiques dans le langage oral ou dans le langage écrit, c'est l'hémisphère gauche seul qui entre en action.

4° Dans l'action de jouer des instruments de musique et du piano en particulier, la culture crée des conditions artificielles de l'activité cérébrale en vertu desquelles chaque lobe agit isolément, d'une façon indépendante de son congénère, non-seulement au point de vue des phénomènes psychomoteurs, mais encore au point de vue des opérations mentales, pour lire la musique, assembler des souvenirs, accomplir des opérations de jugement et ordonner des actes moteurs coordonnés.

5° Dans le domaine de la pathologie mentale ces aptitudes naturelles à l'activité autonomique de chaque lobe cérébral sont susceptibles de se révéler avec un grand caractère d'énergie.

Chez les aliénés l'écart en poids entre la masse des lobes cérébraux est beaucoup plus grand que normalement. La déséquilibration entre chacun d'eux est beaucoup plus accentuée. C'est le lobe droit qui, dans ces cas, absorbe à lui seul l'activité trophique. L'écart, au lieu d'être de 7 grammes, s'élève quelquefois jusqu'à 25 à 30 grammes (sans lésion destructive).

### PRÉSENTATION

**Nouveau mode de préparation du cerveau humain.** — M. LE DOCTEUR ARMAND PAULIER, ancien interne des hôpitaux, présente des fragments de *cerveau humain* préparés d'après une nouvelle méthode.

Son procédé permet :

1° D'obtenir ensemble l'arachnoïde et la pie-mère cérébrale avec le prolongement que cette dernière envoie dans l'intervalle des circonvolutions ;

2° De montrer la distribution de la substance blanche dans les circonvolutions et son épanouissement en éventail jusque dans les couches superficielles de l'écorce grise ;

3° De diviser cette substance blanche en couches plus ou moins épaisses qui peuvent elles-mêmes se subdiviser en un nombre infini de lamelles ;

4° D'étudier les différents modes de stratification de ces lamelles, leur enroulement autour des circonvolutions, et les dispositions extrêmement variées qu'elles peuvent présenter suivant les régions ;

5° De rendre très-visible la bande blanche décrite par Vicq d'Azyr dans l'épaisseur de l'écorce grise et de montrer que cette disposition n'existe qu'au niveau de la partie postérieure de la grande fente cérébrale, dans les circonvolutions que sépare la faux du cervelet ;

6° D'enlever toute l'écorce grise du cerveau de manière à ne conserver que la substance blanche, et d'étudier dans son ensemble, sur un hémisphère entier ainsi préparé, la masse blanche centrale avec ses prolongements dans les circonvolutions ;

7° De constater que la couche la plus superficielle de l'enveloppe grise du cervelet peut s'enlever facilement dans toute son étendue, sans entamer les couches sous-jacentes, comme s'il n'y avait entre ces deux couches qu'une simple superposition ; qu'elle peut s'enlever également dans l'intervalle des feuillets de l'arbre de vie, en laissant entre eux des sillons plus ou moins profonds ;

8° D'étudier dans ses détails le faisceau des fibres convergentes postérieures, décrit par M. Luys, dans l'épaisseur du lobe occipital.

Le travail de M. Paulier est renvoyé à l'examen d'une Commission.

La séance est levée à près de cinq heures.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 mai 1879, M. Van Tieghem (de l'Institut) a été nommé professeur titulaire de la chaire de botanique (organographie et physiologie végétale), vacante au Muséum d'histoire naturelle, par suite du décès de M. Adolphe Brongniart.

— Par arrêté ministériel, en date du 10 mai 1879, la chaire de matière médicale et thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les limites de consignations pour les examens de doctorat et pour les thèses sont fixées de la manière suivante :

Pour le troisième examen de doctorat, 15 juin.
Pour le quatrième examen de doctorat, 30 juin.
Pour le cinquième examen de doctorat, 15 juillet.
Pour les thèses, 31 juillet.
Passé ces dates, aucune consignation ne sera admise.

— M. le professeur Chatin (de l'Institut), fera sa prochaine herborisation le dimanche 18 mai dans les environs de Gentilly. Rendez-vous à la porte d'Orléans à dix heures et demie du matin.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera dimanche prochain, 18 mai 1879, une excursion géologique publique à Ezanville, Moisselles, Domont et Montmorency. Rendez-vous à la gare du Nord, où l'on prendra à huit heures du matin le train pour Villiers-le-Bel.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Anatomie descriptive et dissection,** contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 3e édition, revue et augmentée, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12, avec 1,227 figures intercalées dans le texte.— Prix : 30 francs.— Paris, V. Delahaye et Ce.

**Fragments d'études pathologiques et cliniques,** par le docteur Ch. SCHUTZENBERGER, professeur de clinique à l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg. 1 vol. gr. in-8° de 750 pages et 15 planches coloriées. — Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson.

**Manuel de la Garde-malade et de l'Infirmière,** publié sous la direction du docteur BOURNEVILLE. Ouvrage formant 3 volumes in-16. — Premier volume : *Anatomie et physiologie*, 180 pages, 8 gravures. Prix : 2 francs. — Deuxième volume : *Pansements*, 316 pages, 60 gravures. Prix : 3 fr. 50. — Troisième volume : *Administration des médicaments,* 160 pages. Prix : 2 francs. — Paris, bureaux du *Progrès médical,* 6, rue des Écoles.

**Leçons de clinique thérapeutique,** professées à l'hôpital Saint-Antoine par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, recueillies par le docteur Eugène CHARPENTIER-MÉRICOURT ; revues par l'auteur. — Deuxième fascicule : *Traitement des maladies de l'estomac.* 1 vol. in-8° de 300 pages avec une planche en chromo-lithographie. — Prix : 7 francs. — Le premier fascicule, contenant les maladies du cœur, forme 240 pages et coûte 5 francs. — Paris, Octave Doin.

**Recherches sur l'anatomie générale comparée et la signification morphologique des glandes de la muqueuse intestinale et gastrique des animaux vertébrés,** par le docteur GAREL. In-8° avec 5 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**Recueil de questions** posées aux cinq examens de médecine et aux accouchements. 18 vol. — Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Derniers perfectionnements apportés à l'uréthrotomie interne pour la cure radicale et instantanée des rétrécissements de l'urèthre,** par le docteur MAISONNEUVE. In-8° avec figures. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**Du traitement des fièvres intermittentes telluriques par la quinoïdine,** par le docteur Ed. BURDEL (de Vierzon). — Prix : 1 franc. — Paris, G. Masson.

**Les musées cantonaux,** par M. Georges WICKHAM, officier d'Académie. Broch. in-12. — Prix : 1 franc. — Paris, librairie de l'Écho de la Sorbonne, 54, rue des Écoles.

**Quelques considérations sur les déviations menstruelles,** In-8° de 24 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, F. Savy.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8225.

N° 57. — SAMEDI 17 MAI 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 17 MAI 1879. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Paralysie générale syphilitique.

Dans l'une de ses dernières conférences cliniques, à propos d'un malade du service présentant tous les symptômes d'une paralysie générale consécutivement à des accidents tertiaires de la syphilis, M. Lasègue a entretenu son auditoire de plusieurs faits analogues. Entre autres, il a rapporté l'histoire d'un homme dans la force de l'âge qui, au milieu de toutes les apparences d'une pleine santé, fut pris un jour de perte subite de connaissance, suivie à de courts intervalles de plusieurs accès vertigineux survenant avec le caractère de soudaineté de l'épilepsie, puis de troubles intellectuels et de troubles moteurs, idées délirantes ambitieuses, embarras de la parole, se manifestant pendant un de ces voyages que l'on conseille si banalement et souvent si inopportunément dans les cas de ce genre. Entré dès lors en plein dans la paralysie générale, il avait été admis dans une maison de santé, où il était depuis quelque temps en observation, lorsque, à l'occasion d'un nouvel ictus cérébral, semblable à celui qui avait marqué le début de la maladie, on s'aperçut qu'il présentait sur diverses parties du corps des traces manifestes d'une ancienne syphilis. Les renseignements pris sur les antécédents ayant confirmé le diagnostic, le malade fut mis au traitement anti-syphilitique. Depuis lors, non-seulement il ne s'est plus produit aucun accident cérébral nouveau, mais tous les symptômes de la paralysie générale ont graduellement cessé, et cet homme est revenu à la santé.

Bien que ce ne fût pas le premier fait de ce genre qui venait à notre connaissance, il n'en a pas moins assez vivement excité notre intérêt pour nous inspirer immédiatement l'idée de rechercher quelques-uns des faits semblables qui ont été récemment consignés dans les recueils spéciaux. Sans remonter jusqu'au remarquable mémoire de M. Yvaren et aux ouvrages de MM. Gros et Lancereaux et de M. Zambaco, auxquels on a fait depuis de nombreux emprunts et qui marquent en quelque sorte le premier stade de l'étude sérieuse de cette question, on trouve dans plusieurs publications allemandes, et en particulier dans *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, des documents très-intéressants sur la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale. On y voit même un corps de doctrine complet sur la folie syphilitique, avec distinction de trois formes au point de vue anatomo-pathologique : la forme irritative, la forme inflammatoire simple et la forme néoplasmatique, etc. Mais, pour rester dans la question plus restreinte et plus actuelle des rapports de la syphilis avec la forme spéciale d'aliénation mentale désignée généralement sous le nom de paralysie générale, c'est dans les derniers fascicules des *Annales médico-psychologiques* que nous allons trouver quelques exemples typiques. En voici deux notamment qui, bien que datant déjà l'un et l'autre de quelques années, figurent dans les archives cliniques du fascicule de mars des *Annales*.

### Observations de syphilis cérébrale avec symptômes de paralysie générale.

Le premier de ces faits a trait à un homme de trente-six ans qui, en 1864 et 1865, a contracté un chancre suivi des accidents habituels de la syphilis constitutionnelle, angine tenace et stomatite. En mai 1875, la santé commence à se déranger. Il éprouve d'abord de l'insomnie, bientôt des hallucinations auditives, puis sa mémoire diminue; il tombe dans l'impuissance; enfin, son caractère s'altère sensiblement, il devient irascible et fantasque. A cette époque, il consulte M. Potain, qui le considère comme atteint d'un début de paralysie générale et lui prescrit l'iodure de potassium.

Deux semaines plus tard, M. Rendu voit ce malade dont l'excitation cérébrale avait diminué et avait fait place à un état d'hébétude. La parole était de plus en plus embarrassée, la pupille gauche très-dilatée; l'insomnie avait fait place à de la somnolence, le malade se plaignait d'avoir la tête lourde et de souffrir de la région frontale. En l'examinant attentivement, M. Rendu fut frappé d'une espèce de jetage nasal très-abondant, de sécrétions épaisses, puriformes, fétides, striées de sang, avec ulcération des fosses nasales, qui avait été précédé de quelques vomissements. Malgré l'usage de frictions mercurielles, l'état du malade continua à s'aggraver; la céphalée était peut-être moindre, mais le malade était devenu tout à fait aliéné. Il avait des accès de fureur maniaque sans motif, alternant avec un état de torpeur absolue, rêves agités et hallucinations; il était devenu gâteux et refusait obstinément toute nourriture; sa pupille

gauche était dilatée, tremblotante; il présentait en un mot l'aspect d'un paralytique général arrivé à une période avancée de la maladie.

Après une quinzaine de jours d'usage des frictions mercurielles auxquelles on ajouta une petite dose de bromure de potassium, une détente commença à survenir, et à dater de ce moment le malade entra en convalescence. M. Rendu, qui le suit depuis quatre ans, a assisté à la disparition graduelle de tous les accidents. Ce sujet est aujourd'hui complètement guéri et jouit de la plénitude de sa raison.

Le deuxième malade entre à l'hôpital Beaujon dans l'état suivant: caractère triste, hypocondrie, impossibilité de s'occuper d'aucun travail intellectuel, troubles de la vue, brouillard habituel, tremblement de la langue et des lèvres, inégalité des pupilles, céphalée persistante, titubation à la manière d'un paraplégique pendant la marche; anesthésie incomplète, diffuse, etc. Il raconte que depuis deux ans il a été soigné en Allemagne pour une affection mentale et qu'il a été soumis à l'usage des eaux de Kissingen et à l'hydrothérapie avec une amélioration passagère. Depuis quelques mois il est retombé dans un état pire; son intelligence et sa mémoire ont baissé, il balbutie et bégaye comme les sujets atteints de paralysie générale. Aucune trace, d'ailleurs, de délire ambitieux. Ce qui domine chez lui, c'est une dépression excessive avec mélancolie. M. Gubler admet l'existence de lésions d'encéphalopathie et de sclérose médullaire diffuse, en un mot une paralysie générale progressive à forme cérébro-spinale, différant du type classique par l'absence des idées délirantes et d'excitation cérébrale et surtout par la cause. Ce malade avait eu, en effet, seize ans auparavant, une syphilis dont il portait encore les traces (cicatrices de syphilides ulcéreuses). Sous l'influence d'un traitement anti-syphilitique mixte joint à l'hydrothérapie, la parésie disparut en moins d'un mois, les forces revinrent ainsi que la liberté de la parole et la netteté de l'intelligence.

Enfin, dans l'une des leçons cliniques sur la syphilis des centres nerveux faites à l'hôpital Saint-Louis et qui viennent d'être publiées récemment sous le titre de la *Syphilis du cerveau*, M. A. Fournier rapporte le fait suivant:

Un homme d'une quarantaine d'années, syphilitique depuis neuf ou dix ans, commença par éprouver de violents accès d'épilepsie convulsive en même temps que des exostoses multiples se manifestaient sur le frontal et les os voisins. Un médecin prescrivit l'iodure de potassium, les accidents furent aussitôt réprimés. Le malade ayant prématurément abandonné la médication spécifique, de nouveaux phénomènes firent invasion, portant surtout sur les facultés intellectuelles. Appelé au bout de quelques mois à examiner le malade, M. Fournier le trouva dans l'état suivant:

État d'excitation incohérente et d'hébétude tout à la fois. Interrogé sur sa santé, il répond à peine quelques mots évasifs, puis se livre à des récits qui n'avaient aucun trait à la situation. La parole était libre et claire, mais brève, saccadée, heurtée, entrecoupée de temps à autre d'hésitations, de balbutiements, d'arrêts sur un mot ou sur une syllabe; attitude étrange: le malade, dominé par un besoin irrésistible de mouvement, change de place à toute minute. On apprend par divers renseignements que l'intelligence s'est notablement altérée, obscurcie, abaissée depuis quelques mois. Comme dans la paralysie générale, le début de l'affection a été particulièrement signalé par des troubles moraux: changement de caractère, d'humeur, d'habitude, apathie alternant avec des instants de suractivité intellectuelle et physique, indifférence à toutes choses. La volonté est affaissée à l'égal de l'intelligence, docilité enfantine habituelle faisant place par moment à des accès d'irritabilité excessive, à des emportements de colère et de violence sans raison. Malgré un extrême désordre de paroles et d'actions, pas de délire à proprement parler, point d'idées ambitieuses.

Ce malade avait éprouvé, en outre, dans ces derniers temps, trois crises maniaques de courte durée. A la suite de chacune de ces crises, il était resté au lit pendant plusieurs jours, sans articuler un seul mot et sans prendre la moindre nourriture.

En analysant avec soin la motilité, voici ce que l'on constate: pas de symptôme paralytique proprement dit, mais certains troubles spéciaux, maladresse des mains, trépidation musculaire des bras dans la situation horizontale, oscillations d'équilibre des jambes, marche par saccades et faux pas. Enfin, accès fréquents de lourdeur de tête, plutôt que véritable céphalalgie, vertiges passagers, affaiblissement marqué de la vue, extinction presque complète des désirs vénériens et de la puissance virile. Du reste, santé générale bonne, intégrité des principales fonctions, sauf un peu d'amaigrissement dans les derniers temps et un appétit vorace par instants.

Nous en étions là de nos recherches, en présence, comme on le voit, de faits dans lesquels la coexistence d'une affection syphilitique certaine avec des phénomènes ayant une grande ressemblance avec la paralysie générale et l'efficacité plus ou moins manifeste de la médication anti-syphilitique ne laissent pas de doute sur la connexité étroite entre les deux ordres de phénomènes, mais sans qu'aucun d'eux renfermât la preuve anatomique qu'il s'agissait bien là effectivement de lésions cérébrales syphilitiques, lorsque, assistant à une séance de la Société médico-psychologique, nous y avons entendu une communication extrêmement intéressante de M. Ach. Foville, qui donne comme la contre-partie de ces faits, en nous montrant un exemple de paralysie générale des plus complètes dont l'origine syphilitique, méconnue pendant la vie, n'a été révélée que par l'autopsie.

Nous publierons ce fait et nous terminerons notre étude sur la paralysie générale syphilitique dans notre prochaine *Revue*.

Dr Brochin.

## REVUE DE LA PRESSE

**De la thérapeutique des anomalies de l'appareil dentaire**, par le docteur J. Moreau-Marmont. — Les anomalies de l'appareil dentaire, dont M. Moreau s'est proposé l'étude dans ce travail, appartiennent à une division particulière de ce vaste sujet: *les anomalies de déviation*. Elles comprennent des difformités qui sont les plus fréquentes de toutes, et qui ont pour conséquences des troubles dans les fonctions de la mastication, de la phonation, dans l'harmonie et la régularité du visage. C'est à leur traitement rationnel que l'auteur a consacré des considérations, appuyées sur un ensemble de neuf observations. Il établit d'abord que, le plus souvent, cette variété de déviation a pour cause un vice de conformation préalable, l'*atrésie du maxillaire*, d'où résulte le manque d'emplacement suffisant au classement de toutes les dents.

La première indication qui découle de là est qu'avant toute tentative de redressement il est nécessaire de préparer la place de la dent déviée, et cela au moyen de certains sacrifices de dents placées sur les côtés de l'arcade dentaire. C'est le premier temps du

traitement. Les deux autres temps comprennent : la réduction de la dent déviée et le maintien de la dent réduite dans sa position normale. Ces divers résultats sont obtenus au moyen de deux sortes d'appareils : le plan incliné dans quelques cas de *rétroversion*, et surtout les appareils à pression constante, dont la configuration varie suivant les cas.

En ce qui concerne l'anomalie dite *rotation sur l'axe*, l'auteur préfère l'application de ces appareils au moyen proposé par M. Magitot, et qui consiste dans la luxation brusque de la dent et son redressement immédiat. Les complications de cette opération et ses accidents possibles sont-ils moindres que les inconvénients qui résultent de l'emploi d'un appareil gênant pendant un espace de temps qui peut atteindre deux années ? Nous ne le pensons point ; on ne saurait, d'ailleurs, s'effrayer d'une opération aussi simple, au moment même où l'on voit pratiquer avec succès les greffes les plus diverses : greffes de dents malades, échange de dents de forme différente, etc.

Le travail de M. Moreau est accompagné de vingt-six figures explicatives, qui ajoutent une grande clarté à l'intelligence du texte. (*Arch. génér. de méd.*)

**Fracture spontanée de la mâchoire inférieure.** — Le docteur Catel (de Saint-Dizier) publie l'observation d'une femme atteinte depuis plusieurs années d'accidents hystériques, qui fut prise, pendant la nuit, d'un spasme de la mâchoire inférieure se traduisant par des grincements de dents exagérés et assez violents pour effrayer son mari, qui n'en avait jamais entendu de semblables. Cette crise violente s'est renouvelée plusieurs fois pendant la nuit, et, le matin, les dents de devant de la mâchoire inférieure étaient devenues très-mobiles. Les quatre incisives tombèrent quinze jours après, puis la canine gauche, et les deux premières molaires, avec lesquelles sortait une notable portion du bord alvéolaire, complètement privé de périoste : c'était un véritable séquestre, détaché par la suppuration, après avoir été, un mois auparavant, brisé par les contractions spasmodiques de la mâchoire inférieure.

On ne peut invoquer à cette fracture du maxillaire inférieur aucune cause externe : elle semble avoir été produite uniquement par les efforts musculaires. (*Un. méd.*)

**Hernies étranglées. — Réduction par l'appareil d'Esmarch.** — M. Denis-Dumont (de Caen) publie dans l'*Année médicale du Calvados* deux observations, l'une de hernie inguinale, l'autre de hernie crurale, où la réduction a été obtenue au moyen de la bande élastique et avec une facilité remarquable (une et deux heures d'application de la bande).

Rappelons à nos lecteurs une intéressante leçon de M. Trélat sur ce sujet, publiée par la *Gazette des hôpitaux*, 1878, page 769.

**Empoisonnement par les graines de ricin.** — M. Lugeol appelle l'attention sur les cas d'empoisonnement par les graines de ricin. Ces graines ont, paraît-il, un goût agréable. Une femme prit, à trois heures de l'après-midi, six graines de ricin. Au milieu de la nuit, elle fut réveillée par des vomissements et des coliques atroces, accompagnées de diarrhée cholériforme. Les symptômes étaient exactement ceux d'une attaque de choléra sporadique : yeux excavés, pouls misérable, peau algide, crampes musculaires extrêmement douloureuses. On s'efforça de réchauffer la malade, et on lui administra de l'alcool et de l'acétate d'ammoniaque : cette femme guérit. (*Bord. méd.*)

**Précocité extraordinaire d'une fille de huit ans. Grossesse ; môle hydatique.** — Le *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique* contient un très-intéressant rapport du docteur Lefèvre sur un cas de précocité extraordinaire observé par le docteur Molitor à Oberpallen. Il s'agit d'une petite fille de huit ans et demi qui était pubère à quatre ans et enceinte à huit ans et quelques mois. A ce propos M. Lefèvre passe en revue les cas d'éruption menstruelle et de puberté précoce, et rappelle certaines légendes, par exemple celle de Kadisja, épouse de Mahomet à cinq ans.

Puis il cite, parmi les faits authentiques, un cas de menstruation à trois ans, un cas à neuf mois, un cas à un an.

On pourrait en rencontrer nombre d'autres, mais cela ne dirait pas à quel âge ces filles pouvaient concevoir et quelle est la limite inférieure de l'imprégnation.

Mandelshof raconte avoir vu aux Indes une fille mariée à trois ans, qui fut mère à cinq. Bien que le climat soit de ceux qui hâtent tous les développements, cette observation est difficile à admettre ; mais on connait, même dans nos climats, quelques cas de grossesse à huit, neuf et dix ans. Cas de Jaubert (de Montpellier) : enfant dans la neuvième année ; cas de Symes, à Boston : fille de dix ans ; cas de Carus : fille menstruée à deux ans, enceinte à huit ans.

Malgré cela, l'observation de la petite fille d'Arlon est curieuse, d'autant plus que le docteur Molitor l'a suivie depuis sa naissance.

L'enfant naquit le 27 octobre 1868, à Oberpallen. Elle était vigoureusement constituée et le pubis était couvert de poils courts. A quatre ans, elle devint réglée, et vers la huitième année le flux menstruel coulait régulièrement. A huit ans, elle était vigoureuse : taille 1 mètre 33 centimètres, chevelure longue, deuxième dentition presque achevée. Elle a le regard hardi, les seins sont bien développés et les parties génitales sont garnies de poils bien fournis. On apprit plus tard qu'à huit ans elle avait eu déjà de fréquents rapports sexuels avec un homme de trente-deux ans.

M. Molitor la vit à cet âge parce qu'elle se plaignait de nausées, vomissements et un peu d'ictère.

Pendant une quinzaine de jours, il eut des hésitations au sujet de son mal, lorsqu'il apprit que cette petite fille avait été violée par son cousin. Depuis trois mois ses règles étaient disparues. Elle perdit du sang pendant deux mois et demi, puis accoucha d'une môle hydatique accompagnée d'un embryon. Depuis, cette enfant se rétablit complètement. (*Journ. de méd. et de chir.*)

**La coupe de ciguë.** — Après avoir mis en parallèle la symptomatologie bien connue de l'empoisonnement par les diverses espèces de ciguë et les détails que nous a transmis l'histoire sur la mort de Socrate et de Phocion, le docteur Marmisse (de Bordeaux) termine, en ces termes, le mémoire qu'il a adressé à la Société française d'hygiène :

« Si toutes ces victimes légales ou volontaires de la coupe empoisonnée ont pu mourir rapidement, avec facilité, sans douleur et sans trouble de leur intelligence, c'est que le breuvage était composé de différentes substances où entrait le suc de la ciguë avec quelques principes narcotiques comme l'opium. » (*Journal d'hygiène.*)

**De l'action des injections sous-cutanées d'ergotine dans le traitement des fibro-myomes et des hypertrophies chroniques de l'utérus** (G. Léopold). — Chez quatre femmes affectées de fibromes interstitiels du corps de l'utérus, l'auteur a obtenu une diminution de la tumeur et un arrêt de métrorrhagies ; dans le cas de deux fibromes du col utérin ayant le volume d'une châtaigne, il a obtenu des résultats laissant à désirer. Dans six tumeurs sous-péritonéales, dont le volume variait depuis celui d'une châtaigne jusqu'à celui d'un utérus gravide, il n'a obtenu aucune amélioration essentielle par les injections ; le volume est resté le même, toutefois les hémorrhagies ont été un peu moins fréquentes. Dans les hypertrophies chroniques de l'utérus, sans complication, on a employé quatorze fois avec succès l'ergotine. Elle a surtout rendu des services dans ces hypertrophies résultant d'une absence de retour de l'utérus sur lui-même à la suite de l'accouchement et plus souvent d'un avortement. Dans les infarctus utérins et dans un cas de dysménorrhée membraneuse, ces injections ont également produit de bons résultats. Après plusieurs tentatives, l'auteur est arrivé à donner la préférence à la préparation de Werniet employée avec les précautions nécessaires en pareil cas. Dans la plupart des cas susmentionnés, l'injection a été suivie d'une amélioration presque immédiate ; plusieurs malades devinrent enceintes avant la fin du traitement ; chez les autres, l'amélioration obtenue persista. Chez trois malades, une ayant un corps fibreux

deux une métrite chronique, il fallut reprendre le traitement après une pause de un an et demi.

Deux femmes traitées moururent longtemps après la dernière injection d'ergotine. Dans un cas le fibrome se montra entouré d'une coque calcaire dans laquelle étaient renfermés les gros vaisseaux du voisinage. Dans l'autre ils étaient enclavés dans un réseau de tissu conjonctif contenant de rares fibres musculaires en voie de dégénérescence graisseuse. Dans plusieurs points on trouvait des taches brunâtres et des dégénérescences calcaires. L'auteur pense que pendant la vie il y avait déjà une ischémie notable de la production morbide. Il conclut que, quand on n'a pas d'amélioration après les premières injections d'ergotine, on doit recourir à une autre médication. (*Archiv. f. Gynäkologie*, t. XIII, p. 182.)

**De l'empoisonnement chronique par le nitrate d'argent** (Rozsahegzi). — Rozsahegzi a injecté dans l'estomac des lapins des solutions diluées de nitrate d'argent chimiquement pur; il les a vus aussitôt maigrir; la respiration et l'action du cœur ne se troublaient qu'au bout de quelques jours, parfois peu d'heures seulement avant la mort. Les lapins tombaient sans force sur le côté; ils étaient pris de dyspnée et succombaient après de petites convulsions. La dose journalière était de 1 à 70 grammes; chez les mâles très-robustes on pouvait même la porter plus haut, 30 à 40 milligrammes de nitrate d'argent pour un poids du corps de 100 grammes sont une dose capable de produire une intoxication chronique. La muqueuse du larynx et de la trachée chez les animaux empoisonnés est en général hyperémiée, parfois elle semble d'un rouge pourpre. Dans le poumon, on trouve l'hyperémie avec œdème et souvent des noyaux d'hépatisation. Les parties enlevées par le grattage de la surface du poumon contiennent, outre des globules de sang ordinairement devenus graisseux, des cellules d'épithélium pulmonaire caduques. On trouve une végétation cellulaire dans les parois des alvéoles et le tissu conjonctif interalvéolaire. Le foie est hypertrophié et changé de couleur. Dans les cas qui ont duré longtemps, il paraît petit et rétracté. A ses faces supérieure et inférieure, ses lobules sont entourés de larges brides conjonctives. Dans cet état, les cellules hépatiques sont en grande partie détruites; elles sont en dégénérescence graisseuse; elles se résorbent en même temps qu'il se fait une prolifération du tissu conjonctif intercellulaire. On voit un gonflement trouble de l'épithélium rénal qui indique le début de la dégénérescence graisseuse ou de l'inflammation qui se propage au tissu conjonctif interstitiel. Les muscles striés, comme le muscle cardiaque, montrent des dégénérescences graisseuses plus ou moins circonscrites.

L'auteur a observé que de petites doses de nitrate d'argent élèvent de quelques dixièmes de degré la température rectale, tandis que de grandes doses l'abaissent, fait déjà démontré par les recherches de Falk; en outre, au début de l'emploi du nitrate d'argent, le besoin d'aliments est moindre que dans l'état normal; mais, plus tard, la quantité des matières solides et liquides nécessaires à assurer la nutrition augmente, quoique l'on élève les quantités de la solution que l'on donne chaque jour et que l'on redouble son degré de concentration. Le cœur est ralenti, pourtant vers la fin les battements augmentent un peu de fréquence. Lorsqu'il y a au début une augmentation de fréquence des battements, elle persiste jusqu'à la fin. La quantité d'urine et de matières fécales reste normale. L'auteur croit que l'on doit attribuer la diminution du poids du corps à ce que le nitrate d'argent arrête ou diminue notablement les échanges.

L'auteur a trouvé, à la suite d'injections sous-cutanées faites à une assez haute dose, des quantités appréciables de nitrate d'argent parmi les matières contenues dans le tube digestif, et cela jusqu'au huitième ou au neuvième jour après l'injection. Au bout de trois ou quatre semaines on en trouvait encore dans l'urine. (*Archiv. f. exp. Pathol.*, *Band* IX, p. 289, *ex Centralblatt f. d. med. Wissenschaften*, 1879, n° 4, p. 59.)

**Valeur thérapeutique de la méthode de Bivine dans le traitement de l'empoisonnement par la strychnine** (Th. Nusemann). — Bivine a vu que, dans un empoisonnement par la strychnine chez une jeune fille de seize ans, quarante grains de bromure de potassium et dix à vingt grains de chloral agissaient plus efficacement que cent vingt grains de bromure de potassium et quarante grains d'hydrate de chloral employés isolément. Afin de vérifier la chose, Husemann a chargé Hessling, un de ses élèves, de faire des expériences sur les lapins. Celui-ci a recherché quelle influence exerçait sur le sommeil chloralique l'emploi simultané du bromure de potassium; il a vu qu'il n'était point prolongé, que la sensibilité directe et réflexe ne disparaissait jamais complètement, que l'on pouvait donner une certaine quantité de bromure de potassium lorsque le malade avait pris les 4/5 de la dose minimum de chloral qui peut être mortelle. Lorsque de petites doses de strychnine ont été absorbées, la méthode de Bivine n'agit pas autrement que le traitement par le chloral isolé. Dans les deux cas, le péril dérivant des contractures tétaniques est conjuré; leur nombre et leur quantité diminuent à mesure que l'on augmente la dose de chloral. On ne devra dans aucun cas dépasser la dose toxique, parce qu'il y aurait une chute rapide du pouls et de la respiration, et la mort arriverait en peu d'instants. Quand Hessing a diminué la quantité de chloral et donné du bromure de potassium, il a vu que les chances de guérison diminuaient rapidement. Des doses de strychnine assez faibles déterminaient des convulsions, ce qu'elles n'eussent sûrement pas fait si l'on eût donné de prime abord du chloral à haute dose. Le bromure de potassium ne semble pas retarder directement l'arrivée du premier paroxysme des contractions; il agirait en formant dans l'intérieur du corps un sel peu soluble avec le composé de strychnine.

L'auteur a donc tiré de ses recherches la conclusion qu'il est préférable de traiter l'empoisonnement par la strychnine par le chloral isolément que par la méthode combinée de Bivine. (*Deutsch. med. Wochenschr.*, 1878, n° 36-39.)

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 mai 1879. — Présidence de M. Tarnier.

**Hémorrhagies dentaires.** — M. MAGITOT ajoute au procès-verbal de la dernière séance la recommandation de compléter le tamponnement avec la gutta-percha par une autre petite précaution. Avant d'appliquer la gutta-percha ramollie par la chaleur et mélangée de charpie (en parties égales), il est nécessaire de pratiquer un lavage complet de l'alvéole avec du chloroforme. Le chloroforme dissout la gutta-percha dont, par conséquent, il facilite l'adhérence aux parois de l'alvéole. Cette adhérence est très-intime; il a fallu, par exemple, dans un cas, faire, trois jours après l'application d'un tampon de ce genre, une véritable extraction du tampon avec un davier. Il est utile de se conformer à cette précaution du lavage avec le chloroforme, car le tampon seul ne suffit pas dans certains cas, pas plus que le tampon classique avec la cire. Or on sait que les hémorrhagies dentaires peuvent amener la mort; un mémoire de M. Moreau en rapportait récemment dix exemples; il n'est donc pas inutile d'insister sur ces petits détails opératoires.

M. DESPRÈS. Il est bon aussi de constater que l'on n'a pas toujours des insuccès avec le tampon de cire, car les praticiens n'ont pas de la gutta-percha sous la main aussi facilement que la cire, qui se trouve partout. On se rappelle que Dupuytren réussit avec le bouchon de cire à arrêter des hémorrhagies du diploé, à la suite de la trépanation. En plaçant le tampon de cire, il faut avoir bien soin de l'enfoncer jusqu'au fond de l'alvéole et ensuite de pratiquer la compression. Quant au nettoyage préalable de l'alvéole, s'il y a un caillot, je pense qu'il ne faut pas l'enlever; il sert de tampon intermédiaire.

M. TILLAUX. Lorsque le caillot est formé et qu'il ne coule plus de sang, j'admets qu'il ne faut pas toucher au caillot; mais il ne faut pas généraliser le principe émis par M. Desprès. Au contraire,

je pense que, si l'hémorrhagie continue plus ou moins, il faut d'abord déblayer avec soin tout le pansement, improvisé souvent à la hâte, et seulement ensuite employer les moyens d'hémostase.

**Périostite et ostéomyélite. — M. DESPRÈS.** A propos du procès-verbal, je présente à la Société le dessin d'une pièce anatomique, tiré de la collection de Nélaton, et qui m'a été communiqué par M. Charles Nélaton. Ce dessin montre très-exactement que le foyer purulent occupait également la diaphyse et toute l'épiphyse de l'humérus; il confirme en outre ce que j'ai avancé au sujet de l'ostéite juxta-épiphysaire. On a bien représenté aussi qu'il y avait, dans ce cas, décollement de l'épiphyse. Cette pièce a été dessinée en 1847, alors que Nélaton était à l'hôpital Saint-Antoine; le mémoire de M. Gosselin n'était pas encore publié.

RAPPORT

**Paralysie atrophique de l'enfance. — M. NICAISE.** Dans un cas de paralysie atrophique de l'enfance, observé chez une petite fille de cinq ans, M. Onimus a constaté que la maladie, après son cours régulier, avait laissé de la paralysie dans chaque membre, mais sur des groupes différents de muscles. Du côté droit, paralysie des muscles postérieurs de la jambe et pied creux; du côté gauche, paralysie des muscles antérieurs et externes et pied plat. Quatre ans après, l'enfant est sujette aux engelures en des points du pied, précisément en rapport avec la distribution nerveuse des muscles paralysés; à droite, les engelures existent sur les quatrième et cinquième orteils; à gauche, sur le gros orteil. Ce fait démontre encore que les troubles trophiques indirects peuvent apparaître sous l'influence d'une cause déterminante, en des points de moindre résistance, sans que la lésion médullaire puisse être invoquée. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, p. 122 et 315.)

COMMUNICATIONS

**Exostoses épiphysaires; traitement par la myotomie. — M. LE DENTU.** Je rappelle à la Société le jeune homme que j'ai présenté ici dans la séance du 26 février dernier (voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, p. 199) et auquel j'ai pratiqué la section sous-cutanée d'une portion du vaste externe et de bandelettes fibreuses voisines pour une exostose de croissance siégeant sur le condyle externe du fémur gauche.

Dans deux cas antérieurs, j'avais pratiqué l'ablation d'exostoses de même nature. Je voudrais appeler l'attention sur le procédé auquel j'ai eu recours en dernier lieu. Ces exostoses épiphysaires surviennent toujours chez des adolescents; je n'insiste pas ici sur leurs caractères. Je ferai seulement remarquer qu'elles provoquent des douleurs qui n'ont généralement pas le même siège que la tumeur, mais qui, ordinairement, siègent en dehors de l'exostose. Dans les membres, on peut les rapporter soit à des phénomènes inflammatoires, soit à la compression de filets nerveux, soit à la contracture musculaire. *a.* Les phénomènes inflammatoires tiennent à l'inflammation de bourses séreuses situées entre la peau et les muscles ou entre les muscles et l'exostose, ou à l'irritation du tissu conjonctif lâche situé dans les mêmes points. Ainsi j'ai observé une fillette de quatorze ans qui portait à la partie interne du fémur gauche une exostose légèrement incurvée; il y avait empâtement et fluctuation profonde; j'ai diagnostiqué un hygroma subaigu qui a guéri par les émollients, puis les applications de teinture d'iode et la compression. Les phénomènes inflammatoires n'ont plus reparu, et depuis trois ans aucun trouble n'est survenu. *b.* La compression des nerfs est aussi admissible comme cause des douleurs; mais je n'en ai pas observé d'exemple. *c.* La contracture musculaire est établie par la seule observation que j'ai rapportée, la section ayant amené la guérison. Je pense que, lorsque les deux premières causes n'existent pas, on peut admettre l'irritation musculaire comme cause des douleurs.

J'ai observé trois cas d'exostoses épiphysaires dans lesquels j'ai dû intervenir chirurgicalement; deux fois j'ai fait l'extirpation, et j'ai remarqué chaque fois que la guérison était troublée par des poussées aiguës d'ostéite. La troisième fois, j'ai pratiqué la myotomie que je rapporte à la Société. Dans le cas de ce jeune homme, l'exostose siégeait en avant et en dedans du condyle externe, et l'extirpation avait pu amener des accidents de voisinage du côté de la synoviale dont le cul-de-sac, en effet, dans la partie antérieure, est plus à redouter que du côté interne et du côté externe. Les contractures musculaires étaient multiples; la section a cependant suffi pour faire cesser du jour au lendemain toute sensation douloureuse.

Aussi je dirai que l'ablation des exostoses est inutile et parfois dangereuse, quand elles ne sont pas douloureuses et qu'elles ne causent pas de troubles dans le voisinage; mais, s'il faut intervenir, on peut faire simplement la ténotomie lorsque les douleurs paraissent dues à la contracture musculaire. La section sous-cutanée n'offre pas d'inconvénients; on peut la faire largement au-dessus et au-dessous de la tumeur. J'ai immobilisé ensuite le membre pendant quelque temps, dans la flexion forcée; vous avez vu que le malade marchait sans la moindre difficulté.

**M. TRÉLAT.** J'accepte la méthode de soulagement que préconise M. Le Dentu pour certains cas particuliers; je voudrais seulement faire remarquer que, si la douleur n'est pas causée par la compression des nerfs dont on ne connaît pas d'exemple, il est fréquent de la voir produite par l'inflammation des bourses séreuses accidentelles qui se forment en avant et à la pointe de l'exostose. L'inflammation chronique subaiguë de ces bourses séreuses est fréquente : on connaît les douleurs excessives que causent les oignons, et qui irradient dans tout le voisinage. Moi-même, j'ai appris par expérience ce que produit l'inflammation d'une bourse séreuse : à la suite d'une chute, sur le coude, en glissant sur une peau d'orange, je me fis une contusion de la bourse séreuse olécranienne, et la région resta très-sensible pendant plus de deux années.

Dans le cas rapporté par M. Le Dentu, on peut se demander si c'était la contracture musculaire, ou bien simplement la compression produite par les fibres musculaires, qui a causé les douleurs. En effet, dans l'un ou l'autre cas, il devait suffire que l'on sectionnât le muscle pour que les phénomènes douloureux disparussent. Le résultat obtenu ne prouve pas en faveur d'une hypothèse plus que de l'autre. Quant à l'ablation des exostoses, je me rappelle en avoir pratiqué deux, et notamment une ponr une exostose de l'extrémité inférieure et interne du fémur, qui était très-douloureuse. Malgré le soin que je pris de conserver le périoste, la guérison fut lente, et ne fut obtenue qu'après trois semaines.

**M. BERGER.** J'ai vu M. Richet enlever une exostose du fémur située à l'extrémité inférieure de l'os sur son bord interne, sur le prolongement de la ligne âpre. Si l'on avait tenté la section sous-cutanée du tendon du troisième adducteur, qui était contracturé, je crois que l'on aurait éprouvé certaines difficultés en raison du voisinage de l'artère fémorale.

**M. TH. ANGER.** J'ai fait plusieurs ablations d'exostoses, et j'ai aussi été frappé de la longueur de la guérison, même dans un cas très-simple, où j'avais consenti presque à une opération de complaisance. J'ai actuellement dans mon service une jeune fille de dix-neuf ans, qui porte une exostose de l'extrémité inférieure du cubitus au niveau de l'apophyse styloïde : faudrait-il faire la section du muscle cubital pour faire disparaître les douleurs qui sont très-vives lorsqu'elle a travaillé longtemps à la couture?

**M. LE DENTU.** Ce cas ne se rapproche pas assez de ceux que j'ai observés pour autoriser la ténotomie; le repos, les antiphlogistiques, etc., réussiront sans doute à guérir cette malade.

J'admets bien, avec M. Trélat, que les bourses séreuses peuvent devenir le point de départ de la contracture; mais je pense que, chez mon dernier malade, la contracture musculaire était primitive et qu'elle fut la cause réelle des douleurs. La contracture remontait à une certaine distance de l'exostose; le vaste interne était très-tendu et douloureux. Quant au danger de blesser la fémorale, il n'existerait que dans certains cas spéciaux. Je constate enfin que la guérison a toujours été lente après l'ablation des exostoses : il faut toujours vingt-cinq à quarante-cinq jours pour l'obtenir.

**Ouverture d'un anévrysme de l'artère ischiatique; forcipressure.** — M. TILLAUX. Je désire compléter l'observation du malade que j'ai présenté dans ma dernière séance (voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, page 430). C'est un garçon de vingt ans, maçon, qui est tombé d'un quatrième étage au mois d'août 1878. Apporté à l'hôpital Beaujon, il présentait une fracture de la cuisse gauche à la partie moyenne, avec une plaie légère qui ne paraissait pas communiquer avec le foyer de la fracture. Un appareil de Scultet fut appliqué. Le malade resta dans un collapsus assez profond; il souffrait quand on le remuait. Cependant nous ne pensions nullement à l'existence d'une fracture du bassin. Aucun symptôme viscéral n'attirait notre attention sur ce point. Les jours suivants, le malade se trouva mieux. Au quinzième jour, le malade se plaignait à plusieurs reprises de douleurs vives derrière le grand trochanter : la tuméfaction et la douleur ayant augmenté, les douleurs n'étant pas calmées par les injections de morphine, je me décidai à endormir le malade et à voir ce qui se passait dans cette région, en prenant toutes les précautious que commandait la fracture de cuisse.

Je trouvai une tumeur dans la région fessière, volumineuse, sans battements et sans souffle, avec la peau chaude, rouge et œdématiée. Je perçus la fluctuation sous le grand fessier, et je pensai au développement d'une angioleucite à distance, ayant son point de départ dans la plaie de la fracture de cuisse. Croyant ouvrir un abcès, je fis une incision verticale, parallèle au bord postérieur du grand trochanter, et je tombai soudain en pleine poche anévrysmale; je déblayai les caillots qui la remplissaient, et un jet de sang m'annonça la rupture d'une artère dans ce foyer. Je fis aussitôt une incision horizontale à travers le grand fessier jusque sur le bord du sacrum, et, au niveau de l'échancrure sciatique, je vis l'artère ischiatique qui donnait du sang. Je sentis une aiguille osseuse pointue, venant probablement du sacrum, et qui a dû causer la rupture du vaisseau. J'appliquai une pince hémostatique sur le bout de l'artère pour arrêter le sang; puis je tentai sans succès trois fois de suite de faire la ligature du vaisseau, qui était trop profondément situé dans la cavité pelvienne. N'ayant pu le saisir, et craignant encore un échec avec la torsion, je me décidai à faire l'hémostase par la méthode de la forcipressure, telle que l'a formulée M. Verneuil, en laissant la pince sur le bout de l'artère pendant quarante-huit heures. Je réunis la plaie transversale, et fis le drainage. La réunion immédiate se fit en partie, et la guérison survint sans autre accident. Ce jeune homme a peut-être un cal un peu vicieux, en raison des mouvements que nous avons dû lui faire faire pour les divers pansements de la plaie fessière, mais il n'en est pas incommodé et il marche sans la moindre gêne.

M. NICAISE. J'ai pratiqué une opération analogue en 1877. Il s'agissait d'un homme de quarante ans, qui avait fait une chute du troisième étage; il était tombé sur la fesse gauche, qui présenta un gonflement considérable. Il se contenta de garder le repos chez lui pendant un mois; la tumeur s'étant accrue et étant douloureuse, il se décida à entrer à l'hôpital Temporaire, où la tumeur fut d'abord traitée par le repos et les résolutifs. Elle ne présentait ni souffle ni battements. Les souffrances ayant augmenté et les douleurs irradiant le long de la jambe par suite de paralysie partielle du sciatique, le malade revint de Vincennes et fut opéré. Je fis une incision cruciale sur la fesse, et j'enlevai de la tumeur sept à huit cents grammes de caillots; ayant découvert le fond de la plaie, je trouvai un vaisseau donnant du sang en assez grande abondance. Il me fut impossible de porter une ligature sous l'échancrure sciatique, dans la cavité même du bassin; je saisis l'artère avec une pince que je laissai en place. Je fis la suture de la plaie le vingtième jour et j'obtins une réunion immédiate. Après la ligature, toutes les douleurs disparurent.

M. FARABEUF. Les tumeurs hématiques de la fesse présentent cette particularité qu'elles se développent presque toujours par poussées successives. Il pourrait se faire que l'anévrysme du malade de M. Tillaux eût été primitif, et se fût accru par une poussée qui attira l'attention.

La temporisation, dans ces cas, a généralement été nuisible. Il est aussi classique que les anévrysmes de cette région ont été pris pour des abcès. L'incision doit se faire horizontalement, disent les auteurs; je pense que cela ne suffit pas, et qu'il faut y ajouter une deuxième incision. Si MM. Tillaux et Nicaise n'ont pas eu beaucoup de sang, cela tient sans doute à ce que leur incision portait en un point intermédiaire entre le territoire de l'artère ischiatique et celui de l'artère fessière. Enfin il est bon de relever ici une erreur répétée constamment depuis Bouisson : le nerf fessier n'est pas en dedans, mais bien *en dehors* de l'artère fessière. Pour lier l'artère fessière, il faudrait écarter les veines qui l'accompagnent, mais il est préférable d'appliquer des pinces hémostatiques.

M. LE DENTU. La forcipressure m'a bien réussi dans un cas où, ruginant une côte, je blessai l'artère intercostale en retirant le fragment osseux. L'hémorrhagie fut plus forte que je ne l'aurais jamais supposé. Je laissai une pince pendant quarante-huit heures, et cela réussit très-bien.

J'ai fait deux fois de grandes incisions de la fesse, sans avoir beaucoup d'hémorrhagie, une fois pour retirer une balle située dans le muscle iliaque, et une autre fois pour ouvrir un abcès de la fesse causé par une nécrose du sacrum.

M. ANGER. J'ai été près d'intervenir pour un cas analogue à celui de M. Tillaux. A la suite d'une chute, un individu était atteint d'une tumeur de la fesse droite, qui se développa aussi par poussée; la tumeur fut prise pour un abcès par le médecin qui l'ouvrit avec le bistouri. Un jet de sang formidable jaillit. Je fus appelé, et, ayant reconnu un anévrysme énorme, je me proposais de faire le lendemain matin la ligature de l'artère iliaque interne; mais le malade avait perdu beaucoup de sang, et il succomba pendant la nuit.

L'autopsie nous démontra qu'il eût été impossible de lier l'artère dans la plaie; l'artère se terminait en s'effilant.

M. FARABEUF. Quoique MM. Nicaise et Tillaux n'aient pas observé de grandes hémorrhagies, il ne faudrait pas être trop optimiste : on doit se rappeler qu'il y a eu quelques cas de mort à la suite de ces hémorrhagies. La ligature de l'artère fessière n'est pas impossible à faire avec une aiguille courbe, en chargeant ensemble artère, veines et nerf même, dont le faisceau n'est pas adhérent au bassin.

M. TILLAUX. Il est plus rationnel d'admettre, avec M. Farabeuf, que l'anévrysme de mon malade était un anévrysme diffus primitif; mais il faut alors admettre aussi que, pendant vingt jours, il ne s'est rien produit qui annonce nettement la présence d'un foyer sanguin de cette nature. Il ne faut pas temporiser dans les cas où l'on a la preuve de l'existence d'un anévrysme; mais on doit temporiser dans les cas de bosses sanguines simples : or comment distinguer celles-ci du véritable anévrysme?

La ligature de l'artère iliaque interne que M. Anger se proposait de faire est une opération sérieuse, et je ne me déciderais pas facilement à cette opération dangereuse, difficile même sur le cadavre. Chez mon malade, je ne pouvais pas atteindre l'extrémité de l'artère avec le doigt, mais j'ai pu la saisir avec les pinces.

Cette observation aura, en tout cas, l'avantage de démontrer que l'on peut aller dans le foyer sanguin, à la recherche du vaisseau, et faire l'hémostase avec avantage.

La séance est levée à cinq heures et demie.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hier, 15 mai 1879, a paru le premier numéro de la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, publiée par M. le docteur Jules Chéron. Nos vœux les plus sympathiques pour le succès de ce journal dans lequel on trouvera les doctrines de l'éminent clinicien de Saint-Lazare.

— Le corps de santé de la marine vient de faire deux pertes

très-sensibles. M. Jouvin, pharmacien en chef en retraite, a succombé, à Rochefort, après une courte maladie. A Lorient, M. Barbedor, pharmacien de 2e classe, revenant du Sénégal où, pendant la fièvre jaune, il s'était conduit de la manière la plus distinguée, est mort laissant les plus vifs regrets à tous ceux qui l'ont connu.

— Mardi soir, 13 mai, une réunion a eu lieu à la salle des écoles, rue d'Arras. MM les étudiants en pharmacie y ont discuté et adopté à l'unanimité, pour être remise à M. le ministre de l'instruction publique, une adresse tendant à la nomination, comme professeur, de M. le docteur Léon Marchand, agrégé de l'École de pharmacie, dont le cours de cryptogamie a obtenu, ces deux années dernières, un légitime et incontestable succès.

Les étudiants se sont séparés à dix heures, après avoir voté des remercîments à ceux de leurs camarades qui avaient organisé la réunion, et leur avaient ainsi fourni l'occasion de manifester leur profonde sympathie pour la personne et l'enseignement de M. le docteur Marchand.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation, dimanche 18 mai, dans la forêt de Montmorency. Rendez-vous à Bessancourt à l'arrivée du train partant de Paris (gare du Nord) à huit heures quarante-cinq minutes.

— M. Duplay, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, commencera ses conférences de clinique chirurgicale le jeudi 22 mai, à neuf heures, et les continuera les jeudis de chaque semaine à la même heure.

Visite des malades à huit heures et demie. Opérations à dix heures.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Étude sur diverses formes de sclérose hépatique et leurs caractères différentiels,** par le docteur Surre. In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Les Eaux minérales du Mont-Dore.** Topographie, propriétés physiques et chimiques, clinique médicale, par le docteur Boudant, inspecteur-adjoint, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, etc. In-8°. — Paris, 1877, J.-B. Baillière et fils.

**Étude sur les causes des variations de l'urée dans quelques maladies du foie,** par le docteur Valmont. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8234.

## Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le* 29 *mars* 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

## Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre: *Maladies du cœur*, diverses *Hydropysies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Le SIROP DE LABÉLONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

RÉCOMPENSE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE 1878.

## Pilules et poudre de fer Coquet

Ce ferrugineux nouveau, combinaison du fer pur et du sucre pur, est bien toléré; il ne constipe pas, n'altère pas les dents. Maladies *adynamiques*, rebelles et chroniques. (Rapport du Dr CABROL, *Union médicale*, 26 fév. 1878.) — GROS : Pharmacie centrale, 7, rue de Jouy. Paris.

## Solution Bourguignon

**au chlorhydro-phosphate de chaux.**

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie ; deux cuillerées à chaque repas. — Dans toutes les pharm.

## Eau FERRUGINEUSE ACIDULE, GAZEUSE d'Orezza

(CORSE).

THÉRAPEUTIQUE

*Faculté de médecine. — Cours de M. Gubler.*

Les Eaux minérales de France... « Pourquoi « allons-nous chercher à l'étranger les Eaux ferrugineuses, acidulées, gazeuses dont nous sommes admirablement pourvus? La Corse ne « fournit-elle pas la *première eau de ce genre*, « comme richesse en acide carbonique libre et en « carbonate de fer? En effet, l'eau d'Orezza, d'après la belle analyse de M. Poggiale, ne con« tient pas moins de 12 cent. de sel ferrugineux par « litre, tandis que Pyrmont n'en a guère que 5 cent.. « Schwalback 7 et le Pouhon de Spa 9 seulement. »

## Élixir CHLORHYDRO-PEPSIQUE Grez

Nouvelle préparation TONI-DIGESTIVE, d'un goût agréable, basée sur les dernières découvertes de la physiologie, contenant les principes actifs des amers (QUINAS-COCA) associés aux ferments digestifs, PEPSINE CHLORHYDRIQUE ET PANCRÉATINE. Employée avec succès contre *dyspepsies*, *anémies*, et dans les *convalescences*, à la dose de 1 à 2 cuillerées à bouche aux repas. — Gros : LAYAT, r. Rambuteau, 26. Détail : phar.

## Sirop et Pâte Lebeault

AUX FRUITS BÉCHIQUES

Les seuls pectoraux exempts de narcotiques.

COCA FIÉVET. Vin tonique, réparateur, fébrifuge et digestif.

Pharmacie LEBEAULT, FIÉVET successeur, 53, rue Réaumur, Paris, et pharmacies.

## Antiseptique de J.-A. Pennès

*Rapport favorable de l'Académie de médecine* (11 *février* 1879).

DÉSINFECTANT, DÉTERSIF, CICATRISANT.

Expérimenté avec succès *dans dix-neuf hôpitaux*. Le flac., 2 fr. ; le lit., 10 fr. (Ex. le timb. de l'Etat.) Gros : r. de Latran, 2, Paris. Détail toutes ph.

VIANDE ET QUINA.

## Vin Aroud au quina

*et aux principes solubles de la* VIANDE.

**MÉDICAMENT-ALIMENT**, d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 grammes, 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

PHTHISIE PULMONAIRE, BRONCHITES, CATARRHES, etc.

## Vin et Huile de foie de Morue

**CRÉOSOTÉS** du Dr G. FOURNIER, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, contenant chacun 0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe. (*Exiger sa signature.*)

**Capsules d'Huile créosotée à 0,05**

Préparations créosotées SEULES récompensées à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, et 10, rue de l'Arcade (Paris).

## Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de médecine de Paris

*N. B.* L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

*Pharmacien, r. Bonaparte*, 40, *Paris.*

Phie GUIBOURT, MAYET sr, 9, rue St-Marc.

## Vin, Huile et Sirop créosotés

CAPSULES d'huile de f. de morue créosotée à 0,04

CAPSULES d'huile de faînes créosotée à 0,10.

M. MAYET s'étant occupé le premier, avec MM. les Drs Bouchard et Gimbert, de l'emploi en thérapeutique de la créosote de goudron de bois, ces médicaments sont exactement préparés suivant les indications de ces savants praticiens.

## Solution-Aubin

AU PHOSPHATE FERRIQUE ARSÉNIÉ.

Médication névrosthénique et reconstituante par l'emploi simultané du phosphore, du fer et de l'arsenic combinés à doses thérapeutiques équivalentes, contre : *anémies*, *chloroses*, *névroses*, *chorée*, *dyspepsie*, *scrofule*, *rachitisme*, *tuberculose*, *cachexies paludéennes*, *maladies de la peau*, *cachexies des maladies chroniques*, *atonie* sous toutes ses formes. Vente dans les principales pharmacies de France. — Dépôt à Paris : Pharmacie centrale, rue de Jouy, 7, et chez E. Fournier et Cie, rue de Londres, 15 ; Détail : rue d'Anjou Saint-Honoré, 56. — En gros : chez J. Aubin, traverse du Chapitre, à Marseille, 13.

## Fer dialysé Bravais

*pharmacien-chimiste à Paris*

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris 1875. Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabr. et la signature ci-contre

Raoul Bravais

## Épilepsie. Hystérie. Névroses

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

## Maison de santé du Dr Carles

Ancienne maison du Dr Duval, 34, avenue du Roule, Neuilly-Paris, pour opérations, maladies aiguës et chroniques, orthopédie. — Les médecins peuvent y soigner leurs malades.

## Ver solitaire

Guérison certaine par les *Globules* de SECRETAN (à l'extrait vert des rhizomes frais de fougère mâle des Vosges). Le seul remède infaillible, expérimenté avec le plus grand succès dans les hôpitaux; pas d'insuccès possible. — Dépôt : *Secretan*, pharm., 37, avenue Friedland, Paris. — Envoi fo contre mandat 10 fr. (Éviter les contrefaçons.)

## Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les écoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

## Maltine Gerbay,

*Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées*

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

*Dépôt dans toutes les pharmacies.*

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

## Poudre anti-asthmatique

du docteur LEFEBVRE.

Vingt-cinq années d'expérimentation sur lui-même de toutes les vapeurs médicamenteuses (cigarettes, papiers et poudres anti-asthmatiques) permettent au docteur Lefebvre d'affirmer la supériorité et l'infaillibilité de cette préparation. Les vapeurs dégagées par sa combustion calment à l'instant même le spasme dyspnéique, éloignent les crises et amènent la guérison. Un brûloir portatif inventé par ce docteur assure au malade le moyen de combattre tout accès d'oppression qui le surprendrait hors de chez lui.

Dépôt : Phle CHIRON, 19, boulev. Magenta, Paris.

## Podophyllin Delpech

**contre la constipation habituelle.**

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

## Elixir Prothière

A LA CRÉOSOTE VÉGÉTALE PURE

contre la Phthisie. Accepté sans répugnance et bien supporté par les malades. (TARARE.)

N° 58. — MARDI 20 MAI 1879. 52e ANNÉE. MARDI 20 MAI 1879. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

---



---

## HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

### Rhumatisme ; influence du traumatisme.

Nous avons rencontré, dans notre service, deux femmes atteintes d'une même affection; ces deux malades méritent de fixer notre attention, en raison du caractère exceptionnel que présente l'histoire de leur maladie.

La première de ces malades, couchée au numéro 9 de la salle Sainte-Adélaïde, est atteinte d'un rhumatisme d'une simplicité merveilleuse. Elle a toujours été bien portante jusqu'au début de cette maladie; elle n'accuse aucun antécédent héréditaire, et elle-même n'a jamais éprouvé aucune atteinte de rhumatisme. Travaillant depuis quinze jours dans un atelier où elle est condamnée à une atmosphère chaude et humide, elle avait continuellement le corps couvert de sueurs abondantes. Le quinzième jour de son arrivée dans cet atelier, c'est dans ces conditions qu'elle se trouvait lorsqu'elle fut obligée de monter dans un séchoir froid et exposé à toutes les intempéries. Elle passa une heure dans ce courant d'air; le soir, elle se trouva dans un tel malaise, en retournant à son domicile, qu'elle ne pouvait plus marcher et qu'elle fut obligée de se faire accompagner. En rentrant chez elle, elle se coucha immédiatement, souffrant de fièvre intense, de frissonnements, de chaleur qui fut suivie de transpiration abondante. Le lendemain, la douleur dans les membres avait augmenté et siégeait dans les deux genoux, dans tout le rachis; enfin elle gagnait déjà les membres supérieurs, surtout du côté gauche. Jusqu'à ce jour, elle a souffert plus du côté gauche que du côté droit; actuellement encore le genou droit est seulement douloureux, tandis que le genou gauche est plus chaud, tuméfié et œdématié; cependant il n'y a pas de liquide dans l'articulation.

Voilà donc un rhumatisme fabriqué, sous nos yeux et de toutes pièces, sous l'influence incontestable du froid humide sur la peau, chez une femme plus ou moins prédisposée par la fatigue, mais non par l'hérédité. C'est, en effet, au moment même du refroidissement que la maladie a éclaté avec une rapidité excessive. On a déjà signalé dans la science cette rapidité avec laquelle éclatent parfois les accidents; citons seulement le cas de ce malade qui, pour s'être reposé sur une planche mouillée, fut pris de douleurs violentes du sciatique. Chez notre malade on trouve réunie à la circonstance particulière du froid humide la coïncidence que cette femme se trouvait à la fin de ses règles, c'est-à-dire à une période où la femme est exposée d'une façon plus directe à toutes les impressions, à toutes les causes d'ébranlement du système nerveux.

La deuxième malade, couchée sur un brancard dans la même salle, est une cuisinière âgée de trente-huit ans. Elle s'est toujours bien portée précédemment, sauf deux attaques de rhumatismes dont elle a souffert, la première en 1872, et la seconde en 1876. En dehors de ces deux manifestations, elle a eu une santé satisfaisante. Récemment, elle s'est fait une blessure au pouce de la main gauche en rinçant un verre qui s'est cassé; cette plaie a été suivie d'un panaris grave qu'elle n'a guère soigné et qui n'aurait été traité chirurgicalement qu'à une époque très-avancée. Pendant ce temps l'inflammation s'est étendue à la région dorsale de la main et de l'avant-bras. Tout à coup la fièvre s'est allumée et s'est ajoutée au malaise déjà provoqué par le panaris. Les mouvements sont devenus impossibles dans la main et le bras gauche, et le côté droit à son tour s'est endolori dans les mêmes régions. Obligée par ces douleurs de quitter son travail, cette femme est entrée à l'hôpital. Le jour de son entrée, étant en état de transpiration abondante, elle s'est trouvée exposée à un courant d'air intense pendant environ une heure. Le lendemain, elle était prise de pleurésie, et en même temps le gonflement apparaissait à la main droite, au poignet et à l'avant-bras du même côté. Un peu après, un pied, puis l'autre furent aussi envahis, de sorte que la région la plus épargnée était précisément celle qui avait été primitivement la plus compromise, la main gauche où avaient existé la blessure et le panaris. Une guérison relative ayant été obtenue, la malade était sortie de l'hôpital; mais elle se trouva dans l'impossibilité d'exercer sa profession et elle est rentrée dans nos salles. Nous avons alors constaté sur le pouce gauche des traces profondes du panaris; la tuméfaction et la douleur sont modérées de ce côté, mais elles sont plus accentuées du côté droit. L'empâtement du membre droit est considérable, mais il n'est pas localisé aux articulations du poignet et de la main; il porte beaucoup plus sur

le trajet des gaînes tendineuses de l'avant-bras, sur la face palmaire, le poignet, le creux de la main et toute la face dorsale; tous ces points sont endoloris et la bouffissure est assez considérable. Quant aux membres inférieurs, on constate de même un peu de gonflement du pied droit.

Qu'est-ce que cette affection, quel nom devons-nous lui donner? Sans doute, nous pouvons bien dire que c'est du rhumatisme, mais c'est un terme si vague qu'il faut y regarder de plus près. La définition du rhumatisme n'est, en effet, pas chose facile; pour en donner une idée, je vous dirai en passant que, dans un excellent article du *Dictionnaire encyclopédique*, il n'a pas fallu moins de deux cent quarante-quatre mots, je crois, à Besnier, pour en exprimer une définition tout juste suffisante. Le rhumatisme ne peut être défini, comme beaucoup d'autres affections, soit par son siège, soit par la nature des produits, soit par sa spécificité. Il ne peut l'être non plus par sa localisation, car il envahit tous les tissus, tous les organes. C'est précisément ce caractère de vague et de mobilité qui le définit; un malaise déterminé par le froid humide, souvent sous l'influence d'une prédisposition héréditaire, et qui peut atteindre plusieurs organes, en passant de l'un à l'autre, est du rhumatisme. Qu'une fluxion rapide (en dehors des causes chirurgicales) envahisse rapidement une ou plusieurs articulations, c'est du rhumatisme. Cependant on peut le rencontrer sur d'autres organes; ainsi la peau peut être le siège d'une manifestation rhumatismale (exanthème); de même, le tissu cellulaire sous-cutané, lorsque des fluxions apparaissent autour des articulations, comme chez notre première malade, caractérisées par de l'œdème et de l'hyperémie qui sont tout à fait indépendants de la lésion de l'articulation; c'est une tuméfaction vague, mal définie, du tissu cellulaire sous-cutané des extrémités, que nous avons aussi observée chez notre malade. Parfois même, on ne rencontre que cette tuméfaction seule, sans observer les autres intermédiaires qui conduisent directement au diagnostic du rhumatisme. On ne peut cependant hésiter à donner le nom de rhumatisants à tous ces malades qu'on rencontre assez fréquemment et qui ne se plaignent que d'engourdissement des extrémités, d'empâtement, de lourdeur des mains et des pieds survenant généralement le matin.

Le rhumatisme peut se localiser sur les muscles, sur leurs tendons, ou bien sur leurs gaînes, comme nous l'observons chez notre deuxième malade; il est, d'ailleurs, inutile d'ajouter que ces lésions peuvent être isolées, ou bien qu'elles peuvent s'associer et exister simultanément.

Chez la cuisinière que nous étudions, les mains ont été gonflées et les mouvements douloureux, surtout sur la région dorsale de la main, précisément à une région où sont toutes les gaînes des extenseurs qui sont ordinairement plus compromis que les autres muscles. Plus tard, le rhumatisme est devenu plus général et la maladie a augmenté; la localisation portait sur le tissu cellulaire sous-cutané des diverses régions.

Il est incontestable que cette femme est atteinte de rhumatisme; cependant ici vous voyez qu'il nous manque une cause étiologique comme celles qu'on lui reconnaît ordinairement. Il faut admettre que la cause déterminante du processus rhumatismal a été la plaie du pouce, puis le panaris. Le traumatisme a donc provoqué la manifestation rhumatismale; il faut, en effet, ajouter aux causes ordinaires du rhumatisme, froid et humidité, un troisième élément: le traumatisme, ou, pour être plus général, toute cause d'ébranlement du système nerveux, chez l'individu prédisposé au rhumatisme.

C'est là une question qui est encore à l'étude. Elle a déjà été signalée au siècle dernier par un médecin qui a raconté qu'il avait été atteint d'un rhumatisme de l'épaule droite à la suite d'une fracture de clavicule (*Dictionnaire de médecine*, 1820). En 1817, une thèse publiée sur ce sujet signalait aussi des arthrites généralisées à la suite de traumatisme. MM. Charcot et Verneuil en ont aussi publié des observations. Moi-même, j'ai raconté plus d'une fois que le premier malade de ma clientèle était atteint d'une manifestation rhumatismale consécutive à une foulure du pied qui m'échappa d'abord et que j'avais prise pour une entorse; le caractère rhumatismal s'affirma depuis par de nombreuses atteintes d'arthrites généralisées. Je vous ai montré, dans ce service, une jeune fille qui fut prise de rhumatisme du muscle sterno-mastoïdien à la suite de l'extraction d'une dent. On ne peut dire que la douleur spéciale et le gonflement du muscle tenaient à la résistance qu'elle avait dû déployer avec ce muscle, car la manifestation rhumatismale passa successivement du muscle d'un côté à celui de l'autre côté. J'ai vu aussi un jeune homme chez lequel, après un traumatisme, le froid développa de la chorée, qui était ici une manifestation du rhumatisme. Les cas de tétanie sont aussi à rapprocher des faits que je viens d'énoncer, quoiqu'on n'ait pas encore pu saisir actuellement la relation exacte qui existe entre ces affections.

Quoi qu'il en soit, ces faits démontrent que l'éclosion du rhumatisme peut être le résultat, tantôt du froid et de l'humidité, tantôt du traumatisme. Parfois les deux ordres de causes peuvent être réunis.

On pourrait dire qu'il y a tant de cas où le rhumatisme apparaît, sans traumatisme préalable, qu'il est inutile d'admettre le traumatisme comme cause du rhumatisme. Mais, après le traumatisme, ce n'est pas une atteinte ordinaire et classique de rhumatisme que nous observons; c'est une forme spéciale. Le rhumatisme répète du côté opposé la lésion qu'il a d'abord développée autour du traumatisme. La main gauche blessée et atteinte de panaris a été le siège d'un rhumatisme localisé aux gaînes tendineuses; sur la main droite, nous retrouvons l'atteinte de rhumatisme portant sur les mêmes gaînes tendineuses. C'est ce caractère spécial qui nous autorise à attribuer ce rôle au traumatisme; ce n'est pas là un fait isolé. M. Charcot a précisément observé un cas analogue; à la suite d'un panaris, une vieille malade de la Salpêtrière fut prise de rhumatisme généralisé.

Je pense que plus tard, lorsqu'on sera mieux fixé sur la nature du rhumatisme, on pourra déterminer plus rigoureusement l'espèce de tissu qui aura été d'abord le siège du rhumatisme. Il y a là une relation intime que nous ne nous expliquons pas encore nettement, mais qu'il faudra chercher à étudier. Quand c'est une articulation qui est atteinte la première, ce sera sur le système articulaire que portera ensuite le processus rhumatismal; de même pour le système musculaire, pour les nerfs, etc. On sait l'histoire de ce serrurier qui, à la suite d'un coup de marteau sur le doigt, eut des attaques rhumatismales sur cette phalange d'abord; puis une arthrite symétrique du côté opposé apparut, précédant des attaques généralisées qui confirmèrent pleinement le diagnostic sur la nature rhumatismale de l'affection.

Enfin, dans cette étude qui est encore en voie d'évolution, nous ne pouvons dire que ce qui nous paraît certain, nous ne devons pas encore chercher à poser des règles et des lois.

Le pronostic, chez nos malades, est assez sérieux; les mouvements ne reviendront pas vite dans ces mains gonflées et engourdies; toutefois nous ne pouvons nous prononcer d'une façon catégorique, parce qu'il nous manque les faits nécessaires à une comparaison sérieuse.

Quant au traitement, nous avons eu recours à la chaleur qui est utile dans tous ces cas, puis, parmi les moyens généraux, nous avons adopté le salicylate de soude, à doses moyennes. Il paraît, en effet, rendre des services dans ces formes de rhumatisme; je me réserve, d'ailleurs, de vous entretenir de son emploi et des réserves qu'il comporte, dans une occasion ultérieure.

---

**HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Vidal.**

### Des pelades.

I

Nous allons étudier aujourd'hui les pelades, c'est-à-dire la maladie de ces individus chez lesquels on voit une alopécie partielle, la disparition complète, absolue de tous les cheveux en certains points, produisant une tonsure plus ou moins étendue, constituant une surface éburnée, ou à peine recouverte d'un très-léger duvet.

C'est la teigne décalvante d'autrefois, alors qu'on appelait teignes toutes les affections du cuir chevelu, comme on donnait le nom de dartres à tout ce qui se trouvait sur la peau du corps. Celse la désignait sous le nom d'*area;* Sauvage sous le nom d'*alopecia areata, circumscripta.* C'est le *porrigo tonsoria* d'Alibert. Cazenave l'avait d'abord confondue avec le vitiligo, puis il lui donna le nom de *tinea pelada* ou de pelade; dénomination adoptée par Bazin, excellente en ce sens qu'elle ne préjuge rien sur la nature de la maladie. Hébra l'appelle *alopecia areata*, ainsi que la plupart des auteurs allemands. Tilbury Fox la nomme *tinea decalvans.* En 1843, on y trouve un mycoderme; on croit cette phyto-alopécie produite par le *microsporon Audouini*, et pendant longtemps il fut avéré et admis qu'elle était bien le résultat de ce mycoderme. Admise par Hardy, cette opinion fut abandonnée plus tard par Hébra qui en a fait une trophonévrose. La pelade reconnaît-elle une étiologie parasitaire? Je ne l'ai jamais vu; aucun de mes collègues de Saint-Louis n'a pu me montrer ce parasite. La nature parasitaire est niée par Hébra, Erasmus Wilson, Devergie, Gibert, etc.

L'opinion de Tilbury Fox est une opinion mixte: dans bien des cas il ne croit pas aux parasites; mais, ayant vu une petite épidémie de pelade dans une institution, il y trouva le parasite, avec ses spores et même avec un mycélium.

La pelade est-elle contagieuse? C'est là une question très-controversée et sur laquelle il est très-embarassant de se prononcer. Niée par Cazenave, Hébra, etc., elle est admise par Gintrac, Gibert, Bazin, Devergie, Hardy, Tilbury Fox, Hillairet, Lallier, etc. Entre ces opinions différentes d'hommes aussi compétents, j'hésite à me prononcer. La plupart des cas que j'ai observés ne présentaient pas de contagion; mais j'ai vu des exemples de contagion bien probable. Il y a trois ans, une famille de trois enfants, l'un âgé de six ans et demi, allant à l'école, avait une pelade depuis cinq mois; l'autre, âgé de dix ans, l'avait depuis cinq semaines; enfin une fille, âgée de quatre ans et demi, l'avait depuis un mois. Je n'y ai pas trouvé de parasites. Quelques mois plus tard, j'ai vu chez un pharmacien ses quatre enfants atteints en même temps, et le père même présenta de la pelade de la barbe.

Comment se produirait cette contagion? Je ne m'en rends pas bien compte; cette année, ayant été consulté pour une épidémie de pelade dans un établissement où il y en avait quatre cas, puis deux nouveaux cas étant encore survenus, j'ai approuvé les précautions recommandées par mon collègue, médecin de l'établissement: changement de coiffures, isolement, etc., car je voulais agir en toute prudence plutôt que m'abstenir ou risquer une pratique reposant sur une théorie mal démontrée. A Vanves, une vingtaine d'enfants, je crois, ont aussi été atteints de pelade et les mêmes précautions ont été prises.

On a encore vu des enfants couchant ensemble avoir la pelade, de même le mari et la femme; mais on a vu les mêmes cas présenter des pelades isolées. Je doute encore jusqu'à ce que la nature de la pelade soit parfaitement déterminée; en attendant, au besoin, je prescrirais la séparation, l'isolement, pour ne pas m'exposer à des incriminations désobligeantes.

Quant aux autres conditions étiologiques des pelades, elles ne sont pas bien déterminées. L'âge est important à considérer, parce qu'on observe la pelade presque à tout âge, tandis que la pelade décalvante attaque plutôt les adultes et est rare dans la première enfance.

Les expériences faites pour inoculer la pelade, comme la trichophytie, n'ont jamais abouti à produire de la pelade.

Lorsque la pelade va apparaître, le poil se réduit à un très-petit volume; la cavité du follicule pileux se remplit de cellules épidermiques en très-grande quantité; on voit à la surface quelques spores. On a dit que ce sont ces spores qui étouffent le poil; je crois qu'elles sont tout simplement des spores de *torula vulgaris* que l'on rencontre à l'état sain, et partout, sur le linge humide, etc. Je pense que ce qui existe d'abord, c'est l'atrophie du poil, puis la prolifération épidermique se fait ensuite et remplit le vide. Si nous suivons un cheveu dans son évolution, nous voyons que son calibre est d'abord à peu près égal; mais, en poussant, il commence à s'atrophier, il forme une pointe implantée dans la peau, faisant la transition entre le cheveu sain et celui qui ne devient que du duvet. Dans l'alopécie syphilitique, érysipélateuse, c'est la même lésion qui se produit dans le bulbe pileux. A l'extérieur, l'extrémité se casse quelquefois. On trouve, surtout dans la barbe, des nodosités sur les poils; ou bien ils sont fendillés dans le sens de la longueur et se divisent (*scissura pilorum*), ou bien ils se renflent en chapelet; ils se terminent sur la papille en queue de rat, en racine de colza, comme on l'a dit. J'ai fait avec M. André des recherches attentives qui nous ont montré que la première lésion du cheveu peladique est dans la glande sébacée, dont les cellules épidermiques modifient leur processus physiologique et au lieu de se transformer en globes graisseux deviennent dures, se cornifient; d'où l'atrophie du follicule sébacé, le poil ne se lubréfie plus, l'épiderme se sèche, le poil se fendille à la superficie; on voit la moelle du cheveu s'interrompre; le pigment cristallin se répartit irrégulièrement, par amas inégaux, à ce point qu'on a cru parfois à l'existence d'un parasite noir. On s'explique par ce processus l'atrophie, l'amincissement du poil. Le follicule pileux n'est pas agrandi; ce qui est changé, c'est que le cheveu n'occupe plus qu'une partie de la cavité du follicule qu'il devrait remplir tout entière. Les altérations que nous venons de décrire concordent parfaitement avec l'hypothèse de trophonévrose.

*Symptômes.* — Ils sont bien nets : d'abord un point, puis plusieurs autres perdent leurs cheveux, surtout autour de la nuque, du sinciput; avant de tomber, les cheveux deviennent quelquefois rudes et présentent quelques nodosités ; la tonsure s'étend peu à peu, les cheveux se décolorent, sont remplacés par un duvet blanchâtre, jaunâtre, puis l'alopécie est complète; la surface est dégarnie comme une bille d'ivoire. D'autres petites plaques se forment dans le voisinage, analogues à la première; elles sont parfois très-peu étendues, et ce n'est que lorsque la tête est rasée qu'on voit bien la multiplicité de tous ces îlots.

Il existe un état d'atrophie remarquable au niveau de ces plaques, qui sont souvent déprimées et décolorées au point qu'on a distingué une pelade *achromateuse.* Dans la barbe, ces phénomènes sont très-marqués, les poils deviennent blancs, sans douleur à ce niveau; quelquefois cela s'accompagne de quelques démangeaisons. La surface est lisse ; en y passant le doigt, on a la même sensation qui si on les passait sur du satin.

Dans une autre forme, les cheveux tombent très-rapidement, au hasard, et sur la surface totale de la tête; les cheveux deviennent rares partout, et il ne se produit pas de tonsure localisée comme dans la variété précédente. Le crâne est dénudé en quinze jours ou trois semaines ; c'est la forme *décalvante* qui ne se cantonnera pas, mais tendra à une alopécie générale. On voit ainsi des individus auxquels il ne reste pas un poil sur le corps, dont l'alopécie est absolue et peut rester permanente.

---

## SUR L'ACTIVITÉ PHYSIOLOGIQUE DES REINS

Par N. Gréhant, aide naturaliste au Muséum.

Pour étudier l'activité physiologique des reins, ou le pouvoir éliminateur de ces organes, j'ai cherché le rapport qui existe entre la quantité d'urée contenue dans l'urine et celle qui est contenue dans le sang artériel. La détermination de ce rapport suppose que le procédé de dosage de l'urée appliqué au sang qui renferme une très-petite proportion de cette substance est aussi exact que le dosage de l'urée dans l'urine; j'ai dû d'abord soumettre à des expériences de vérification le procédé que j'emploie afin de voir si cette condition nécessaire est satisfaite.

*Vérification du procédé de dosage de l'urée.* — Le réactif se prépare simplement en faisant dissoudre un globule de mercure dans l'acide nitrique concentré employé en excès sans addition d'eau, tandis que le réactif de Millon se prépare en faisant dissoudre du mercure dans l'acide nitrique et en ajoutant ensuite de l'eau.

L'appareil qui sert au dosage se compose d'un long tube de verre large de 2 à 3 centimètres, courbé, à angle obtus, formé de deux branches: l'une est inclinée sur l'horizon, est enveloppée d'un manchon qu'on fait traverser par un courant d'eau froide et s'unit par un tube de caoutchouc avec le tube d'aspiration d'une pompe à mercure; l'autre est verticale et porte à sa partie inférieure un long tube de verre recourbé en forme de M qui est muni d'un robinet de verre immergé dans l'eau et qui se termine par une extrémité libre qui sert à l'introduction des liquides. On fait d'abord le vide absolu dans le tube à réaction, on introduit successivement la solution d'urée et le réactif, et on recueille avec la pompe les gaz qui résultent de la décomposition de l'urée et qui sont formés de volumes égaux d'acide carbonique et d'azote et d'une petite quantité de bioxyde d'azote. Je me suis demandé si le réactif employé à décomposer des solutions d'urée de plus en plus étendues donne des volumes gazeux proportionnels aux quantités d'urée introduites dans l'appareil.

$10^{cc}$ d'une solution d'urée contenant $0^{g},643$ d'urée desséchée à 108° sont introduits dans le tube à réaction, traités par un excès de réactif et donnent $230^{cc}$ d'acide carbonique sec à 0° et à la pression de $760^{mm}$.

On trouve par un calcul très-simple d'équivalents que $1^{cc}$ d'acide carbonique correspond à $2^{mg},683$ d'urée pure, ce qui pour $230^{cc}$ d'acide carbonique donne $2,683 \times 230 = 0^{g},617$ d'urée, nombre très-voisin de celui 0,643 qui représente l'urée décomposée.

On dilue au dixième la même solution d'urée et $10^{cc}$ de la nouvelle solution donnent $22^{cc},5$ d'acide carbonique.

On dilue au centième le liquide primitif et $10^{cc}$ de cette nouvelle solution donnent $2^{cc},5$ d'acide carbonique.

Enfin la solution étendue au milième donne $0^{cc},3$ d'acide carbonique.

Ainsi les solutions employées ont donné des volumes de gaz, 230, 23,5, 2,5, 0,3 à peu près proportionnels aux quantités d'urée réellement introduites dans le récipient : on peut donc avoir autant de confiance dans l'emploi du réactif, lorsqu'on décompose dans le vide une solution très-étendue d'urée renfermant seulement des millièmes, ou une solution riche en urée comme l'urine.

*Dosage comparatif de l'urée dans le sang et dans l'urine.* — Chez un chien à jeun depuis vingt-quatre heures, on prend de l'urine avec une sonde dans la vessie, puis on découvre l'artère fémorale et on aspire dans ce vaisseau avec une seringue $53^{cc}$ de sang artériel auquel on ajoute deux fois son volume d'alcool à 90°.

Le lendemain l'extrait alcoolique du sang obtenu avec la presse est évaporé à siccité dans une capsule de porcelaine placé sur un bain d'eau bouillante, le tourteau du sang est broyé de nouveau avec un volume d'alcool et soumis de nouveau à la presse. Le produit de l'évaporation est dissous dans l'eau distillée, est introduit dans le récipient, est privé des gaz libres par quelques manœuvres de la pompe et traité par la solution de mercure dans l'acide nitrique ; on obtient $6^{cc},4$ d'acide carbonique et $6^{cc},8$ d'azote. On dose l'urée contenue dans $10^{cc}$ d'urine diluée au dixième et on trouve que $1^{cc}$ d'urine donne $34^{cc},4$ d'acide carbonique ; à quels poids d'urée correspondent ces volumes de gaz ?

$34^{cc},4$ d'acide carbonique font $2,683 \times 34,4 = 0^{g},0923$ d'urée, et $6^{cc},4$ d'acide carbonique font $2,683 \times 6,4 = 0^{g},0172$ d'urée. $53^{cc}$ de sang contenaient donc $0^{g},0175$ d'urée, $1^{cc}$ de ce liquide contenait cinquante-trois fois moins ou $0^{g},000324$ ; si nous divisions le poids d'urée contenu dans $1^{cc}$ d'urine par le poids d'urée contenu dans $1^{cc}$ de sang, nous obtenons le nombre 285 ; ainsi, à volume égal, il y avait dans l'urine 285 fois plus d'urée que dans le sang artériel.

Chez un autre chien, on a trouvé 444 fois plus d'urée dans l'urine que dans le sang artériel.

Chez un troisième animal de la même espèce, on a trouvé 315 fois plus d'urée dans l'urine que dans le sang artériel.

Enfin, chez un lapin du poids de $2^{k},7$, on obtint de l'urine par compression de la vessie à travers les parois de l'abdomen, et on découvrit l'artère carotide pour obtenir du sang; on put recueillir facilement 44 grammes de sang, dont on fit un extrait alcoolique.

L'expérience a montré que $100^{cc}$ de sang du lapin renfermaient $0^{g},0127$ d'urée, tandis que $100^{cc}$ d'urine renfermaient $2^{g},642$ d'urée, le rapport de ces deux uombres étant égal à 208.

On voit donc que l'activité physiologique des reins est très-grande, puisque ces organes peuvent séparer du sang qui renferme moins d'un millième d'urée un liquide qui contient de 200 à 440 fois plus d'urée que le liquide nourricier.

Ces nombres peuvent du reste varier beaucoup suivant les conditions particulières dans lesquelles sont placés les animaux.

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 mai 1879. — Présidence de M. Paul Bert.

### PRÉSENTATION D'APPAREILS

**M. FRANCK** présente un appareil destiné à étudier l'action du froid ou de la chaleur sur un animal tel qu'un chien ou un lapin. C'est une sorte de chemise en caoutchouc à double enveloppe dans

laquelle on peut à volonté introduire de l'eau chaude ou de l'eau froide et qui s'applique exactement sur le corps de l'animal préalablement attaché sur une planche à expérience.

M. GALIPPE présente, au nom de M. Esbach, un lacto-butyromètre qui est une transformation de celui de Marchand. Voici en quoi consiste le procédé proposé par M. Esbach :

Dans un petit matras à long col, introduisez 10 centimètres cubes de lait et 10 centimètres cubes du mélange suivant :

| | |
|---|---|
| Alcool à 90. . . . . . . . . | 100 centimètres cubes. |
| Acide citrique pur. . . . . | 6 grammes. |

Mélangez et secouez vigoureusement. Ajoutez ensuite 10 centimètres cubes d'éther alcoolisé (éther à 65 — 85 ; alcool à 90 — 65). Ne mélangez pas, mais bouchez au caoutchouc et portez le matras dans un bain d'eau à 49° centigrades. Après trois minutes de séjour, retirez l'instrument ; renversez-le dix fois pour bien mélanger sans secouer et remettez au bain pendant vingt à vingt-cinq minutes.

Au bout de ce temps et avant de lire le volume de beurre dégagé, faites tourner rapidement le matras sur son axe afin que quelques gouttelettes paresseuses s'engagent dans le col de l'instrument.

La colonne de beurre se lit à l'aide des divisions tracées sur le col du matras ; on se reporte ensuite à une table : celle-ci est établie pour des laits moyens de densité 1030, mais plus ou moins écrémés.

Au point de vue de l'essai, on reconnaît comme acceptable un lait de densité 1030 et contenant 35 ou 36 grammes de beurre par litre.

Bien que ce procédé n'ait été étudié qu'en vue de l'essai du lait, beaucoup de personnes voudront l'employer comme dosage pratique du beurre. Dans ce cas il y aura une correction très-simple à faire : pour 5 millièmes de densité en moins de 1030, il faudra diminuer le poids de beurre, accusé par la table, de 4 centigrammes.

Voici, par exemple, un lait de densité 1020 ; l'essai accuse 23g, 7 par litre, le vrai titre sera 23,7 — 0,8 = 22g,9.

Le procédé a été vérifié avec le lait de femme, de vache et d'ânesse. Il ne l'a pas été avec le lait de chèvre qui est parfois très-fort et qu'il faudrait probablement étendre d'eau.

### COMMUNICATIONS

**Diastole active du cœur; cœur forcé.** — M. FRANCK fait une communication sur ce sujet. On sait que, pendant l'arrêt diastolique un peu prolongé, on observe un gonflement du cœur. Pour expliquer cette dilatation souvent énorme du cœur à la suite de cet arrêt diastolique, on a invoqué une propriété spéciale du muscle cardiaque lui-même ou du nerf pneumo-gastrique qui a fait donner à cette dilatation le nom de *dilatation active* du cœur. Si l'on admet cette théorie, un cœur qui reçoit par ses oreillettes une charge veineuse égale à 2 centimètres de mercure devra résister à une contre-pression extérieure de 2 centimètres de mercure. L'expérimentation prouve qu'il n'en est pas ainsi. La diastole active du cœur n'est donc pas un fait d'observation rigoureuse.

Cette surcharge veineuse, qui s'observe pendant l'arrêt diastolique prolongé, s'observe aussi pendant l'effort ; c'est là ce qu'on appelle le *cœur forcé*. On a attribué ce phénomène à l'effort lui-même, en tant qu'effort musculaire, s'exerçant sur le muscle cardiaque comme sur les autres muscles. M. Franck pense au contraire que le véritable travail du cœur se produit au moment où cesse l'effort et non pendant l'effort lui-même.

M. BERT, tout en admettant avec M. Franck que le cœur ne travaille qu'après l'effort, fait observer que cela ne prouve pas que l'effort ne soit pas lui-même la cause directe de la dilatation du cœur droit, ou tout au moins de l'oreillette droite.

M FRANCK ne s'explique pas la surcharge des oreillettes par le sang veineux pendant l'effort lui-même.

M. BERT dit que M. Franck a raison si l'on se place au point de vue purement mécanique, mais qu'il est impossible dans ce phénomène de ne pas se placer au point de vue physiologique.

**Physiologie expérimentale.** — M. BROWN-SÉQUARD continue ses expériences et apporte trois nouveaux cas à joindre à ceux dont il a déjà entretenu la Société. Une section faite sur les deux moitiés de l'encéphale n'empêche pas l'action des centres moteurs de s'exercer comme auparavant. La section de la moitié de l'encéphale, celle du corps calleux, ne modifie pas les phénomènes.

Après la section du pont de Varole à droite, la galvanisation du centre moteur droit continue à produire des mouvements à gauche et à droite, mais la galvanisation du centre moteur du côté gauche donne lieu à des mouvements moins accusés du côté droit.

M. Brown-Séquard a sectionné en deux endroits chez un animal, en trois chez un autre, la moitié latérale de l'encéphale, au niveau du corps strié du pont de Varole et du bulbe rachidien du même côté ; à la suite de ces deux ou trois sections, la galvanisation des centres moteurs du côté où elles ont été faites a produit plus de mouvements du côté opposé que la galvanisation du centre de ce dernier côté n'en a produit du côté où se trouvaient les lésions.

**Phénomènes hystériques chez un homme.** — M. BALL présente un malade âgé de vingt-six ans, dont les antécédents pathologiques sont si nombreux et si complexes qu'il ne veut pas en infliger la narration à la Société, et qu'il se contentera d'en indiquer les points les plus saillants. Cet homme est atteint d'un strabisme qu'il dit congénital, mais qui remonte tout au moins aux premières années de la vie. A l'âge de trois ou quatre ans, il a été pris subitement d'une lividité des extrémités digitales et même d'une perte de substance. En outre, il a été atteint d'une amaurose de l'œil droit qui n'a duré que quelques jours. Enfin, il y a six jours, à la suite d'une violente altercation avec sa belle-mère, qui l'avait fait entrer dans une grande colère, en revenant chez lui il a été subitement frappé de surdité et de mutisme. M. Ball dit mutisme et non pas aphasie, car il conserva la faculté d'écrire et put, en effet, tracer sur le papier ce qu'il éprouvait et demander ainsi qu'on fît venir un médecin. Ce mutisme a duré vingt-quatre heures ; le lendemain, le malade recouvra subitement la parole, mais il est resté sourd. Il présente une hémianesthésie à peu près complète de la moitié gauche du corps, un peu d'hémiplégie faciale à droite ; la langue est manifestement déviée du côté droit ; il se plaint d'un léger affaiblissement du côté gauche. La surdité est bilatérale, mais prédomine du côté droit ; il a conservé la sensibilité de la conjonctive à gauche.

Ces phénomènes sont en voie de résolution. C'est pourquoi M. Ball s'est pressé de présenter ce malade pendant qu'ils sont encore très-appréciables.

M. MAGNAN pense qu'il s'agit, dans ce cas, de phénomènes hystériques. L'hémiplégie, cette amaurose passagère, cette surdité nerveuse, tous ces troubles ont bien présenté la physionomie de phénomènes hystériques.

M. BALL fait remarquer que ces amauroses passagères ne s'observent pas seulement chez les hystériques ; M. Ball lui-même a été pris, subitement, d'une amaurose qui n'a duré que quelques heures, et il ne se connaît aucun symptôme d'hystérie.

M. POUCHET présente, au nom de M. Jules André, la première partie d'un travail intitulé : *Études d'histologie pathologique.*

La séance est levée.

---

## VARIÉTÉS

### Promenade au Salon.

On est tout ébahi et désorienté en pénétrant dans le Salon, et il semble de prime abord qu'il soit impossible de se retrouver au milieu des 3,040 tableaux exposés cette année au *Palais de l'Industrie*. Orientons-nous donc et tâchons d'éviter aux amateurs des détours et des pas inutiles dans ce dédale.

En entrant au Palais de l'Industrie par la porte principale, porte nord, on prend à droite le grand escalier, laissant de côté le jardin où a été installée la sculpture. Qui se douterait que ce jardin si

coquet, où sont disséminés quantité de statues, de bustes (ceux de Claude Bernard, de MM. Pajot et Landolt entre autres), de médaillons, de bas-reliefs, etc., servait de champ de course, il y a quelques jours à peine, aux chevaux du concours hippique.

Après avoir gravi l'escalier, on pénètre dans une vaste salle qui n'est ni la première ni la dernière, quoiqu'elle porte le nº 25 (il y a au total 28 salles) dans l'organisation du salon de peinture. Les galeries ou salles occupent tout le côté nord et le côté ouest du Palais de l'Industrie et même une petite partie du côté sud. L'ensemble de toutes les salles représente une grande lettre L gigantesque ayant la grande branche au nord, la petite à l'ouest, avec un petit crochet en retour sur l'extrémité de la petite branche du côté du sud. Chaque salle porte un numéro d'ordre et les noms des artistes y sont rangés par lettre alphabétique.

Pour parcourir les salles avec ordre, il faut tout d'abord se transporter à l'extrémité sud du salon, dans la salle 8 *ter*, où se trouvent des tableaux d'artistes dont le nom commence par A et par B. En parcourant toutes les salles situées du côté de l'angle rentrant de l'L, c'est-à-dire du côté du jardin du Palais de l'Industrie, on arrive à l'extrémité est. Une autre série de salles se trouve sur le côté extérieur de l'L. Elles communiquent avec les autres qui leur sont parallèles.

La régularité de l'installation de toutes ces salles, disposées parallèlement et deux par deux, est interrompue de distance en distance par des salles immenses, au nombre de quatre, situées l'une en face de la porte d'entrée, les trois autres aux angles est, nord-ouest et sud-ouest du Palais de l'Industrie, aux extrémités des deux branches de l'L.

En somme, on s'oriente assez facilement et on n'éprouverait pas de difficulté à trouver le tableau cherché si des influences occultes ne venaient point modifier l'harmonie d'une première distribution. C'est ainsi que Mlle Samary, de la Comédie-Française, peinte par Louise Abbema, se trouve au milieu des tableaux B, quoique son tableau numéroté I se trouve le premier sur le catalogue. J'en dirai autant du portrait de M. J. Cloquet qui était dans la salle 8 le 12 mai et dans la salle 9 le 13.

Commençons notre rapide promenade par le côté sud, salle 8 *ter*, lettres A B.

Nous apercevons une tête connue, due à G. Becker. C'est le portrait de M. Tillaux, portrait d'une ressemblance frappante qui ne montre que la tête et les épaules du chirurgien. Le nez au vent, M. Tillaux a la physionomie franche et ouverte et un visage glabre encadré par deux petits favoris roux, aux poils rares, et par une chevelure rejetée en arrière. Anatomiquement, la peinture me séduit, mais je suis moins satisfait au point de vue de l'art. Quel teint, grand Dieu ! Pourquoi l'artiste a-t-il exagéré le coloris de ce visage et certains détails de structure de cette tête déjà trop forte naturellement? M. Tillaux, dont le teint est coloré sans doute, n'a pas cette rougeur jus de groseille dont M. Becker l'a gratifié. C'est à croire que quelque malin s'est amusé à barbouiller ce tableau après son complet achèvement.

Sortant de la salle 8 *ter* et suivant l'itinéraire tracé, on traverse une salle de gravures et on entre dans l'immense salle 9 sud-ouest. A gauche en entrant, le quatrième tableau du rez-de-chaussée, portant le nº 714, représente le baron J. Cloquet, par Mme Caroline Commanville. Si les yeux de l'illustre vieillard avaient un peu plus d'expression (ils en ont une si grande sur l'original !), on ne pourrait se refuser à admettre que ce portrait est le meilleur parmi les portraits des médecins qui figurent à l'exposition. La ressemblance est parfaite. On sent une grande vigueur dans le coup de pinceau. Ce tableau tient à la fois de Bonnet et de Carolus Duran. Cette vigueur n'est pas commune dans les peintures de femme et ce n'est pas sans étonnement qu'on lit la signature de l'artiste. On aime à reposer son regard sur ce visage de vieillard qui respire la santé et la bienveillance.

Après avoir traversé ensuite plusieurs pièces, on arrive dans la grande salle nº 5 de l'angle nord-ouest. Près de l'angle nord-ouest lui-même, se trouve le portrait de M. le professeur Pajot, nº 162, par Bassot.

L'expression est vraie, la nature a été prise sur le fait ; le peintre a admirablement saisi la franchise et l'énergie qui se reflètent sur le visage agréable de Pajot, qui est revêtu du costume officiel, assis devant une table, une thèse ouverte dans la main droite.

De la salle 5, dirigeons-nous vers l'est et prenons la salle de droite du côté du jardin ; nous pénétrons dans la salle 4. En face, au quatrième étage, on aperçoit aussitôt un portrait de médecin, à la tenue correcte, redingote boutonnée, etc. C'est M. Dujardin-Beaumetz, nº 184, peint par Beaumetz. Ce portrait n'est pas réussi ; on n'y trouve même pas la plus légère ressemblance. Malheureusement quelques coups d'un pinceau malencontreux ont produit de l'œdème sur le côté droit du visage et une tuméfaction de la paupière inférieure gauche.

En sortant de la salle 4, on arrive à l'extrémité est du salon sans rencontrer aucun portrait de médecin connu. Si de cette extrémité on revient sur ses pas, mais par la série de salles encore inexplorées, on entre dans la salle 19, et on aperçoit en face, un peu à gauche, le portrait d'un homme au front découvert, aux yeux enfoncés au-dessous des sourcils, le menton près du sternum. C'est un conspirateur, ou un homme qui a une bonne opinion de lui-même. Il semble dire : C'est moi. Ce portrait, par Gilbert, un peu flatté, est ressemblant. Les mains sont dures, rugueuses ; les saillies osseuses en sont trop accentuées et les veines sont tellement développées et turgescentes qu'on est tenté de relâcher la manche du vêtement qui semble comprimer les veines du bras et de l'aisselle (j'ai entendu vanter cette main, mais elle n'est pas de mon goût). La main gauche est, sans façon, fourrée dans la poche du pantalon, tandis que la droite est sur la poitrine, l'extrémité des doigts dans la redingote. Ce portrait est celui de M. Théophile Anger, nº 1365.

Plus loin, dans la salle 19, nous trouvons le portrait du professeur Chauffard, situé en face et à gauche dans l'angle. Portrait magnifique de vérité ; ce sont bien les traits du regretté professeur, et son expression calme respirant la bonté et la bienveillance. Les mains sont parfaites. Ce portrait, nº 1811, est peint par Layraud.

Parcourons tout le côté nord, le côté ouest, et arrivons au sud. Nous voici à la dernière salle, 9 *ter*. Nous nous trouvons en face du portrait d'un chirurgien bien connu. C'est M. Péan, peint par Yvon, nº 3025. Ce portrait est beau et très-ressemblant. Il semble que le chirurgien va parler. Il est en habit, tenant une plume de la main droite et ouvrant sa main gauche comme s'il s'adressait à son auditoire.

Au fond de la même salle, dans l'angle sud-est, nous apercevons le dernier portrait médical, celui du docteur Nivert, par Mlle Wymbt, nº 3019. Les accessoires sont d'une bonne exécution ; les favoris, la moustache et les cheveux sont également réussis ; mais le visage est vieillot, rabougri, l'œil droit pleure et l'autre se cache. En un mot, on peut dire que le portrait est *raté*. C'est une figure de vieillard dans laquelle on reconnaît à peine notre confrère.

Dans cette promenade rapide, j'ai donné une esquisse bien imparfaite des médecins exposés. J'ai pris les principaux, les plus connus, et mon but a été simplement de diriger nos confrères dans la recherche de ces portraits.

Docteur Zeuxis.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Faculté de médecine de Paris.* — M. de Beurmann (Charles-Lucien), né à Strasbourg le 12 juin 1851, est nommé chef du laboratoire de clinique médicale à l'hôpital de la Pitié (emploi nouveau).

M. Guignard (Jean-Louis-Léon), né à Mont-sous-Vaudrey (Jura) le 13 avril 1852, est nommé chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale à l'hôpital de la Pitié (emploi nouveau).

M. Valmont (Félix-Marie-Louis), né à Barentin (Seine-Inférieure) le 19 mai 1852, docteur en médecine, est nommé préparateur du

laboratoire de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Hardy, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Hortolès est nommé préparateur d'anatomie générale, en remplacement de M. Picard, démissionnaire.

M. Jacquin (César-Antoine-Adrien), né à Saint-Julien (Jura) le 15 décembre 1850, pharmacien de première classe, est nommé chef des travaux chimiques du laboraroire de clinique médicale en remplacement de M. Gazeuve, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Ville, préparateur de chimie, est délégué, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1878-79, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physique et de chimie, en remplacement de M. Girard, appelé à d'autres fonctions.

M. Cafrawy-Kamil, né au Caire (Égypte) le 1er janvier 1856, est délégué, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1878-79, dans les fonctions de préparateur de chimie, en remplacement de M. Ville, chargé provisoirement d'autres fonctions.

M. Bloc (Charles-Paul-Louis-Eugène), né à Toulouse le 15 février 1845, docteur en médecine, est institué chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Chalot, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Gley (Marcel-Eugène-Émile), né à Épinal (Vosges) le 16 janvier 1857, est nommé aide de physiologie, en remplacement de M. Cadiot, démissionnaire.

— *Collège de France.* — M. de Sinety, docteur en médecine, est nommé répétiteur près la section des sciences naturelles de l'École pratique des hautes études et attaché, en cette qualité, au laboratoire d'histologie du Collège de France, en remplacement de M. Pitres, appelé à d'autres fonctions.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. le docteur Verdalle (H.) est nommé médecin-adjoint.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Boudant, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand et inspecteur-adjoint des eaux du Mont-Dore. Notre très-sympathique confrère a été enlevé par une congestion pulmonaire, après huit jours seulement de maladie.

— La Société d'anthropologie a décerné jeudi, en séance publique : 1° le prix Godard, à M. le docteur Le Bon; deux mentions honorables à M. de Ufjalvy et Zaborowski; 2° le prix d'ethnologie de la France à M. le docteur Chervin et une mention honorable à M. Rivière.

— Le fait par un pharmacien d'usurper le nom et les titres d'un médecin pour recommander un remède et le placer sous son patronage dans les annonces adressées au public, engage sa responsabilité à raison du préjudice moral et de l'atteinte que cette usurpation peut causer à la dignité professionnelle du médecin. (*Moniteur judiciaire de Lyon.*)

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8244.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

**On s'abonne hors de Paris**
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Luys a terminé dans cette séance sa lecture sur le dédoublement des opérations cérébrales. C'est une suite et un développement nouveau donné à ses belles recherches, si connues de tous, sur la structure et les fonctions du cerveau ; recherches d'où il a pu déduire cette conclusion générale : que les divers processus de l'activité du cerveau se résument, en dernière analyse, en un mouvement circulaire d'absorption et de restitution de forces, le monde extérieur, avec toutes ses sollicitations, entrant en nous par la voie des sens, sous forme d'excitations sensorielles, et en sortant, après y avoir été modifié par son conflit avec les tissus vivants, pour se réfléchir au dehors en manifestations variées de motricité volontaire.

Mais, dans ces divers processus de l'activité cérébrale, la même part d'activité coopérative doit-elle être faite à chacune des deux moitiés dont se compose le cerveau?

Des faits de localisation unilatérale de fonctions importantes faisaient déjà présumer qu'il n'en devait pas être ainsi. C'est ce nouveau point de vue du fonctionnement cérébral qui a fait l'objet de cette lecture.

Dans ces nouvelles études M. Luys s'est proposé, en effet, de démontrer que, sous l'apparence de l'unité sentante et agissante résultant de la solidarité intime des deux moitiés dont se compose le système nerveux cérébral, il existe en réalité entre ces deux moitiés une certaine indépendance et que chacune d'elles est douée d'une certaine autonomie en vertu de laquelle elles peuvent fonctionner isolément, en un mot qu'il se fait un dédoublement des opérations cérébrales. On a vu dans la première partie de ce travail le témoignage emprunté à l'anatomie et à la physiologie : l'anatomie montrant, d'une part, à côté de l'anastomose exacte à l'aide des fibres commissurantes des deux moitiés du cerveau, les différences de configuration de ces deux moitiés, leur asymétrie et l'inégalité de répartition de la matière cérébrale entre chacun d'eux, indiquant assez que, si les lobes cérébraux sont semblables en apparence, ils ne sont point égaux ; tandis que la physiologie, de son côté, nous montre que non-seulement ces deux lobes ne sont égaux ni en puissance dynamique ni en activité fonctionnelle, mais qu'ils peuvent acquérir une certaine indépendance d'action, se spécialiser, agir isolément comme deux individualités indépendantes, ainsi que le démontre en particulier d'une manière si frappante la localisation dans un seul côté de la faculté du langage. Et ici M. Luys, appliquant à ce fait particulier de la fonction du langage les données générales si ingénieusement exposées dans son beau livre *le Cerveau* sur le phénomène de la motricité volontaire, constitué partout par les deux processus successifs et solidaires, le processus primitivement et purement psychique dans lequel le stimulus de la volition est encore à l'état latent, et le processus d'émission en vertu duquel ce même stimulus de la volition opère sa projection au dehors, montre que, dans le cas particulier de l'émission de la parole, on retrouve, en effet, les mêmes deux phases distinctes, la phase psychique et la phase somatique, cette dernière évoluant dans les régions spéciales que l'anatomie pathologique nous a fait connaître.

Ces données acquises en anatomie et en physiologie, il entrait dans le plan de M. Luys de montrer quelle lumière cette théorie de l'activité isolée des hémisphères cérébraux est destinée à jeter dans le domaine de la pathologie mentale, en fournissant à un grand nombre de troubles psychiques une explication rationnelle et en ramenant ainsi certains faits d'ordre pathologique aux lois générales de l'évolution des actes psychiques à l'état normal. C'est ainsi, fait-il remarquer, qu'il existe un grand nombre d'états morbides qui rentrent naturellement dans cette catégorie de faits : tel est le cas des hallucinés conscients qui jugent et exposent avec lucidité les troubles dont ils sont atteints, des impulsifs qui luttent contre leurs tendances et dont la volonté est impuissante à maîtriser les actions, et de toute cette classe d'individus indécis et mobiles qui veulent à un moment donné, et qui à l'instant ne veulent plus faire tel ou tel acte, restant immobiles faute de décision. M. Luys voit dans tous ces faits autant de manifestations variées en apparence, mais toujours identiques au fond, qui expriment en quelque sorte le combat intérieur de l'être humain divisé en deux sous-individualités indépendantes et insubordonnées, et chez lequel on peut dire que c'est tantôt la partie saine et tantôt la partie morbide qui entre alternativement en scène et prend successivement la parole.

Tel a été le sujet de la deuxième partie de la lecture de M. Luys, qui a fait voir, par des exemples, qu'un grand nombre d'états psychopathiques, fugitifs et transitoires,

n'ont pas d'autre mécanisme intime que l'action discordante des deux lobes cérébraux agissant chacun isolément dans une sphère d'activité propre et donnant ainsi l'explication de ces cas de lucidité coïncidant avec le délire, de ces cas dans lesquels les malades sont entraînés à mal faire tout en ayant conscience de leurs divagations.

M. Luys ne s'est pas borné à signaler toutes ces manifestations si curieuses de la vie mentale, indiquant un trouble profond survenu dans l'équilibration des fonctions cérébrales; il en a trouvé la raison anatomique dans l'écart du poids qui existe chez ces sujets entre les deux lobes, avec renversement de leurs rapports normaux, et dans l'examen direct des lobes cérébraux de certains malades qui montrent d'emblée des différences notables de conformation dans certains départements de l'écorce cérébrale existant spécialement dans un lobe à l'exclusion de l'autre.

On peut dire en résumé, et ce sont là les conclusions du travail de M. Luys, qu'il existe des faits patents, indéniables, dans lesquels on constate d'une façon typique des troubles spéciaux des facultés mentales caractérisés par des conceptions délirantes fixes, systématisées, coexistant avec la lucidité, dans lesquels on constate d'une façon simultanée l'inégale participation des appareils de l'unité mentale, un lobe cérébral étant hypertrophié localement et son congénère dans les conditions normales.

Cette théorie du dédoublement de l'activité mentale peut encore trouver sa place dans une série de phénomènes pathologiques caractérisés par les impulsions involontaires conscientes qui poussent certains malades à parler, à courir malgré eux, etc.

Peut-être même cette étude pourrait-elle donner une explication à certaines névroses extraordinaires dont le monde des philosophes et celui des médecins a été saisi dans ces derniers temps, ainsi que les phénomènes du vertige, de la propulsion latérale, dont la physiologie pathologique est encore à faire, à des troubles primitifs unilatéraux de la circulation encéphalique.

Nous nous en rapportons à M. Luys du soin de poursuivre et d'étendre encore ces intéressantes recherches.

Dr Brochin.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Vidal.

### Des pelades (1).

II

*Diagnostic.* — Il est facile en général. Ce qui pourrait le plus ressembler à une pelade serait, chez l'adulte, le vitiligo; mais il est très-coloré et pigmenté à son pourtour; les poils sont blancs, mais ils ont toute leur vitalité; ils n'ont pas subi d'autre altération que le changement de couleur. L'herpès tonsurant est si rare chez l'adulte qu'il est inutile d'insister. Au-delà de l'âge de seize ans, le trichophyton est rare. Chez les enfants, on le retrouve facilement en faisant raser les cheveux; on voit alors les cheveux comme en broussaille, comme une barbe récemment faite; il y a une abondante desquamation épidermique; on observe souvent une circination assez régulière. Rien de tout cela ne se rencontre dans la pelade; quand l'herpès tonsurant a duré depuis longtemps, on trouve toujours au milieu de sa plaque des poils cassés; au microscope, on voit ces poils engainés par les parasites en grande quantité.

Le favus, après sa guérison, peut laisser l'alopécie. On voit alors les poils aplatis, frisés, gros sur un tissu cicatriciel qui est caractéristique.

Le lupus érythémateux fait aussi des tonsures, mais il y a des cicatrices, et on trouve le lupus en activité au pourtour de la plaque dégarnie.

Le *pronostic* est variable. La pelade est-elle toujours curable? Toutes celles qui sont traitées au début sont curables. Abandonnées à elles-mêmes, le plus grand nombre des pelades, de forme achromateuse au moins, peuvent guérir spontanément. Les variétés décalvantes peuvent amener une alopécie persistante. Dans ces formes, il faut réserver le pronostic; les récidives peuvent être annoncées; les cheveux repoussent même plus forts et plus colorés, puis, une ou deux années après, ils tombent de nouveau. En général, si la pelade ne dure pas depuis plus d'un an, dix-huit mois même, on peut exprimer l'espoir de la guérir.

J'en ai vu datant de dix et douze ans, mais qui n'ont pas guéri. Cependant, dans une pelade ancienne, si l'on voit des poils follets à la surface, si elle n'est pas complètement glabre et s'il y reste la place des follicules pileux, on peut avoir des chances de guérison.

Quand la guérison se fait, voici ce que l'on observe: le poil follet suit une marche ascendante vers la formation d'un poil normal, comme le poil a suivi une évolution descendante pour passer à l'état de poil follet; alors le poil follet se colore, au centre de la plaque achromateuse d'abord, puis le duvet devient plus adhérent, enfin le poil apparaît.

*Traitement.* — Il n'y a pas de comparaison possible entre le malade abandonné à lui-même et le malade qui se traite, même très-maladroitement.

Le but à atteindre est de stimuler le cuir chevelu et la vitalité générale de l'individu. Cependant, dans ce sens, les courants électriques n'ont pas réussi; il faut produire une excitation plus forte. Le traitement est évidemment subordonné à l'idée que les médecins se font de la nature de la maladie; les partisans de la théorie parasitaire préconisent l'avulsion des poils. Mais, après avoir duré un certain temps, la tonsure est tout à fait glabre et on n'épile pas une surface d'ivoire. Les preuves tirées d'autres méthodes de traitement sont suffisantes pour démontrer l'inutilité de l'épilation qui, d'ailleurs, agit déjà comme moyen d'excitation.

On a employé beaucoup la pommade de Rochard au sel de Boutigny qui réussit comme tout excitant. Hébra fait des frictions irritantes avec de la teinture de cantharide, de capricum, de colchique, de l'éther, etc., une ou deux fois par jour. D'autres ont employé la teinture d'iode contre la pelade aussi bien que contre la trichophytie; d'autres, l'huile de croton étendue sur des rondelles d'amadou.

Ladreit de Lacharrière se sert d'huile de croton de la façon suivante. Avec:

| | | |
|---|---|---|
| Cire vierge . . . . . . . . . . | 2 | parties. |
| Huile de croton. . . . . . . . | 4 | — |
| Beurre de cacao. . . . . . . . | 2 | — |

on fait des bâtons de cosmétique.

(1) Fin. — Voir le numéro du 20 mai 1879.

On se trouverait mieux, je crois, de la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Cire vierge. . . . . | *aâ.* 3 grammes. |
| Beurre de cacao. . . | |
| Huile de croton. . . . | 4 grammes. |

Toutefois ce traitement de la pelade est douloureux et provoque des éruptions intenses sur les sujets qui ont la peau impressionnable; il amène aussi la destruction des follicules pileux en îlots comme dans l'acné pilaris.

M. Besnier ajoute à ce traitement les douches d'hydrothérapie.

M. Lallier fait raser les cheveux trois fois par semaine, la barbe tous les jours et fait des frictions avec :

| | |
|---|---|
| Alcool camphré. . . . . | *aâ.* 100 grammes. |
| Baume de Fioraventi . . . | |
| Teinture de cantharides. . . | 25 à 50 grammes. |

A l'hôpital Saint-Louis, depuis 1861, j'emploie les vésicatoires.

J'avais observé une fois un malade qui guérit très-vite d'une alopécie momentanée à la suite d'un érysipèle traité par les vésicatoires. Depuis, j'ai continué ce traitement. Si la plaque est limitée, on ne rase pas toute la chevelure; mais il faut qu'elle soit bien isolée et qu'on soit sûr qu'il n'y a pas d'autres îlots. Vous avez vu dans nos salles cette jeune fille qui a une belle chevelure avec un seul îlot de pelade, je me suis contenté de ne faire raser que cette région en ayant soin de raser à quelques centimètres au-delà de la tonsure de pelade. On applique alors des vésicatoires; après trois ou quatre vésicatoires, la plaque ne progresse plus. Mais la guérison est moins rapide que lorsque tout le cuir chevelu est rasé et subit l'excitation sur toute la superficie.

Dans la pelade de la barbe on fait des frictions avec de la teinture de cantharides. Auparavant, je faisais des lotions d'eau de feuilles de noyer, savon noir, etc.; mais j'ai renoncé aux parasiticides; maintenant je fais faire des lotions avec de l'eau de feuille de noyer en y ajoutant, pour un demi-verre, une cuillerée à bouche de rhum et une cuillerée à café d'ammoniaque. Ces lotions sont faites matin et soir, de façon à déterminer de la cuisson, de la démangeaison de la peau.

On applique les vésicatoires régulièrement, de manière à parcourir toute la surface de la tête; il faut bien prévenir les malades qu'on va leur appliquer de nombreux vésicatoires et qu'il n'y a pas à les compter; on en appliquera autant que ce sera nécessaire. On lève le vésicatoire dès que l'épiderme commence à se soulever; on ne laisse pas à la phlyctène le temps de se soulever. Quelques-uns mettent un vésicatoire tous les jours en des points successifs de la tête. On rase la tête tous les deux jours; quand il s'est formé un duvet assez dur, on laisse pousser les cheveux, et le traitement se poursuit comme dans les formes commençantes et comme dans la pelade de la barbe, consistant simplement en frictions excitantes de cantharide. On emploie d'abord de la teinture de romarin au cinquième, puis on arrive à l'employer pure.

Les frictions sont faites avec une petite brosse à dents, matin et soir. Si la peau se rougit, on ne les pratique que le soir; s'il y a une irritation trop forte, on ne les prescrit que tous les deux jours.

La guérison par les autres traitements ne s'obtient qu'au bout de six ou huit mois; or, avec les vésicatoires, sur plus de cent malades, je n'ai comme durée moyenne que trois ou quatre mois de traitement; plusieurs fois j'ai obtenu la guérison complète en deux mois.

Ce traitement a aussi été employé par un médecin anglais qui le vante beaucoup; je ne sais lequel de nous deux l'a employé le premier; le résultat, en tous cas, est très-satisfaisant.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mai 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'intérieur informe l'Académie que, par décision en date du 12 de ce mois, il a mis, ainsi que ses prédécesseurs, à sa disposition une somme de 2,000 francs dont le montant devra être employé à des récompenses en faveur des auteurs des meilleurs mémoires sur la mortalité du premier âge.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Orne, de l'Ardèche, du Lot, de la Nièvre, de la Corse, de la Dordogne, du Cher, de la Vendée, de l'Isère, des Landes et de la Haute-Saône (Commission des épidémies); 2° le compte-rendu de M. le médecin inspecteur des eaux minérales de Gréoulx, pour l'année 1877 (Commission des eaux minérales).

M^me^ veuve Michel Lévy adresse à l'Académie un exemplaire de la sixième édition du traité d'hygiène de feu son mari.

M. Onimus adresse une note sur les différences de contractilité électro-musculaire dans les paralysies faciales de cause périphérique ou de cause centrale.

M. Labbée adresse, au nom de M. Luton (de Reims) et au sien, deux brochures sur l'avenir des écoles préparatoires de médecine.

M. le docteur Vallin, professeur d'hygiène au Val-de-Grâce, se porte candidat dans la section d'hygiène.

### PRÉSENTATIONS

**M. Bergeron** présente, au nom de M. Lunier, une brochure sur la réunion du congrès international contre les progrès de l'alcoolisme.

**Bassin rachitique de 6 centimètres; enfant mort; opération césarienne; guérison.** — **M. Depaul** présente une malade qui fait le sujet de cette observation. (Sera publié.)

**M. J. Guérin** offre à l'Académie un travail qu'il vient de publier sous le titre d'*Étude sur l'intoxication purulente.* C'est la reproduction des communications qu'il a faites dans la discussion de 1871 et 1872, précédée d'une introduction où il a cherché à faire ressortir le caractère particulier de cette étude. Quoique inspirée par les circonstances où elle est née et en vue de concourir à l'élucidation de questions de pathologie et de thérapeutique chirurgicales soulevées par la discussion, cette étude a eu un autre but : celui de soumettre le grand fait de l'intoxication purulente à la méthode étiologique.

Prendre le pus à son origine, le suivre dans son évolution, dans ses transformations, à tous les degrés de son altération, depuis sa première atteinte par l'air jusqu'à sa putréfaction la plus complète et la plus avancée; mettre en regard de toutes ces phases, de toutes ces modalités de son altération, d'une part, les influences successives qui les déterminent, d'autre part, les symptômes par lesquels elles sont annoncées et exprimées : tel est le problème d'étiologie analytique que M. Guérin s'est proposé de résoudre.

J'ai espéré, dit-il, par cette investigation, pouvoir classer en série régulière et méthodique une foule de faits dont les uns n'avaient pas été aperçus, les autres avaient été considérés contradictoirement comme le résultat de causes différentes, alors qu'ils ne sont que les effets différents d'une même cause diversifiée. Pour rendre cette étude aussi utile à l'art qu'à la science, M. Gué-

rin a cherché à déterminer, parallèlement aux indications fournies par l'analyse étiologique, les méthodes et moyens thérapeutiques que ces indications réclament. Il ajoute, en terminant, que l'évolution sériale de l'intoxication purulente a, en outre, pour résultat de mettre en évidence tous les faits qu'il incombe aux nouvelles théories de la septicémie purulente de considérer et d'expliquer. Cette tâche, déjà commencée pour certains ordres de faits particuliers de purulence septique, doit se généraliser et étendre d'autant le champ de la critique sérieuse à opposer aux artifices si séduisants de la théorie des germes.

M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Paul Jolly, membre titulaire de l'Académie dans la section de thérapeutique.

### LECTURE

M. LUYS continue la lecture qu'il a commencée dans la dernière séance.

Voici les conclusions de la deuxième partie (voir le nº du 15 mai 1879 pour les conclusions relatives à la première partie).

5º Chez certains aliénés, les hallucinés lucides, les hypochondriaques lucides, la coexistence de la lucidité et du délire peut trouver son explication rationnelle dans l'intégrité d'un lobe cérébral et l'hypertrophie morbide de certaines régions du lobe opposé. Dans un certain nombre de cas semblables nous avons constaté que le travail morbide était unilatéral et manifesté par une saillie insolite du lobe paracentral.

Ces faits semblent donc démontrer la possibilité de la coexistence de l'hallucination et de la lucidité.

6º En dehors des cas que nous venons de signaler, il existe encore un grand nombre d'états psychopathiques, les impulsions, les aliénations avec conscience, chez lesquels les troubles morbides ne peuvent avoir d'autre explication rationnelle et véritablement physiologique qu'une désharmonie passagère survenue entre les deux lobes cérébraux, dont l'un fonctionne d'une façon irrégulière alors que son congénère est dans les conditions normales.

7º Au point de vue du pronostic de la maladie mentale, la survivance de la lucidité et sa persistance étant bien constatées, on peut en déduire des données d'une certaine importance, car ce symptôme impliquerait l'intégrité persistante d'un lobe seulement avec toutes ses aptitudes dynamiques; et réciproquement l'absence de la lucidité, constatée d'une façon précise, impliquerait l'envahissement simultané et parallèle de deux lobes cérébraux. On sait, en effet, que la plupart des hallucinés qui, au début, sont lucides pendant un certain temps, finissent par cesser de l'être, et qu'au bout de plusieurs années, par l'évolution naturelle du processus morbide, ils finissent par être complètement oblitérés pour les incitations du dehors et plus ou moins privés de la compréhension de ce qui se passe autour d'eux. Dans les cas de ce genre les lésions portent également sur les deux hémisphères, et c'est la démence qui se révèle avec ses caractères d'incurabilité absolue.

8º La théorie, en un mot, du dédoublement de l'activité cérébrale peut donner une explication rationnelle à certains phénomènes morbides des psychoses qui jusqu'à présent sont restés dans l'ombre faute de données suffisantes, destinées à les mettre en saillie.

A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mai 1879. — Présidence de M. TARNIER.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PÉRIOSTITE ET L'OSTÉOMYÉLITE

M. LE FORT. Nous sommes en présence de deux questions : au point de vue de l'anatomie pathologique, faut-il nier l'ostéopériostite, et admettre l'ostéomyélite comme constante ; au point de vue thérapeutique, faut-il remplacer par la trépanation l'incision simple que nous avions l'habitude de pratiquer ?

MM. Lannelongue et Trélat ont voulu substituer à la périostite phlegmoneuse l'ostéomyélite, c'est-à-dire que, pour eux, le siège de la maladie serait dans les éléments médullaires des canalicules de Havers, et au-dessous du périoste, à la surface de l'os. Je pense qu'il y a inconvénient à établir cette sorte de confusion entre l'ostéomyélite que nous admettons tous et cette nouvelle ostéomyélite qui résulterait de ces opinions. Lorsque, nous chirurgiens, nous parlons d'« ostéomyélite », nous voulons dire une maladie de la moelle des os, nous faisons de l'anatomie macroscopique, et non plus de l'histologie comme nos deux collègues. Ce mot ostéomyélite caractérise pour nous une maladie importante et bien déterminée : c'est l'inflammation des os consécutive aux plaies par armes à feu, aux fractures compliquées, aux fractures en V, aux amputations qui ont ouvert le canal médullaire de l'os, etc.

M. Trélat admet bien encore une périostite, mais, pour M. Lannelongue, tout est dans l'ostéomyélite, et la maladie débute toujours dans le canal médullaire ou ses ramifications. Sans doute cela peut arriver dans un certain nombre de cas ; il y a beaucoup de vrai dans cette opinion, mais je lui reproche une exagération trop absolue, une généralisation trop exclusive, tant au point de vue de la théorie que de la thérapeutique formulée pour tous les cas.

L'ostéomyélite, telle que l'entendent MM. Lannelongue et Trélat, est souvent observée dans un grand nombre de cas d'ostéite juxta-épiphysaire des adolescents, par exemple dans le cas que j'ai rapporté ici (1873) de résection d'une clavicule nécrosée chez une jeune fille de dix-huit ans. Souvent on observe ce que Waldeyer appelait « panostitis », c'est-à-dire l'inflammation de tout l'os, débutant par l'intérieur de l'os, puis se propageant seulement ultérieurement au périoste. Mais je ne pense pas qu'il soit possible de nier l'existence de la périostite en dehors d'altérations de la profondeur de l'os. On a dit qu'il y a « périostite externe » : j'ai de la peine à accepter cette distinction, car le périoste n'a pas une épaisseur telle que l'inflammation puisse se localiser à la partie externe sans se propager à la couche profonde. Il existe une périostite phlegmoneuse dans laquelle nous ouvrons un abcès sans trouver l'os dénudé, et qui peut être comparée, par exemple, à l'adénite dans laquelle le ganglion peut être enflammé sans suppurer, le tissu cellulaire voisin suppurant seul, pour former un abcès uniquement péri-ganglionnaire, une périadénite.

Mais ce qu'il faut surtout considérer, ce sont les abcès de notre périostite phlegmoneuse, où le pus existe entre la face profonde du périoste et l'os, et dans lesquels M. Lannelongue pense que la lésion est consécutive à l'inflammation osseuse. J'accorde volontiers qu'il en est ainsi dans un assez grand nombre de cas, mais c'est une coexistence de lésion superficielle de l'os et de lésion profonde de l'os, et non un rapport constant de cause à effet ; il ne faut pas dire que la nécrose arrive fatalement. Nous avons vu souvent des abcès de périostite phlegmoneuse traités par des incisions hâtives, l'os senti à nu, le périoste décollé, et cependant la réunion se faisait sans nécrose. On se rendrait bien compte de ce processus notamment dans une pièce présentée par M. Lannelongue : entre les deux points de trépanation de l'os, on voyait un piqueté rougeâtre, indice d'une vascularisation plus grande de l'os découvert, et de production de bourgeons charnus sur cet os, qui se recolleront avec les bourgeons développés sur le périoste.

M. Lannelongue conclut qu'il faut trépaner pour donner issue au pus situé dans la profondeur de l'os, sinon l'on s'exposera à des accidents formidables, qui se trouvent un peu exagérés par ses statistiques. Il a calculé, en effet, d'après les bulletins de la Société anatomique où l'on ne s'occupe guère que de pièces anatomiques, par conséquent de cas mortels. Si l'on puisait à d'autres sources, on aurait une statistique moins mortuaire, comme M. Verneuil l'a déjà fait remarquer dans le cours de cette discussion. Ainsi Lücke (de Strasbourg) a publié en 1873 un mémoire sur l'infection primitive de la moelle et du périoste, dans lequel il cite les chiffres de

sa pratique à Berne avant son installation à Strasbourg. Il compte pour la périostite et l'ostéomyélite vingt-cinq cas, dont treize guérisons et douze morts. Il n'indique pas quel traitement il a suivi; mais il est un point de son mémoire qui est favorable à la thèse soutenue par M. Lannelongue: il dit qu'il a toujours eu de la nécrose dans tous les cas, et que dans les cas de guérison il y a eu extraction de la portion épiphysaire. Pour moi la nécrose n'est pas la conséquence fatale de la périostite aiguë; c'est le cas de ce petit malade âgé de quinze ans, que je vous présente aujourd'hui. A la suite d'une chute dans un escalier, il fut pris de gonflement à la partie inférieure du fémur, et entra à l'hôpital Beaujon avec des accidents généraux assez intenses. Je lui fis, le lendemain de son entrée, le dixième jour après l'accident, une incision de près de 2 centimètres de longueur, au niveau du point douloureux fixe qu'il présentait à la région interne du fémur. Cette incision du périoste fit cesser très-rapidement la douleur : la suppuration n'arriva que quelques jours après. Alors se produisit une augmentation notable de volume du condyle interne, et depuis un mois le malade ayant repris son travail, elle n'a pas diminué. La guérison ne me paraît donc pas aussi complète aujourd'hui qu'au moment de la sortie de l'hôpital où l'état était très-satisfaisant. Voilà cependant un malade chez lequel la lésion a eu pour point de départ le périoste; lors même qu'il serait menacé aujourd'hui d'une ostéomyélite, elle serait consécutive, et la maladie aurait marché, dans ce cas, de la périphérie vers la profondeur contrairement à la marche indiquée par M. Lannelongue. De même, chez un autre malade de mon service, ont apparu tous les symptômes de la périostite phlegmoneuse, et d'une façon spontanée; en quelques jours s'est formé un abcès considérable, pour lequel il a fallu faire une longue incision de 25 centimètres, et par suite dénuder le fémur sur une grande étendue; un nouvel abcès se forma en arrière et dénuda encore le fémur à ce niveau. Cependant le périoste s'est recollé, et je ne pense pas qu'il se formera un point de nécrose. Il y a, en résumé, de nombreux exemples qui démontrent qu'il y a des maladies limitées au périoste : l'incision du périoste suffit pour amener la guérison.

La trépanation, au contraire, peut, dans beaucoup de cas, présenter des dangers; on n'ouvre pas impunément un canal médullaire et l'on ne doit s'y résoudre que dans les cas de nécessité. Je le reconnais volontiers, il est des cas où cela est indispensable; je le répète, je ne reproche à M. Lannelongue que sa trop grande généralisation, car il y a encore beaucoup d'obscurités dans le diagnostic et même dans la classification de ces affections. Lorsque l'on a affaire à une maladie inflammatoire de l'os avec des symptômes généraux, on ne peut guère faire le diagnostic précis de la lésion, dans l'os ou dans le périoste; il sera alors très-sage de faire très-promptement l'incision hâtive du périoste. Si la maladie est limitée au périoste ou à la partie superficielle de l'os, cette incision suffira pour faire cesser rapidement les phénomènes inflammatoires. Si les douleurs persistent et sont térébrantes, je reconnais qu'on doit recourir à la trépanation, comme le demande M. Lannelongue. Mais il est des cas où la lésion occupe toute l'étendue de l'os en très-peu de temps; alors la trépanation, la résection même, seraient impuissantes. Lorsque j'ai présenté ici cette clavicule, on m'a reproché de n'avoir pas tardé un peu avant d'enlever cet os; cependant il n'était que temps. On peut éviter l'ablation complète et faire la résection de façon à conserver le plus possible l'épiphyse de l'os qui n'est ordinairement pas malade.

**M. MARJOLIN.** Dans l'espace de huit à dix ans, j'ai pu recueillir dans mon seul service des garçons un total de 112 cas dans lesquels il y a eu, pour des causes très-variables, soit abcès sous-périostique simple, soit ostéomyélite des plus graves, d'emblée ou consécutive à la périostite primitive. Je pense, en effet, qu'il y a là des états tout à fait distincts : d'une part ostéomyélite, d'autre part inflammation simple du périoste. J'insiste sur la nécessité de les distinguer nettement, parce qu'ils diffèrent entièrement dans leur marche, dans leur terminaison et dans leur pronostic. Je reconnais que ces deux affections se développent au même âge et pour les mêmes causes; mais, au point de vue clinique, je n'admets pas que la périostite franche puisse être assimilée à l'ostéomyélite. Le diagnostic assurément est parfois très-difficile. Je sais bien aussi que parfois une périostite, simple au début, se complique ensuite de nécroses, que l'inflammation peut se propager du périoste au tissu osseux, aux articulations voisines.

Un cas d'amputation de cuisse, faite avec succès par M. Tillaux pour une ostéomyélite aiguë du tibia, démontre encore que, même dans les cas désespérés, le chirurgien doit agir.

Sur les 112 cas que j'ai observés, j'ai vu quatre fois seulement le recollement du périoste avec l'os sans la moindre nécrose, après l'ouverture de l'abcès sous-périostique; je pense que ce résultat est dû à ce que l'incision fut faite dès l'apparition des premiers symptômes. Mais souvent il est des cas complexes et dans lesquels le moindre retard peut avoir les conséquences les plus graves; peut-être la thermométrie locale pourrait de nos jours être utilisée avec avantage pour faire le diagnostic.

L'incision du périoste n'ayant pas donné issue à du pus, et la douleur locale persistant toujours aussi vive, faut-il trépaner? Oui, je le crois, et je me range à l'avis de M. Lannelongue. Je pense aussi qu'il ne faut pas conclure à la guérison parce que la cicatrisation des fistules est obtenue; plus tard l'os peut redevenir malade sous la moindre influence.

Pour montrer combien le pronostic varie, je dirai que, parmi les 112 cas que j'ai observés, sur 61 cas dans lesquels l'affection datait de quelques jours ou de quelques semaines, il y a eu 27 morts, dont 7 amputés; pas un amputé n'a été sauvé. Je dois même ajouter que plusieurs enfants, quatre ou cinq, ont encore été repris par leurs parents dans un état désespéré et qu'ils devraient être compris dans le chiffre de la mortalité de l'hôpital. Au contraire, sur 50 cas de nécrose, datant quelquefois de dix-huit mois à deux ans, il n'y a pas eu un mort; un amputé même a guéri. Les os atteints le plus fréquemment ont été le tibia (50 fois), le fémur (40 fois), puis l'humérus, le tarse, etc.

### PRÉSENTATION DE PIÈCE

**M. BERGER.** Je présente à la Société une pièce anatomique que j'ai recueillie sur un homme âgé de vingt-six ans qui est mort de tuberculose aiguë à la Charité. Cet homme était connu de M. Gosselin depuis l'année 1869, époque à laquelle il fut atteint d'un phlegmon de la jambe pour lequel on lui fit une incision jusque sur l'os, et le tibia fut dénudé sur une étendue de plusieurs centimètres. Il n'y eut pas de nécrose. Quelques mois après il fut pris d'une nouvelle tuméfaction phlegmoneuse; l'abcès ouvert resta fistuleux. M. Gosselin constata souvent que la fistule menait sur le tissu osseux, mais jamais il n'y eut élimination du séquestre. Cet homme vient de succomber à la tuberculose, et j'apporte cette pièce parce qu'elle est très-intéressante; elle confirme en certains points l'argumentation de M. Lannelongue, mais j'y trouve aussi d'autres détails sur lesquels je fonderai quelques objections à cette théorie. Sur ce tibia on voit un abcès central à l'extrémité inférieure du tibia avec une hyperostose de cet os. En sciant le tibia, on voit qu'il y a eu deux abcès, séparés l'un de l'autre par un petit pont où le canal médullaire peut être reconnu intact et normal. Il y a eu là soit ostéite épiphysaire avec abcès central, soit même ostéomyélite suppurée de l'extrémité inférieure du canal médullaire, suppuration du canal médullaire circonscrite à l'extrémité du canal à cause de l'ossification de ce canal. Mais je ferai remarquer que la trépanation dans le cas présent n'aurait eu aucun résultat utile, puisqu'elle n'avait ouvert que l'un des deux foyers que nous observons sur cette pièce.

**M. LANNELONGUE.** Cette pièce démontre en partie l'opinion que je défends : cet homme a eu, en 1869, un abcès sous-périostique qui a guéri en apparence seulement; c'est ce qui arrivera certainement au malade que nous a présenté M. Le Fort; il n'est pas guéri et plus tard il présentera un abcès de l'os. Mais, pour qu'un tel abcès se soit développé dans ce tibia, il a fallu autre chose qu'une périostite, il a fallu une lésion de la profondeur même de l'os. Le mal naît toujours entre la diaphyse et l'épiphyse comme je l'ai indiqué et comme je l'ai toujours observé sur environ trois

cents faits que j'ai étudiés. Il gagne très-promptement le canal médullaire, c'est pour cela que je recommande la trépanation à ce point pour faire sortir le pus du canal osseux. C'est là que l'abcès restera deux, trois ans, si on ne lui donne pas issue. Plus tard, il descendra; c'est pourquoi je conseille de trépaner dans toute l'étendue de l'abcès sous-périostique. Je viens encore d'en avoir un exemple ces jours derniers. On m'a envoyé dimanche de Lariboisière un enfant atteint d'ostéopériostite phlegmoneuse diffuse depuis trois jours seulement; je n'avais pas trouvé trace d'abcès, cependant il sortit du pus après mon incision du périoste et après la trépanation de l'os. Aujourd'hui j'ai appliqué une deuxième couronne de trépan, parce que la douleur était encore vive à la partie moyenne du fémur, et j'ai encore fait sortir du pus. Il n'y avait cependant pas de périostite à ce niveau; le périoste y était complètement sain. Aussi, si je soutiens cette opinion avec véhémence, c'est parce qu'après avoir beaucoup cherché et beaucoup médité, je n'ai trouvé aucun fait contradictoire qui pût soulever le moindre doute dans mon esprit.

### PRÉSENTATION D'APPAREIL

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente un nouveau pulvérisateur qu'il a fait fabriquer d'après le modèle adopté par Lister, mais en modifiant la direction des pointes et en y adaptant deux tubes qui peuvent fonctionner alternativement, etc.

La séance est levée à cinq heures et demie.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 mai 1879, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

*Au grade de médecin en chef* : MM. Girard et Autric.

*Au grade de médecin principal* : MM. Dupont et Bonnescuelle de Lespinois.

— Par arrêté ministériel en date du 10 mai 1879, les chaires de zoologie, de minéralogie et géologie de la Faculté de Toulouse ont été déclarées vacantes.

— Le concours pour les deux places de médecin du service des aliénés à l'hospice de la Vieillesse-hommes (Bicêtre), s'ouvrira le 9 juin prochain, à midi.

*Juges* : MM. Legrand du Saulle, Espiau de Lamaëstre, Delasiauve, Billod, Devergie, Peter, Woillez.

*Candidats* : MM. Charpentier, Pinel (petit-fils), Dubuisson, Jules Voisin, Doutrebente, Georges Bergeron, Bourneville.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Martenot de Cordoux, médecin principal de première classe, en retraite, Bourreiff, médecin-major de deuxième classe, Barré, aide-major de première classe, et Jules Furiani, externe à l'hôpital Sainte-Eugénie, décédé à l'hôpital Saint-Louis.

— *Hôpitaux de Paris.* — Les épreuves préparatoires du concours pour trois places de médecin au bureau central sont terminées. Ont été déclarés admissibles aux épreuves définitives : MM. Rathery, Landouzy, Lacombe, Gingeot, Robin, Dreyfus, Hutinel, Danlos, Troisier et Muzelier.

— *Hôpitaux militaires thermaux.* — Sont attachés : 1° à l'hôpital de Bourbonne : MM. Reeb, Dauvé, Doin, Boucher, Charpentier, Fournier, Hornus, Lévêque et Ceisson; 2° à l'hôpital de Vichy : MM. Bintot, Delcominète, Madamet, Schmitt, Hugues, Petit, Rebuffat et Tillion; 3° à l'hôpital de Bourbon-l'Archambault : MM. Farine et Laydeker; 4° à l'hôpital de Barèges : MM. Armieux, Giard, Nogier, Bergounioux, Roux, Simon et Boué; 5° à l'hôpital de Guagno : M. Costa.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Barbier, docteur ès sciences, est chargé du cours de chimie, en remplacement de M. Reboul, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Lille.* — M. Lignier (Octave-Élie), bachelier ès lettres, est nommé préparateur de botanique (emploi nouveau).

— *École de médecine d'Amiens.* — M. le docteur d'Heilly, suppléant, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Alexandre, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Léger, docteur en médecine, est institué, pour neuf ans, suppléant des chaires de clinique chirurgicale, de pathologie externe et d'accouchements. M. Léger est nommé, en outre, chef des travaux chimiques, pour une période de dix années.

— *École de médecine d'Arras.* — M. Leclercq, professeur de physiologie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire d'hygiène et thérapeutique de ladite école.

— *École de médecine de Caen.* — M. Briard est délégué, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1878-79, dans les fonctions de chef des travaux anatomiques.

Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira, près ladite école, le 24 novembre 1879. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *École de médecine de Clermont.* — Un concours s'ouvrira le 3 novembre 1879, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Maynard, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de pathologie externe, de clinique chirurgicale et d'accouchements, pour une période de neuf années.

M. Saint-Ange (Louis-Charles), né le 20 septembre 1852, à Montestruc (Gers), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale, pour une période de neuf années.

— Il est institué à l'École pratique des hautes études, section des sciences naturelles, un laboratoire de tératologie. M. Dareste de la Chavanne (Camille), docteur ès sciences naturelles et docteur en médecine, ancien professeur à la Faculté des sciences de Lille, autorisé à faire un cours d'embryogénie à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, est nommé directeur du susdit laboratoire de tératologie.

— M. le docteur Dally est nommé membre de la commission centrale de gymnastique et des exercices militaires, en remplacement de M. le baron Larrey.

— M. le docteur Noguès, chirurgien du lycée de Toulouse, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Lafont-Gouzy, décédé. M. le docteur Ripoll est nommé chirurgien du lycée de Toulouse, en remplacement de M. le docteur Noguès, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Montano est chargé d'une mission en Malaisie et dans la partie méridionale des îles Philippines, pour des recherches relatives à l'histoire naturelle et à l'anthropologie. M le docteur Paul Rey est adjoint à la mission de M. Montano.

— *Muséum.* — M. le professeur Ph. Van Tieghem (de l'Institut) commencera le cours de botanique (organographie et physiologie végétale), le lundi 26 mai à dix heures du matin, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et lundis suivants à la même heure. Le professeur exposera l'état présent de la physiologie végétale. La leçon du samedi aura lieu au laboratoire de botanique, 63, rue de Buffon.

— M. le professeur Chatin (de l'Institut) fera sa prochaine herborisation le dimanche 25 mai dans la forêt de Saint-Germain. Rendez-vous à la gare Saint-Lazare à dix heures un quart pour prendre le train partant à dix heures et demie pour la station de Saint-Germain.

— M. Ch. Vélain, répétiteur, fera une excursion géologique le 25 mai, à Beynes et Montainville. Rendez-vous à la gare Montparnasse à six heures trois quarts du matin. Les personnes qui désirent faire partie de cette excursion sont priées de se faire inscrire au laboratoire de géologie.

— La clinique oculaire de M. le docteur G. Camuset, est transférée, 3, rue Christine (de dix heures à midi).

— M. le docteur H. Picard commencera le lundi 26 mai, à quatre heures, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, un cours public sur les maladies de l'appareil urinaire, et il le continuera les mardis et mercredis suivants à la même heure. Dans ce cours, qui comprendra dix leçons, il décrira les rétrécissements de l'urèthre, les symptômes et le diagnostic de la pierre, la lithotritie et la taille.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Rappin est prévenu qu'il subira le premier examen de doctorat (examen oral) le samedi 24 mai, à une heure, à la Faculté. Prière de passer immédiatement au secrétariat.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**De l'emploi de l'hydrate de chloral dans le traitement de l'éclampsie puerpérale,** par le docteur Testut, professeur agrégé, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Bordeaux; mémoire couronné par l'Académie de médecine de Paris. 1 vol. in-4°, avec une planche en chromolithographie. Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson.

**Contribution à l'étude des troubles respiratoires dans les laryngopathies syphilitiques,** par le docteur M. Krishaber. Brochure in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8259.

Nº 60. — MARDI 27 MAI 1879. 52e ANNÉE. MARDI 27 MAI 1879. — Nº 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

### De l'ablation des tumeurs de l'estomac par la gastrectomie.

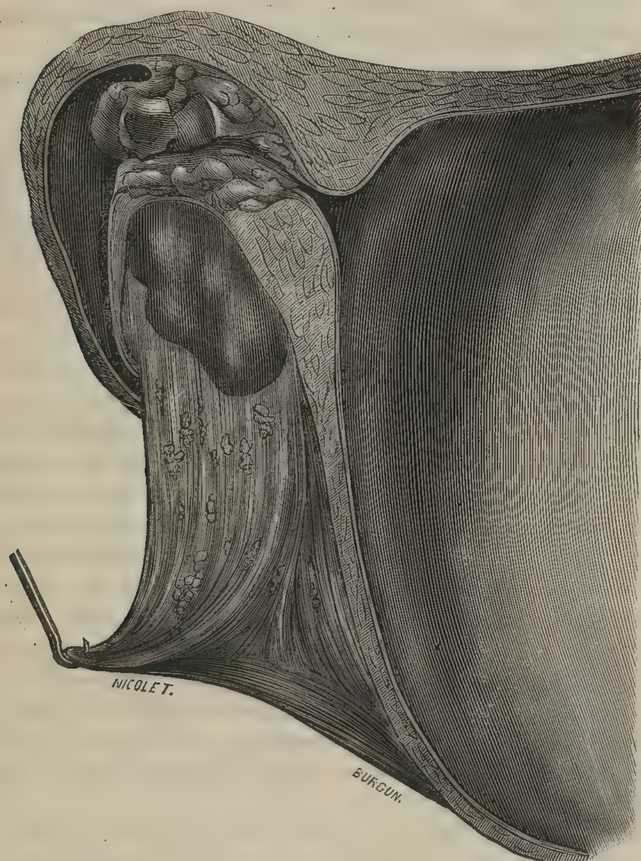
Les tumeurs de l'estomac sont bénignes ou malignes. Les tumeurs bénignes sont des kystes, des angiomes, des fibromes, des lipomes, etc. ; elles ont été peu étudiées, sans doute parce qu'elles entraînent rarement à leur suite des troubles graves et qu'elles ne sont guère reconnues pour la plupart qu'à l'autopsie. Les tumeurs malignes, au contraire, sont d'une fréquence extrême et, pour ce motif, ont attiré l'attention de tous les auteurs; ce sont des cancers à forme sarcomateuse, épithéliale ou carcinomateuse qui entraînent la mort à bref délai, soit en oblitérant les orifices cardiaque ou pylorique, soit en ulcérant les vaisseaux, en ouvrant le péritoine, en se propageant aux organes voisins et même aux organes éloignés. Comme ces tumeurs sont fatalement mortelles, les cliniciens ne s'occupent guère que de les diagnostiquer des affections bénignes et en particulier de l'ulcère simple de l'estomac, et les traitent par les moyens médicaux sans s'occuper de combattre la maladie elle-même. Quant à l'intervention chirurgicale, elle est encore considérée comme étant actuellement impossible, malgré les progrès considérables apportés dans la pratique de la gastrotomie. Quant à nous, nous avons toujours refusé d'intervenir pour enlever ces sortes de tumeurs et abandonné complètement aux médecins la direction d'un traitement reconnu impuissant. Pour nous décider à changer notre règle de conduite, il ne fallut rien moins que la volonté bien arrêtée d'un malade affecté d'un rétrécissement organique du pylore tellement complet que, depuis plusieurs semaines, aucun aliment introduit dans l'estomac ne pouvait passer dans l'intestin. Il en était résulté une dilatation extrême de l'estomac descendant au pubis (voir la figure), remplissant la cavité abdominale, et un danger imminent de mort par inanition. Depuis plus de quinze jours tous les aliments, même liquides, étaient vomis aussitôt qu'ingérés par la bouche; seuls les lavements nutritifs étaient en partie conservés. Aussi depuis trois mois ce malade avait-il perdu 64 kilogrammes de son poids, c'est-à-dire plus du tiers de ce qu'il pesait avant cette époque. De là des souffrances horribles, un découragement profond, une horreur de tous les conseils médicaux donnés sans aucun effet par les médecins les plus éclairés qu'il avait consultés en grand nombre, et l'intention bien arrêtée de se suicider si nous n'intervenions pas immédiatement pour tenter de le soustraire à la situation intolérable dans laquelle il se trouvait. Il était à craindre que les forces ne fussent pas suffisantes pour supporter le moindre traumatisme et la péritonite la plus légère. Cependant nous avions été si souvent témoin de véritables résurrections chez les malades les plus épuisées en apparence et sur lesquelles nous avons pratiqué la gastrotomie pour l'ablation des tumeurs du ventre que nous finîmes par céder à la volonté bien arrêtée du malade, de la famille et du médecin qui lui donnait habituellement ses soins éclairés.

L'opération fut pratiquée le mercredi 9 avril 1879 à la maison des Frères Saint-Jean-de-Dieu, rue Oudinot, avec le concours de MM. les docteurs Bernier, médecin du malade, Garrigou, Désarènes, Collin, Arnoult, Barrault Deny, Prengrueber, Lebec, etc.

Une incision de cinq travers de doigt fut faite au-dessus et au-dessous de l'ombilic, en passant un peu à gauche de ce dernier, selon les règles que nous avons tracées pour la gastrotomie. Malgré l'état d'anémie profonde où était plongé ce malade, nous trouvâmes plusieurs vaisseaux artériels et veineux assez dilatés pour nécessiter le pincement temporaire. Le péritoine ouvert, nous reconnûmes, comme nous l'avions pensé, que l'estomac était hypertrophié, remplissait tout l'abdomen en formant au-devant des intestins une sorte d'outre gonflée dont on ne voyait que la face antérieure.

Avant l'opération le ventre était aplati, sauf au niveau et à droite de l'ombilic où l'estomac formait une tumeur molle, fluctuante, dans laquelle la pression brusque produisait un bruit de gargouillement suffisant pour démontrer que les liquides introduits dans ce réservoir devaient s'arrêter dans le bout supérieur de l'intestin grêle. Bien que nous n'eussions constaté aucune tumeur solide à ce niveau, nous pensâmes qu'il fallait chercher de ce côté l'obstacle au cours des aliments; nous attirâmes un peu vers la ligne médiane la portion pylorique de l'estomac. Ces tractions faites doucement et méthodiquement nous permirent bientôt de constater la présence d'une tumeur organisée dont le centre correspondait au pylore et dont

les extrémités se perdaient dans l'estomac ou sous le duodénum. Le péritoine était intact et lisse à ce niveau; il n'en était pas de même de la portion du mésocolon qui en partait; au niveau du bord inférieur de la courbure gastro-duodénale existait un prolongement de la tumeur composé de petits lobes irréguliers qui semblaient faire saillie à travers les feuillets péritonéaux qui composaient le mésocolon lui-même. Tandis que la tumeur gastro-duodénale était en forme de boudin, bien qu'un peu étalée du côté de l'estomac, et mesurait 6 centimètres dans le sens transversal et quatre dans le vertical, celle du mésocolon avait la forme aplatie et le volume d'un macaron de grosseur ordinaire.



Estomac dilaté. — Pylore complètement obstrué par le cancer.

La surface péritonéale de la tumeur avait une blancheur insolite et était dépourvue de vaisseaux. Il était facile de constater qu'à ce niveau les parois du tube digestif étaient très-épaissies et obstruaient complètement la lumière. Nous excisâmes alors l'estomac et le jéjunum au-dessus et au-dessous de la tumeur, en ayant soin de pincer préalablement les vaisseaux artériels et veineux situés dans son épaisseur. Grâce à nos pinces cette résection put être faite en quelque sorte à sec. Nous enlevâmes de même la portion d'épiploon malade, en nous éloignant partout le plus possible de la tumeur, sans cependant faire de perte de substance inutile. Nous rapprochâmes aussitôt par des points de suture à anses séparées les lèvres divisées de l'estomac et du duodénum, après avoir pris soin, autant que possible, d'adosser l'une à l'autre les lèvres renversées en dedans du feuillet péritonéal. Ce temps fut un peu plus difficile à pratiquer que s'il s'était agi de toute autre partie de l'intestin parce que les tuniques propres du duodénum étaient amincies, atrophiées et le pourtour de la plaie beaucoup moins large que celle de l'estomac dont les tuniques étaient hypertrophiées et dilatées. Toutes les sutures furent faites avec le catgut. Pour les premières, le nœud fut tourné en dedans du côté de l'intestin; pour les dernières, qui furent les plus profondes, nous comprîmes en même temps l'épiploon dans l'anse de la suture et les nœuds restèrent en dehors. Pendant tout ce temps les aides maintenaient au dehors la portion du tube digestif sur laquelle il fallait opérer, et, comme il fallait empêcher les liquides altérés qui restaient encore dans l'estomac de passer dans le péritoine, nous avions pris soin de ponctionner l'estomac près de la perte de substance avec un long trocart par lequel les pressions méthodiques que nous fîmes et les nausées chloroformiques firent couler ces liquides, mélangés de débris d'aliments (tapioca, oseille) qui avaient été ingérés plusieurs jours auparavant et qui n'étaient pas digérés comme si le suc gastrique avait perdu ses propriétés digestives. Grâce à l'habileté ordinaire de nos aides, aucune goutte de liquide étranger ne tomba dans le péritoine, et nous pûmes fermer la plaie des parois abdominales sans avoir besoin de faire la toilette de la séreuse.

L'opération avait duré deux heures et demie; le malade fut couché, tenu chaudement et traité suivant les règles que nous avons exposées pour les gastrotomies.

Pendant les deux jours qui suivirent, nous lui donnâmes exclusivement des lavements nutritifs; il eut cependant quelques vomissements chloroformiques, simplement glaireux. A la fin du second jour, nous lui fîmes prendre des aliments par l'estomac; il les prit avec plaisir et en conserva la plus grande partie. Il en fut de même le troisième jour. Cependant quelques-uns de ces aliments furent vomis avec un peu de bile, indice du rétablissement de la communication de l'estomac avec les portions sous-jacentes du tube digestif. Pendant ces trois jours, le pouls resta faible à 96. Vers la fin du troisième jour, il devint petit, plus fréquent (108-112). Croyant que cette faiblesse tenait uniquement à l'inanition prolongée et que nous n'aurions pas le temps de soutenir les forces, les docteurs Brochin et Bernier, assistés de M. Mathieu, voulurent bien transfuser par la veine médiane céphalique droite cinquante grammes de sang. Immédiatement après, le pouls devint plus plein, mais aussi plus fréquent; le malade reprit un peu de coloration et se sentit plus de forces. Le lendemain, le pouls étant redevenu plus faible, M. Bernier fit, sur notre demande, une seconde transfusion de 80 grammes. Aussitôt le pouls, qui était à 130, revint à 110; il était plein, régulier; les forces et la gaieté avaient reparu; de nouveaux aliments liquides, aussi nourrissants que possible, furent pris à la fois par la bouche et par le rectum. Malheureusement, dans la nuit du quatrième au cinquième jour, de nouveaux symptômes d'affaiblissement se manifestèrent, et lorsque le lendemain matin nous nous disposions à pratiquer une troisième transfusion afin de tâcher de lui donner le temps nécessaire pour réparer ses forces, nous n'en eûmes pas le temps, et il succomba sous nos yeux à la faiblesse et à l'inanition.

Pendant tout ce temps nous avions examiné le ventre avec le plus grand soin dans la crainte qu'une péritonite ne vînt à se déclarer; nous ne pûmes constater aucun signe de cette affection; le ventre resta souple, indolent comme s'il n'y eût pas été pratiqué d'opération.

Il aurait été du plus haut intérêt de faire la nécropsie pour savoir ce qu'était devenue la suture et surtout la partie des fils incluse dans l'estomac, si, par exemple, ils avaient subi un commencement de digestion, pour voir si l'estomac dilaté était revenu sur lui-même, s'il y avait de la périto-

nite adhésive ou autre; malheureusement la famille s'y opposa de la façon la plus formelle malgré nos instances réitérées.

Bien que, comme nous l'avons dit plus haut, nous ne soyons pas partisans de l'excision de l'estomac dans les cas de cancer de cet organe, nous ne saurions désapprouver les tentatives qui seraient faites par des chirurgiens dûment autorisés dans le but de chercher à soustraire à une mort prompte et certaine les nombreux malades qui succombent journellement à cette redoutable affection. Suivant nous, c'est surtout lorsque le cancer est limité au pylore et qu'il tend à entraîner la mort par inanition que cette opération nous semblerait justifiée. C'est en ce point qu'elle serait la plus facile à exécuter. Le moment le plus favorable pour agir serait sans contredit celui où les malades ont encore assez de forces pour supporter un pareil traumatisme et surtout pour reprendre de bonne heure leurs facultés digestives. Il ne faudrait pas attendre, comme cela eut lieu dans le cas actuel, que le malade fût sur le point de succomber à une inanition trop longtemps prolongée, que l'estomac fût dilaté au point de descendre jusqu'au pubis et l'intestin grêle en voie d'atrophie. Par malheur les malades songeraient difficilement à réclamer avec instance une opération qui, en raison de sa gravité, ne pourrait être volontiers proposée par le chirurgien, tant qu'il resterait encore quelques chances de voir la vie se prolonger de quelques mois ou même de quelques semaines sans intervention chirurgicale. Il est à présumer d'ailleurs que si, dans un temps plus ou moins rapproché, quelques chirurgiens, entraînés par le désir de sauver leurs malades, poussés ardemment par ces derniers comme par leur famille, entrent plus résolûment que nous dans cette voie, ils en arriveraient à poser des indications de plus en plus précises, surtout en ce qui concerne la suture. Comme pour l'intestin, il nous paraîtra toujours rationnel pour fermer la plaie d'adosser les séreuses. Mais il n'est pas douteux que c'est surtout dans la manière d'appliquer la suture que résidera une grande partie du succès. Peut-être serait-il préférable d'employer les serres-fines qui nous ont si bien réussi dans les nombreuses expériences que nous avons faites sur les animaux et dont nous avons communiqué le résumé, en 1869, à l'Académie de médecine. Peut-être aussi serait-il préférable, si l'on employait la suture, de se servir ou de fils de soie très-fine, de fils de caoutchouc ou de fils métalliques coupés au ras et passés seulement dans les tuniques musculaires en respectant la muqueuse, plutôt que de se servir de catgut que le péritoine tolère très-bien, mais dont la résorption serait peut-être trop active. A ce point de vue, il est bien regrettable que l'autopsie, qui nous aurait permis de voir ce qui s'était passé, nous ait été refusée.

Nous appellerons aussi de nouvelles recherches sur le mode d'alimentation qui convient le mieux à ces malades, sur les services que peuvent rendre, dans ces cas, les transfusions répétées et aussi sur ce que la physiologie expérimentale nous apprendra relativement à l'état des fonctions digestives après l'enlèvement du sphincter pylorique. N'y aurait-il pas une tendance spéciale à la régurgitation ou une tendance naturelle à la formation d'un nouveau sphincter?

Ce sont là autant de questions dont la solution est de la plus haute importance pour les progrès de la chirurgie contemporaine.

---

## HOPITAL MILITAIRE DE DUNKERQUE.

### Hypertrophie des ganglions cervicaux, axillaires, bronchiques et abdominaux; thrombose des veines humérales du côté droit due à la compression des ganglions de l'aisselle; mydriase du côté droit; méningite spinale limitée à la région dorsale; aggravation de la maladie à la suite de quelques bains de mer.

Par M. le docteur F. Fournet, médecin aide-major.

R..., Eugène, soldat au 1er dragons, en garnison à Gray, est envoyé le 11 juillet 1878 à l'hôpital militaire de Dunkerque par le médecin du 110e de ligne, corps où il était en subsistance dès le 1er juillet pour prendre les bains de mer. Il aurait déjà présenté dans sa jeunesse de la tuméfaction des ganglions du cou; ce serait le seul attribut du tempérament strumeux qu'il puisse signaler, et il a toujours joui, du reste, d'une santé excellente. Comme antécédents morbides héréditaires, nous noterons que le père est mort assez jeune il y a dix-sept ans; il ne peut nous dire à quelle affection il a succombé; la mère est également morte il y a six mois, à l'âge de soixante ans.

Le malade ressentit pour la première fois il y a quatre mois, sans qu'il puisse en indiquer la cause, une douleur très-vive de l'épaule droite, siégeant principalement au niveau de l'épine de l'omoplate; elle était presque permanente, avec exacerbations revenant à intervalles irréguliers. Dans les premiers jours de mai, R... a remarqué qu'il perdait ses forces, qu'il maigrissait beaucoup, mais que l'appétit persistait néanmoins; il constatait aussi l'apparition de glandes assez volumineuses sur la partie latérale droite du cou ainsi que dans le creux de l'aisselle. C'est alors qu'il fut envoyé à Dunkerque, où il fut mis en subsistance au 110e de ligne, puis de là évacué sur l'hôpital militaire.

On est justement frappé de l'amaigrissement du malade, qui est extrême; l'état général est peu satisfaisant, l'appétit est encore assez bon. Rien à signaler du côté de l'intestin, le cœur ne présente rien d'anomal. Le malade tousse depuis quelques jours, on ne peut noter aucun signe de tuberculisation.

*Partie latérale du cou.* — Cette région est le siège d'une tumeur ganglionnaire d'abord peu volumineuse, mais qui ne tarda pas à se développer énormément après les quelques bains que le malade prit lorsqu'il était en subsistance au 110e, s'étendant de l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule, mesurant à ce niveau 8 centimètres et occupant tout le triangle sus-scapulaire. Non abcédée, très-dure, mamelonnée et très-difficile à déplacer, elle fait une forte saillie sous la peau, qui est parfaitement mobile et a conservé sa coloration normale à ce niveau. Cette tumeur est indolore et oblige néanmoins le malade à fléchir la tête du côté gauche.

*Creux axillaire et bras droit.* — Le malade s'est lui-même rendu compte de la présence dans le creux de l'aisselle d'une tumeur du volume d'un œuf de poule que l'on sent parfaitement malgré l'œdème de cette région qui rend l'examen un peu difficile. A côté de cette tumeur se trouve un cordon volumineux, très-consistant, qui n'est autre que le paquet vasculo-nerveux. Nous noterons, en effet, comme conséquence de la tuméfaction des ganglions axillaires, une compression des vaisseaux et des nerfs du membre supérieur du même côté, se manifestant par un œdème de tout le membre et du dos de la main, une dilatation notable des veines du bras et de l'avant-bras, une douleur très-vive, continue, s'exagérant beaucoup au moindre mouvement, l'impossibilité absolue de mouvoir le membre. Signalons une rougeur diffuse au niveau du pli du coude, ainsi qu'une augmentation de consistance des parties molles.

Les ganglions du pli de l'aine sont normaux.

*Sensibilité et mouvement.* — Le malade se plaint, quelque temps après son entrée à l'hôpital, d'une douleur très-vive qui aurait son siège au niveau de la première vertèbre dorsale. Il la compare à la sensation d'une brûlure; elle est continue, cesse complètement

dans les régions cervicale et lombaire et irradie dans le bras droit. Absence complète de douleurs en ceinture, de névralgie intercostale, point d'irradiation vers les membres inférieurs.

Les mouvements du bras gauche sont entièrement libres; impossibilité absolue de faire exécuter au bras droit le moindre mouvement. La sensibilité tactile et la sensibilité à la douleur sont très-obscures au bras et à l'avant-bras, plus obscures encore à la main; quant à la sensibilité thermique, elle complètement abolie. La température est de 38°.

Les membres inférieurs ne présentaient rien d'anomal dès le début. C'est un mois et demi environ après l'arrivée du malade dans nos salles que nous avons pu constater l'inertie complète des deux jambes; la sensibilité est normale.

Les érections sont très-fréquentes; signalons de plus un peu de ténesme vésical, de la constipation et des eschares au sacrum.

L'intelligence est complète, la pupille droite est plus dilatée que celle du côté opposé, le malade ne se plaint d'aucun trouble de la vision.

*Traitement.* — Le traitement a surtout consisté en toniques, vin, café, quinquina, alimentation; avant son entrée à l'hôpital et lorsqu'il était en subsistance au 110e, le malade a pris quelques bains de mer qui lui ont été très-défavorables, les glandes du cou ont, en effet, notablement augmenté de volume, l'état général est devenu de plus en plus mauvais.

Le 1er octobre. L'état du malade est à peu près le même, les douleurs spontanées de l'épaule sont un peu moins violentes.

Le 4 octobre. Le malade va un peu mieux.

Le 5 octobre. La nuit a été très-mauvaise; ronchus stertoreux, gêne extrême de la respiration; la pupille droite est beaucoup plus dilatée.

Le malade meurt par asphyxie à dix heures du matin.

*Système ganglionnaire.* — La région sus-scapulaire est disséquée avec soin, et le muscle sterno-mastoïdien mis à nu semble refoulé à sa partie moyenne par une masse du volume du poing formée par les ganglions cervicaux très-hypertrophiés; elle se continue jusqu'au pavillon de l'oreille et jusqu'à la clavicule, et envoie des ramifications vers d'autres masses ganglionnaires situées sur le trapèze et les autres muscles de la région. Cette tumeur est d'une consistance presque ligneuse; une section présente l'aspect de l'encéphaloïde à sa période de début; on y remarque de petits noyaux blancs entre lesquels se trouve du tissu conjonctif. Par le raclage on n'obtient qu'une quantité de suc inappréciable.

Dans le creux de l'aisselle du côté droit, on trouve des ganglions hypertrophiés de même structure et présentant les mêmes caractères que ceux de la région cervicale; ils englobent dans leur masse les vaisseaux et les nerfs du membre supérieur du même côté. Les veines sont énormes; elles sont constituées par de gros cordons pleins très-consistants; les caillots qu'elles renferment sont parfaitement organisés. Notons également un œdème très-prononcé du bras, une infiltration considérable du tissu cellulaire, au milieu duquel on trouve des muscles pâles et décolorés.

Les ganglions du pli de l'aine présentent leur volume ordinaire et leur consistance normale.

*Thorax.* — A l'ouverture du thorax, on trouve dans la plèvre droite une certaine quantité (200 grammes environ) d'un liquide transparent, citrin, ainsi que quelques fausses membranes au sommet du poumon droit.

*Ganglions trachéo-bronchiques.* — Ces ganglions sont énormes; ils englobent tout le hile du poumon et compriment la trachée et les bronches, qui sont remplies d'une sérosité aérée et très-abondante.

*Poumons.* — Les poumons sont congestionnés; absence complète de tubercules au sommet. On trouve bien en ce point quelques nodosités, mais elles ne sont autres que des ganglions hypertrophiés. Une section du poumon droit donne une grande quantité d'un liquide très-aéré, qui n'est autre qu'un mélange de sang et de sérosité.

*Cœur.* — On trouve dans le péricarde une petite quantité d'un liquide séreux, présentant les mêmes propriétés que celui que nous avons trouvé dans la plèvre. Le cœur est petit, flasque; on trouve dans ses cavités quelques caillots noirs non organisés. Rien à signaler du côté des vaisseaux pulmonaires, de l'aorte et de ses branches principales. Les fibres musculaires de l'organe sont décolorées.

*Foie.* — Il est très-volumineux; ses vaisseaux sont très-congestionnés, sa consistance et sa coloration sont normales. Reins normaux. Rate très-congestionnée.

*Péritoine.* — Un peu d'épanchement séreux dans la cavité péritonéale; les ganglions mésentériques sont énormes ainsi que ceux situés le long de la colonne vertébrale.

*Rachis.* — Les veines de la pie-mère sont très-congestionnées et l'arachnoïde est très-épaissie. En enlevant la moelle, on trouve à sa face supérieure une infiltration séro-purulente du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Point de fausses membranes; absence d'adhérences entre l'arachnoïde et la pie-mère.

La moelle a sa consistance normale et paraît saine à la coupe.

---

## NOTE

### SUR UN CAS REMARQUABLE DE SCROFULE ET DE TUBERCULOSE CONSÉCUTIVE

Par le docteur Jules Regnard.

Au commencement d'octobre 1873, on m'appelait pour un enfant de six ans atteint du carreau, me disait la mère, et traité comme tel depuis environ un an.

Cet enfant, fort amaigri, portait au cou des cicatrices caractéristiques, et deux ganglions suppuraient encore. Le ventre était énorme et avait surtout grossi depuis deux mois. Il y avait actuellement de la fièvre tous les soirs; l'appétit était nul et la faiblesse extrême.

Il y avait une ascite évidente; mais existait-il en outre, et comme cause première, un engorgement simple ou une dégénérescence tuberculeuse des ganglions du mésentère? Il était difficile de le dire, quoique la dernière hypothèse parût probable. En tout cas, il fallait courir au plus pressé et ponctionner l'ascite. C'est ce que je proposai, et on accepta.

L'opération fut faite avec l'aspirateur, et il s'écoula 1,500 grammes de liquide environ.

Après la ponction, il fallait songer à l'état général et agir avec énergie contre la diathèse. Mais cet enfant avait déjà pris de l'huile de foie de morue à haute dose, de l'iodure de potassium, du phosphate de chaux en poudre. Il avait eu des bains sulfureux, des applications de teinture d'iode, et son état ne s'en était pas moins aggravé; les parents n'avaient donc guère confiance dans ces divers moyens, et je me voyais obligé d'employer une médication nouvelle, sous peine de voir mes prescriptions mal suivies. Je songeai alors à la solution de chlorhydro-phosphate de chaux, préparation dont on commençait à dire beaucoup de bien, et j'en ordonnai une cuillerée à bouche à chaque repas, sans autre adjuvant qu'une hygiène sévère, prêt d'ailleurs à modifier le traitement, sur lequel mon expérience était encore à faire, si je n'obtenais pas un bon résultat.

Mais, à mon grand étonnement, je dois l'avouer, l'état de ce petit malade se modifia d'une façon très-rapide et véritablement surprenante, si bien que six mois après, sans avoir fait autre chose, je me trouvais en présence d'un enfant méconnaissable, frais, fort, ayant un ventre normal, plus de suppuration ganglionnaire, en un mot, parfaitement guéri.

Pendant plus de trois ans, je n'avais pas entendu parler de cet enfant, lorsqu'en 1877 on me le ramena presque aussi cachectisé qu'à la première visite; mais cette fois c'étaient les poumons qui étaient pris.

Depuis plusieurs mois déjà cet enfant toussait sans qu'on y attachât d'importance, et c'était son amaigrissement seul qui avait fini par attirer l'attention des parents.

Il y avait cependant, au sommet droit, des craquements manifestes, et à gauche une respiration caverneuse. Avec cela, une expectoration modérée, mais tous les soirs un mouvement fébrile.

Je me bornai de nouveau à donner la solution de chlorhydro-phosphate de chaux; je prescrivis en outre une nourriture choisie, le grand air, le soleil, l'exercice, et quelques mois après, sauf les signes physiques qui persistaient encore, mais à un moindre degré, on n'aurait jamais pu soupçonner l'état dans lequel se trouvait peu de temps auparavant ce jeune malade.

Depuis, je ne l'ai plus perdu de vue. Quatre ou cinq fois encore je lui ai prescrit le chlorhydro-phosphate de chaux, et son état s'est maintenu aussi satisfaisant que possible. Cet hiver, notamment, malgré les variations atmosphériques et l'humidité très-défavorable que nous avons subies, je n'ai observé aucun symptôme pouvant inspirer quelque crainte. Les signes physiques ont suivi d'ailleurs l'amélioration générale, et c'est à peine si du côté gauche on perçoit encore un affaiblissement du murmure vésiculaire.

Cette observation m'a paru intéressante en raison de cet enchaînement des manifestations tuberculeuses et de la rapidité avec laquelle elles ont été enrayées par le même médicament à l'exclusion de tout autre.

J'ai déjà publié dans ce journal quelques notes sur ce sujet, mais je n'avais pas observé encore un cas aussi net et aussi concluant et qui puisse mieux servir d'enseignement.

Loin de moi la pensée d'en conclure que les autres médications sont nulles ou de peu de valeur. La phthisie n'est pas une, nous le savons tous. Mais il y a un fait qui domine, surtout au début: c'est l'appauvrissement général de l'économie, tout d'abord effet de la maladie et plus tard favorisant son développement. C'est contre cet état qu'agit merveilleusement le chlorhydro-phosphate de chaux.

Mieux que tout autre, en effet, ce médicament réveille et entretient l'appétit depuis longtemps perdu. Il facilite la digestion et l'assimilation; il agit en outre directement sur l'état général et peut-être même aussi sur l'état local.

Mais, à côté de ce fait dominant, bien des symptômes divers réclament une médication spéciale. C'est ainsi qu'est indiquée dans la plupart des cas la créosote de bois qui modère l'expectoration et paraît avoir une sorte d'action topique. Contre les sueurs, le sulfate d'atropine produira également de bons résultats. Dans certains cas on devra recourir à l'arsenic, et tous se trouveront bien incontestablement d'une hygiène et d'un séjour judicieusement appropriés à chacun d'eux.

L'huile de foie de morue elle-même, qu'on emploie d'une façon trop banale, peut rendre de grands services si on la suspend de temps à autre, soit qu'on la fasse alterner avec le chlorhydro-phosphate de chaux, soit qu'on la donne simultanément, ce qui rendra sa digestion plus facile.

Rien donc ne doit être négligé; mais alors que les divers symptômes qui se produisent demandent une médication différente, le chlorhydro-phosphate de chaux pourra s'appliquer à tous les cas de phthisie commune. Voilà ce que démontre entre beaucoup d'autres le fait que j'ai rapporté, puisqu'il n'a pas été fait d'autre médication.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 mai 1879. — Présidence de M. Malassez.

### COMMUNICATIONS

**Les sels purgatifs.** — M. Laborde, à l'occasion de la communication de M. Aguilhon sur l'action purgative des eaux de Châtel-Guillon, rappelle qu'il a étudié à une certaine époque l'influence purgative des eaux de Cauterets. Il a trouvé qu'il y avait des contractions exagérées de l'intestin. Ces contractions sont encore plus accentuées avec le chlorure de sodium; avec ce sel, l'intestin est pour ainsi dire projeté dans la cavité abdominale; les contractions s'étendent dans toute la longueur, elles durent de deux à trois quarts d'heure et causent de violentes coliques. Trois décigrammes injectés dans la veine suffisent pour produire ces résultats. Quand on introduit de 50 centigrammes à 1 gramme, on aperçoit des phénomènes respiratoires qui vont jusqu'à la syncope. Il n'y a pas dans l'intestin seulement des phénomènes contractiles, il y a aussi une sécrétion abondante et une irritation de la muqueuse.

M. Armand Moreau croit qu'il est difficile d'apercevoir les mouvements intestinaux. Il demande à M. Laborde quelle était la grandeur de la fenêtre pratiquée à l'intestin.

M. Laborde fait d'abord une petite fenêtre et attend, pour agrandir la plaie, que l'air ait épuisé son influence sur la muqueuse.

M. Rabuteau fait observer que des solutions aussi concentrées que celles employées par MM. Aguilhon et Laborde dans leurs expériences ne sont plus seulement purgatives, mais caustiques. Il n'est pas un sel qui, dans les mêmes conditions, ne produisît les mêmes résultats.

M. Laborde nie qu'il ait employé une solution caustique.

M. Rabuteau a lu avec intérêt le compte-rendu des expériences de M. Armand Moreau. Tout le monde sait, dit-il, que le sulfate de soude à petites doses ne produit rien, qu'à hautes doses il purge. On sait aussi que le ferro-cyanure met quatre-vingts heures à s'éliminer par l'urine. Or il n'y a dans les phénomènes décrits par M. Moreau que le phénomène de dialyse. Le ferro-cyanure, mélangé à la solution de sulfate de soude, ne peut pas passer dans le sang par cette raison que, si le sang contenait du ferro-cyanure de potassium, il passerait dans un intestin chargé d'une solution de sulfate de soude.

M. Moreau a voulu produire des preuves contre le double échange.

**Fécondité et sexualité.** — M. Delaunay fait une communication sur la fécondité et la sexualité étudiées suivant les diverses circonstances qui peuvent agir en biologie.

*Fécondité.* — La fécondité, qui est illimitée chez les espèces inférieures, diminue à mesure qu'on s'élève des ovipares aux vivipares, des poissons aux reptiles, des reptiles aux oiseaux, des oiseaux aux mammifères.

Les races inférieures sont plus fécondes que les supérieures. Les portées, qui sont de quatre chez le caniche, sont de sept et huit chez le lévrier. Les races inférieures humaines sont très-fécondes quand elles ne meurent pas de faim, exemple les Boers du Cap qui ont quinze et vingt enfants par famille, les Annamites qui en ont huit, la race jaune, la race noire, les Cafres, etc. Si l'on considère le tableau des divers États européens rangés par ordre de fécondité, on voit que les nations les plus fécondes sont la Russie, l'Espagne, l'Irlande, l'Italie, tandis que les moins fécondes sont la France et la Suisse. Ainsi les nations les plus fécondes de l'Europe sont précisément les plus arriérées dans la voie de la civilisation. On a dit que la stérilité relative des Français était volontaire. M. Delaunay proteste contre cette accusation en disant qu'il n'y a pas de peuple plus économe et en même temps plus généreux que le peuple français. Si le Français est le moins fécond des Européens, c'est qu'il est le plus actif et le plus intelligent, en un mot le plus avancé en évolution.

La fécondité diminue dans une race, à mesure que cette race évolue. Dans un même pays, ce sont les régions les moins avancées en civilisation qui sont les plus fécondes, exemple: l'Irlande dans le Royaume-Uni, la Bretagne en France. De même les classes éclairées sont moins fécondes que les classes ignorantes.

Les jeunes et les vieux sont plus féconds que les adultes. D'après les tableaux de Duncan, la fécondité des femmes s'accroît jusqu'à vingt-cinq ans, se maintient jusqu'à trente et décline ensuite.

Les individus faibles et lymphatiques sont plus féconds que les forts. Les femmes qui se rapprochent de la constitution de l'homme sont inféconds. Les campagnards font plus d'enfants que les citadins.

Les éléments anatomiques et les organes inférieurs se reproduisent facilement (cellule lymphatique, épithélium, rate, patte d'écrevisse, etc.). Au contraire, les tissus supérieurs, comme les tissus musculaire et nerveux, se reproduisent moins facilement ou ne se reproduisent pas du tout.

Au point de vue physiologique, une plante trop nourrie ne donne plus de graines. Les horticulteurs affaiblissent les arbres fruitiers pour les mettre à fruit. Les carpes de la Sologne sont inféconds dans les étangs du pays et pondent dans les étroites pièces d'eau où les paysans les mettent et où elles meurent de faim (carpières de misère). De même les populations malheureuses et mal nourries sont plus fécondes que les populations riches. La fécondité est plus grande dans les pays pauvres que dans les pays riches où la propriété est très-divisée. Les chiens des pauvres, qui jeûnent chez leurs maîtres, ont plus de petits par portées que des chiens de même race appartenant à des riches.

La stérilité peut tenir au défaut ou à l'excès d'aliments. Mais le maximum de fécondité correspond à un état moyen de nutrition qui est plus près du défaut que de l'excès.

Les fonctions supérieures à la reproduction, comme la locomotion et l'innervation, nuisent à la fécondité. Les athlètes sont souvent inféconds. Les hommes qui travaillent beaucoup du cerveau ont très-peu d'enfants. M. Drysdale a vérifié le fait chez les professeurs de la Faculté de médecine de Paris.

Au point de vue mésologique, l'été et les climats chauds accroissent la fécondité.

En résumé, la fécondité, étant plus grande chez les êtres inférieurs que chez les supérieurs, est en raison inverse de l'évolution. De plus elle est, dans une certaine mesure, en raison inverse de la nutrition puisqu'elle est accrue par les circonstances qui dominent la nutrition. La loi de Malthus est donc fausse, et il en est de même de l'opinion qui veut que la fécondité soit en raison des subsistances.

*Sexualité.* — Les troupeaux d'herbivores comprennent peu de mâles et beaucoup de femelles. Au contraire, les carnivores feraient plus de mâles que de femelles.

Les races humaines inférieures font plus de filles que de garçons. Au contraire, les races européennes font plus de garçons que de filles.

D'après les zootechniciens, les animaux jeunes et vieux feraient des femelles plutôt que des mâles. D'après M. Bertillon, une femme a plus de garçons, de vingt à vingt-cinq ans, que de vingt-cinq à trente-cinq. De même les hommes mûrs, de trente-cinq à cinquante ans, font surtout des filles.

Les garnisons déterminent une augmentation relative des naissances masculines. C'est sous le premier Empire, c'est-à-dire à l'époque où tous les hommes valides étaient à la guerre, qu'il est né le plus de filles; au contraire, c'est sous la Restauration qu'il en est né le moins (Girou de Buzareingue). Les paysans et les ouvriers, qui sont en général vigoureux, font plus de garçons que les nobles et les bourgeois.

D'après certains auteurs anciens et modernes, l'ovaire et le testicule droit auraient une plus grande tendance à la production du sexe mâle, et l'ovaire et le testicule gauche produiraient surtout des femelles.

D'après Girou de Buzareingue les années de disette favorisent la procréation des filles, et les années d'abondance la procréation des garçons. « Marée donne fille, boucherie fait garçons » (Balzac).

Le défaut d'exercice et l'oisiveté sont favorables aux procréations féminines (Girou de Buzareingue).

Les gens qui travaillent beaucoup du cerveau font plutôt des filles que des garçons.

Les œufs femelles exigent un degré moindre de nutrition embryonnaire que les œufs mâles. Les premiers œufs de poule sont femelles, les derniers sont mâles.

On fait plus de filles l'été et de garçons l'hiver. De même, les anciens appelaient les années chaudes femelles parce qu'elles favorisaient la procréation des garçons.

En résumé, un individu peu avancé en évolution fait des filles, plus avancé il fait des garçons, plus avancé encore il refait des filles. De même un individu peu ou trop nourri fait des filles, et il fait des garçons s'il est simplement bien nourri. L'état moyen de nutrition et d'évolution est donc le plus favorable à la procréation des garçons.

M. GALIPPE, s'il a bien compris, pense que M. Delaunay admet que, plus on est supérieur, moins on a d'enfants; cette loi lui semble fausse, au moins en ce qui concerne l'Angleterre qui est incontestablement une nation supérieure et qui pourtant a beaucoup d'enfants.

La séance est levée.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mai 1879. — Présidence de M. HERVIEUX

### COMMUNICATIONS

M. LABOULBÈNE, à l'occasion du procès-verbal, fait observer qu'il ne partage pas l'opinion de M. Megnin qui a été rappelée dans la dernière séance par MM. Vallin, Féréol, etc., sur les cysticerques et le tænia.

**De l'origine des amyotrophies.** — M. DESNOS présente, de la part de M. Geoffroy, un travail sur ce sujet. Il rappelle les diverses opinions qui ont été émises sur cette question : cette affection a d'abord été considérée comme une maladie simplement musculaire, puis on a reconnu qu'elle était due souvent à une lésion des cornes antérieures de la moelle. Ensuite plusieurs auteurs ont produit des faits tendant à prouver que certaines amyotrophies étaient des maladies primitives des muscles, et que les lésions du système nerveux central étaient des lésions secondaires. Enfin, M. Geoffroy, s'appuyant sur des faits observés dans les services de MM. Desnos, Lancereaux, etc., a démontré l'existence d'une troisième classe d'amyotrophies liées à une lésion du système nerveux périphérique.

M. HALLOPEAU dit que les faits anatomo-pathologiques constatés par M. Geoffroy étaient déjà connus en clinique. MM. Jaccoud et Hallopeau lui-même, entre autres auteurs, avaient déjà cité plusieurs exemples d'amyotrophies liées à des lésions du système nerveux périphérique.

M. DESNOS répond que, dans son travail, M. Geoffroy fait allusion aux faits dont vient de parler M. Hallopeau.

**Tuberculose miliaire aiguë; néphrite albumineuse; diagnostic difficile.** — M. RIGAL communique l'observation d'une malade dont M. Cornil a déjà parlé au point de vue histologique. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-trois ans, vigoureuse, d'une bonne santé habituelle, sans antécédents pathologiques spéciaux, et qui est entrée à l'hôpital Saint-Antoine, se plaignant d'un léger abattement, de céphalalgie frontale, d'inappétence et d'une faiblesse générale. Elle avait en même temps de l'insomnie, de la soif et de la diarrhée sans ballonnement ni sensibilité du ventre. Elle se plaignait aussi d'une sensation de brûlure dans le vagin et d'un peu de sensibilité utérine ; l'examen de ces parties montrait une desquamation furfuracée. Les urines étaient albumineuses.

Trois semaines auparavant, cette femme avait été atteinte d'une maladie fébrile aiguë avec angine qui, selon toute vraisemblance, devait être une scarlatine. Peu de temps après était survenue une néphrite albumineuse avec accidents urémiques. Il y eut jusqu'à 3gr,75 d'albumine par litre d'urine; les douleurs rénales étaient très-intenses; la température à 39°,4. Ces phénomènes durèrent neuf jours, puis la température tomba à 37°, et l'on vit apparaître des accidents cérébraux, délire bruyant, dépression, légère raideur des membres, rétention d'urine, paralysie du releveur de la paupière supérieure droite; on constata également des signes de congestion pulmonaire, et la malade mourut le septième jour après son entrée à l'hôpital.

On trouva à l'autopsie une tuberculose miliaire aiguë généralisée; la plèvre, le péritoine, les méninges, le vagin surtout, étaient le siège de ces lésions tuberculeuses.

Tous les symptômes observés doivent-ils être rattachés à cette tuberculose aiguë? Telle est la question que se pose M. Rigal. Il fait remarquer toutefois que l'albumine est très-rarement observée

dans cette affection. M. Empis ne l'a même jamais rencontrée. Or la néphrite dont cette malade a été atteinte ne devrait-elle pas plutôt être considérée comme une complication de la scarlatine antérieure? Quant aux troubles cérébraux, ont-ils été produits par la méningite tuberculeuse, ou bien ont-ils été des phénomènes d'urémie? M. Rigal est plutôt porté à les considérer comme des symptômes de la méningite tuberculeuse.

M. QUINQUAUD fait observer que, dans ce cas, l'examen du sang, le dosage de l'hémoglobine et des matériaux solides du sérum auraient fourni de précieux indices pour le diagnostic.

**Anosmie intermittente.** — M. MAURICE RAYNAUD rapporte le fait suivant. Il s'agit d'une femme de trente-huit ans qu'il soigne depuis dix-huit mois pour une tuberculose commençante et chez laquelle se produisait d'une façon intermittente une suspension absolue de la fonction olfactive. Il y avait déjà deux mois que tous les matins, en se levant, elle constatait qu'elle ne sentait aucunement l'odeur de ses eaux de toilette, puis, vers dix heures, l'odorat et le goût lui revenaient pour disparaître de nouveau vers l'heure du dîner. Ce phénomène se reproduisait chaque jour, avec une intermittence absolument régulière. De dix heures du matin à quatre heures de l'après-midi, cette femme avait l'odorat et le goût dans un état normal; le reste du temps, ces deux sens étaient absolument perdus pour elle. Cette femme n'ayant jamais présenté aucun phénomène d'hystérie et ne pouvant être soupçonnée de simulation, M. Raynaud pensa avoir affaire à une affection intermittente, paludéenne, larvée, et donna du sulfate de quinine ; les choses se sont passées comme dans les névralgies intermittentes, et ces phénomènes ont complètement disparu sous l'influence de ce médicament. Cette femme n'a cependant pas d'antécédents palustres ; sa rate est normale.

La séance est levée à cinq heures.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 30 avril dernier, M. le docteur Aimé-Martin est nommé médecin titulaire du troisième service de vénériennes de Saint-Lazare (création nouvelle); M. le docteur Georges Oberlin est nommé médecin-adjoint à Saint-Lazare, en remplacement du docteur Aimé-Martin.

— M. le docteur Chéron a repris son cours de gynécologie le jeudi 15 mai, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, à huit heures du soir. Il le continuera les jeudis suivants à la même heure.

**Recueil de questions** posées aux cinq examens de médecine et aux accouchements. 18 vol. — Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**La Vérité sur les tours,** par H. DELORE, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon, etc. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8270.

N° 61. — JEUDI 29 MAI 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 29 MAI 1879. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES.

**On s'abonne hors de Paris**
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jaccoud, en répondant, dans la séance du 6 mai, aux observations que M. Maurice Raynaud avait présentées sur sa communication, terminait par ces mots : « Attendons l'observation qui ne manquera pas de rapprocher, dans un sens ou dans l'autre, la distance qui nous sépare. » M. Woillez n'a pas accepté, quant à lui, cet ajournement; il n'a pas pensé qu'il fût nécessaire d'attendre de nouveaux faits pour apprécier la valeur des caractères attribués par M. Jaccoud à la pleurésie multiloculaire; les données actuelles de la science sur ce point lui ont paru suffisantes pour fournir les éléments d'une discussion. De l'examen auquel il a soumis les faits contenus dans le travail de M. Jaccoud, M. Woillez a conclu qu'à part la première observation, qui lui paraît à tous égards irréprochable, et à laquelle s'adapte parfaitement l'interprétation qui lui a été donnée, rien dans les autres faits ne justifie la même interprétation. Des observations nombreuses qu'il a eu l'occasion de recueillir et de l'étude assidue qu'il a faite de ce sujet, M. Woillez a pu tirer des déductions sinon contraires, du moins toutes différentes de celles que M. Jaccoud avait tirées de son travail relativement aux signes caractéristiques qu'il s'est cru fondé à attribuer à son type des pleurésies multiloculaires. Ce que M. Jaccoud considère comme des signes caractéristiques d'une forme particulière de la pleurésie ne serait, aux yeux de M. Woillez, que des signes banals de la pleurésie vulgaire.

M. Jaccoud n'est pas homme à vouloir se dérober à la discussion. Il est probable qu'il ne laissera pas sans réponse l'argumentation très-sérieuse et parfaitement de bon ton à tous égards de son collègue.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire. Une lutte à forces presque égales s'est engagée au premier tour de scrutin, à deux voix près, entre M. Duplay, porté le premier sur la liste de présentation, et M. Léon Labbé, dont le nom n'y avait pas été inscrit par la commission, mais y a été ajouté par l'Académie. Au deuxième tour, M. Duplay a eu la majorité et a été proclamé élu.

Dr Brochin.

## HOPITAL NECKER. — M. Guyon.

### Rétention d'urine : forme aigüe et forme chronique. Autopsies.

Nous avons vu succomber dans notre salle Saint-Vincent deux malades atteints de rétention d'urine; je ne veux pas laisser échapper cette occasion, heureusement assez rare, de vous montrer les lésions anatomiques qui accompagnent ce trouble de fonctions urinaires, car la rétention d'urine est une des complications les plus fréquentes des maladies de la vessie.

Ces deux malades ne présentaient pas la même forme de rétention : le premier, couché au n° 14 et qui était âgé de soixante-et-onze ans, avait une rétention chronique, incomplète et déjà ancienne. La vessie était à demi remplie, et il ne la vidait qu'incomplètement par des mictions répétées et plus fréquentes la nuit que le jour. Le deuxième malade occupait le n° 20 de la même salle; il était âgé de cinquante-neuf ans. Quoiqu'il eût atteint cet âge qu'on a appelé avec raison l'âge de la prostate, il présentait une rétention aiguë, récente, paraissant durer seulement depuis quelques jours, et complète, comme cela se voit dans les formes aiguës. Cependant elle avait déjà été précédée de quelques troubles de la miction; il se plaignait de fréquences nocturnes du besoin d'uriner.

Nous avons pratiqué le cathétérisme chez les deux malades, et nous avons fait usage de la sonde à demeure. Chez le premier, l'indication de laisser d'emblée la sonde à demeure était positive dès le début, car le cathétérisme a présenté des difficultés sérieuses; il est dès lors facile de penser que nous préférions les accidents inhérents à la présence d'une sonde permanente à ceux beaucoup plus redoutables que feraient courir au malade les tentatives de cathétérisme répétées. Cet homme, entré le 19 décembre, est mort le 15 janvier suivant; mais il n'a été sérieusement malade que dans les premiers jours de janvier. Jusque-là, il avait bien supporté la sonde que nous avons retirée le 2 janvier, époque à laquelle le malade pouvait très-facilement être sondé. (Nous avions évidemment changé la sonde à demeure tous les cinq ou six jours.)

Les pièces anatomiques nous montrent bien pourquoi le cathétérisme avait été si difficile au moment de l'entrée de ce malade. Voyez cette prostate avec son lobe moyen très-volumineux, faisant saillie dans le col de la vessie (saillie que je compare volontiers à un croupion de poulet). C'est contre cette protubérance que la sonde vient se heurter comme au pied d'une montagne. Si, au lieu de pousser l'extrémité de la sonde et de percer un tunnel sous cette éminence, on emploie une sonde de forme spéciale, une sonde dite à béquilles dont le bec est recourbé à son extrémité, le talon de l'instrument sera moins heurté contre la base de la tumeur, et le bec glissera plus facilement sur l'éminence prostatique. Cependant nous avons été arrêtés même avec une sonde de cette forme. Je veux vous faire remarquer un petit artifice de cathétérisme qui nous réussit très-bien dans des circonstances analogues : il consiste à se servir du mandrin coudé, mais au lieu de l'introduire dans la sonde jusqu'à son extrémité, je le laisse enfoncé seulement dans une portion de la longueur de la sonde; je tire le mandrin à moi, pendant que je pousse la sonde plus avant dans la vessie ; je forme ainsi une sonde à deux coudures, et vous voyez que cette manœuvre relève notablement le bec de la sonde, accentue la courbure de la sonde et l'empêche de s'arrêter au pied de la montagne que je vous signalais. On facilite encore l'opération en introduisant le doigt dans le rectum pour soutenir l'instrument le long de la paroi supérieure du canal.

Le cathétérisme devient ensuite plus facile à effectuer, non pas parce que l'on a élargi le canal, qui n'a pas besoin de l'être, mais parce que la rigole est ouverte; l'instrument passe sur un des côtés du lobe moyen, la rigole restant plus béante après le séjour de la sonde à demeure.

Nous devons maintenant examiner une question plus grave : quelle a été la cause des accidents nerveux qui ont éclaté précisément après l'enlèvement de la sonde à demeure ? sont-ils le résultat de cette substitution du cathétérisme à la sonde à demeure? Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une rétention d'urine chronique et ancienne, on est toujours embarrassé, et l'on hésite autant à agir qu'à s'abstenir. Ces malades sont, en effet, destinés à succomber : ils pourraient vivre un certain temps encore ; or l'intervention hâte souvent le dénouement fatal, mais parfois elle les fait vivre. Ces malades vous diront que c'est parce qu'on les a sondés qu'il faut continuer à les sonder ; en effet, après le cathétérisme, ils ne peuvent plus uriner spontanément : dès lors, ils rendent presque le chirurgien responsable des accidents causés ultérieurement par le cathétérisme.

Dans les cas de rétentions aiguës, l'intervention est absolument indispensable, car ces malades n'urinent pas du tout. Mais les dangers sont moindres et la guérison plus sûre. Comment notre malade du n° 14 a-t-il succombé? La mort arrive soit par la pyohémie, qui ne peut, chez ces malades, être produite que par les inflammations suppurées de la prostate, soit par des infiltrations urineuses. L'autopsie de cet homme a fait découvrir des abcès métastatiques des poumons et des reins ; la prostate était en pleine suppuration. La prostatite et la périprostatite, déjà un peu diffuses, ont suffi pour causer ces abcès métastatiques, parce que la prostate est entourée d'un réseau veineux très-riche qui l'enveloppe de toutes parts : la phlébite éclate facilement, avec toutes ses conséquences. Les infiltrations urineuses produisent les mêmes résultats, en agissant d'une manière analogue sur les veines qui sont répandues sur toute la longueur du canal de l'urèthre.

Les opérations de taille peuvent aussi amener la phlébite et les abcès métastatiques ; ce sont encore les veines prostatiques qui sont le siège de l'inflammation. Mais ces accidents redoutables n'arrivent que rarement. Ce malade est le premier que nous ayons perdu par pyohémie depuis deux ans.

Nous pouvons nous demander si le mode de traitement a contribué à cette terminaison fatale, et si l'inflammation de la prostate a eu pour point de départ des irritations venant du cathétérisme. Je ne le pense pas, car, chez cet homme, la prostate ne présente pas un lobe moyen développé comme chez le premier ; elle n'a que des lobes latéraux de dimensions ordinaires, et la voie est libre pour la sonde qui peut facilement les écarter. Nous avons dû cependant, à la dernière période, recourir à la sonde à demeure, quand les accidents fébriles ont éclaté, pour simplifier autant que possible le traitement de cet homme dans nos salles d'hôpital. Ce malade a été pris d'une rétention aiguë sous l'influence d'une inflammation de la prostate qui est survenue comme vient une amygdalite, par exemple, à la suite d'excès, de refroidissements, de fatigues locales ou générales, de paresse d'uriner, etc. C'est lorsque la prostatite a éclaté que les symptômes ont apparu ; la fièvre ne s'est montrée qu'à la fin. Vous voyez pourtant que l'apyrexie n'est pas un signe de pronostic favorable; les symptômes généraux étaient alarmants, alors que la température n'était pas élevée. Il ne faut donc pas attendre les accès de fièvre pour songer au péril : examinez les symptômes digestifs, l'altération du visage, la sécheresse de la langue, qui est de mauvais augure.

Les accès de fièvre ont été plus marqués chez l'autre malade : il a eu deux accès qui ont évolué chacun en trois jours, mais le dernier a été constitué par une élévation croissante de la température pendant deux jours, et s'est terminé le troisième jour par la mort. Nous n'avions pas fait le diagnostic de pyohémie ; et, assurément, on ne pouvait guère le faire, du moins au début, car, si l'affection avait continué encore quelques jours, notre attention aurait été appelée sur ce point. Mais, si l'on compare le mode fébrile que nous avons observé avec le type fébrile qui accompagne souvent les cathétérismes, on n'y pourra trouver aucune différence. Voyez, par exemple, le tracé thermométrique de ce malade et celui d'un homme actuellement couché au n° 4 de la salle Saint-Vincent, chez lequel, après deux séances de lithotritie, sont revenus des accidents infectieux causés par le cathétérisme ; vous constaterez qu'il a eu cinq accès de fièvre dans le cours de ce mois, et chacun durant deux à quatre jours, avec le même type que chez notre malade du n° 20. Des deux côtés, il y a résorption infectieuse, empoisonnement de l'économie, mais les lésions ne se localisent pas de la même façon : chez le malade qui a de l'intoxication urineuse, il n'y a pas de localisation, sauf ce que l'on observe du côté du rein, petites suppurations et néphrite interstitielle, dite aussi chirurgicale. Mais vous ne rencontrerez rien dans les autres organes, tandis que le foie, les poumons, etc., sont envahis dans la pyohémie. Enfin, l'infection urineuse, même prolongée, est susceptible de guérison ; la pyohémie se termine presque toujours par la mort.

Une dernière considération mérite aussi de fixer un instant notre attention : c'est la quantité d'urine rendue par ces deux malades ; tous deux ont été polyuriques. La rétention d'urine, en effet, qu'elle soit aiguë ou chronique, et surtout dans cette dernière forme, s'accompagne ordinairement

de polyurie. Le malade du n° 20 rendait trois litres d'urine; celui du n° 14 en avait deux litres et demi dans les vingt-quatre heures. C'est la quantité ordinairement observée; elle est relativement considérable, car il ne faut pas vous attendre à trouver ici les chiffres des polyuries que j'appellerai médicales.

Le rein ne peut donc être mis hors de cause dans les affections que nous étudions; mais, ne pouvant l'explorer directement, il faut s'adresser aux phénomènes indirects. Étudiez le symptôme de la polyurie surtout dans son évolution : vous remarquerez chez nos malades que, lorsque la température a augmenté, la diminution de la quantité d'urine a été progressive. C'est là un signe défavorable.

Les symptômes digestifs ont encore une importance séméiologique considérable. Je me réserve de vous en entretenir plus spécialement lorsque nous aurons une nouvelle occasion de les observer et de les suivre dans notre service.

---

**HOPITAL SAINT-CHARLES DE NANCY.** — M. BERNHEIM.

---

**Néphrite parenchymateuse aiguë, indépendante d'une affection cardiaque antérieure; guérison temporaire.**

Leçon recueillie par M. le docteur Albert RENÉ, ancien interne des hôpitaux.

Au n° 4 de la salle Saint-Joseph, nous avons vu un homme atteint d'un œdème généralisé ayant envahi la face et les membres. Ce malade, âgé de trente-neuf ans, exerce la profession de relieur; il raconte qu'il est sujet aux battements de cœur depuis une trentaine d'années, sans avoir jamais été arrêté dans son travail.

A l'âge de neuf ans, il aurait reçu un coup de timon de voiture dans la région précordiale; il a été obligé de s'aliter à ce moment, à cause de cet accident, auquel il fait remonter l'origine de son affection cardiaque. Il y a six semaines, il est entré à l'hôpital pour des pustules d'ecthyma qui siégeaient à la face interne de la jambe gauche. Puis le malade a ressenti de l'oppression, et, quelques jours après, nous avons vu se développer un œdème notable des deux membres, qui a augmenté progressivement, a envahi les parois abdominales et thoraciques, et la face. Nous avons constaté un léger épanchement ascitique, mais qui n'est pas assez considérable pour permettre de percevoir la fluctuation.

Aujourd'hui le malade se plaint d'une oppression assez considérable; il a présenté quelques crachats sanguinolents et visqueux. L'anasarque est évident, la face est gonflée, pâle et d'un teint mat, plombé, caractéristique du mal de Bright. Les urines, en effet, renferment de l'albumine; elles sont assez abondantes (1900 grammes en vingt-quatre heures); elles sont claires, d'une densité de 1008.

La pointe du cœur bat à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, et un peu en dehors. On perçoit facilement les battements épigastriques, ce qui fait prévoir que le cœur droit est aussi hypertrophié. La matité précordiale s'étend du troisième au septième espace intercostal. Le choc du cœur est fort énergique. A l'auscultation, les bruits sont forts, ce qui exclut l'idée d'asystolie. A la pointe du cœur, on entend un souffle rude, présystolique et systolique.

La respiration est nette, un peu puérile à droite; quelques râles sous-crépitants dans les deux bases.

Le foie n'est pas augmenté de volume.

Tels sont les symptômes principaux que nous avons recueillis à l'examen de cet homme. Or ce malade présente à considérer deux affections : 1° une affection du cœur; 2° une affection rénale. Étudions-les successivement, et cherchons s'il y a une relation à établir entre la maladie du cœur et la maladie du rein.

A. Du côté du cœur, nous observons une hypertrophie et une affection mitrale. *a.* L'hypertrophie est manifeste, elle se révèle par les signes fournis par la palpation, la percussion et l'auscultation. *b.* L'affection mitrale est dénotée par le souffle présystolique et systolique, ce qui, vous le savez, veut dire rétrécissement avec insuffisance de l'orifice mitral. Donc, d'après les signes physiques, nous aurions là un trouble considérable du fonctionnement de la valvule mitrale. Mais il ne faut pas accepter ce diagnostic sans le discuter : dans le cas présent, l'absence de troubles fonctionnels cardiaques proteste contre cette hypothèse, car qui dit rétrécissement valvulaire dit stase pulmonaire, dit œdème pulmonaire, oppression permanente, etc. Et, même lorsque l'affection est compensée par l'hypertrophie du cœur droit, lorsque celui-ci, par un surcroît de travail, combat la stase, il n'en persiste pas moins un certain degré de congestion du poumon. Les individus atteints d'insuffisance mitrale ont toujours, même dans leurs meilleurs jours, la respiration courte et gênée; à l'auscultation, on entend quelques râles. Je ne pense donc pas, malgré l'existence des signes physiques, que les livres vous donnent comme caractéristiques, que nous soyons ici en présence d'une lésion bien considérable d'orifice. Sans doute il existe des lésions : des rugosités et des inégalités se sont produites sur le trajet du sang dans l'oreillette et dans le ventricule; le sang, frottant contre ces inégalités, peut déterminer des bruits de souffle, mais ceux-ci, par eux seuls, n'indiquent qu'une altération matérielle, sans indiquer si cette altération est compatible ou non avec le jeu fonctionnel normal des valvules. Or, dans le cas qui nous occupe, je pense que les altérations matérielles de l'orifice valvulaire ne troublent en rien le jeu valvulaire : je ne découvre pas là les troubles fonctionnels qui résulteraient de la stase ou de la régurgitation du sang qu'impliquerait une insuffisance ou un rétrécissement. J'en conclus qu'il n'y a là, en réalité, ni insuffisance ni rétrécissement notable.

B. L'affection rénale est aussi évidente. Nous avons assisté à l'évolution d'une néphrite parenchymateuse aiguë. L'œdème, qui n'occupait d'abord que les membres inférieurs, a gagné la face en lui donnant cet aspect si caractéristique, puis il s'est généralisé. Les urines sont restées claires, abondantes (de 1900 à 2400 grammes) pendant la première semaine, renfermant deux grammes d'albumine en moyenne, et présentant une densité de 1006 et 1008.

Le malade a été soumis au régime lacté. La quantité des urines s'est élevée à quatre, à cinq litres par jour; au sixième jour, l'œdème de la face a diminué, ainsi que celui des membres inférieurs. Au dixième jour, il a disparu. La quantité des urines est restée encore, pendant tout le mois suivant, au chiffre élevé de près de cinq litres par jour, jusqu'à l'époque où le malade est sorti de l'hôpital. L'albumine a persisté dans les urines pendant une vingtaine de jours, sans dépasser jamais la quantité de deux grammes par vingt-quatre heures.

C. Après avoir énuméré les caractères spéciaux de chacune des affections, maladie du cœur et maladie du rein, nous devons maintenant nous demander s'il existe une relation entre l'albuminurie et l'affection cardiaque. Peut-on dire ici que nous avons eu affaire à une albuminurie mécanique, à cette albuminurie par stase veineuse, qui se produit lorsqu'il y a excès de pression veineuse et stase dans les glomérules ? Lorsque cet état se produit, on voit apparaître l'albumine dans les urines : alors aussi, les urines présentent certains caractères qui dénotent l'excès de pression veineuse sur les reins et l'abaissement de pression artérielle. Ces caractères, qui signent le diagnostic d'albuminurie cardiaque, sont, comme vous le savez, l'augmentation de la densité des urines, la diminution de leur quantité, leur coloration rouge plus ou moins foncée, les dépôts abondants d'urates et de phosphates qui se trouvent insolubles dans la trop petite quantité d'eau des urines. Si, dans ces cas, la force du cœur se relève, et que la tension artérielle s'accroît de nouveau, soit spontanément, soit sous l'influence de la digitale, on voit aussitôt les urines changer de caractères, devenir abondantes, claires, pâles, moins denses, et l'albumine disparaît avec les conditions passagères qui lui avaient donné naissance. Si le cœur faiblit de nouveau, l'albumine reparaît; nous assistons donc à une albuminurie intermittente, apparaissant ou disparaissant avec les modifications de la pression vasculaire. Mais gardez-vous de croire que cette albuminurie reste toujours intermittente : le rein ne supporte pas impunément les conditions alternatives de congestion et de déplétion vasculaires. La nutrition s'altère, son épithélium subit la transformation granulo-graisseuse; des globules sanguins remplissent le tissu interstitiel; en un mot, il s'établit une véritable néphrite parenchymateuse ou interstitielle. Dès lors, l'albuminurie est devenue organique ; en vain le cœur se relèvera, en vain l'équilibre circulatoire se rétablira, l'albuminurie n'en persistera pas moins ; elle survit aux conditions qui lui ont donné naissance. Ainsi en est-il aussi pour le foie, où l'on observe une altération permanente après que la stase hépatique a cessé : la cirrhose entretient l'ascite comme l'état du rein entretient l'albuminurie.

Nous ne pouvons dire que, chez notre malade, l'affection du rein est consécutive à l'affection cardiaque : nous n'avons observé aucun des symptômes que nous venons d'assigner à l'albuminurie mécanique. Notre malade n'a jamais eu antérieurement ni œdème, ni oppression, ni asystolie. Les urines présentent les caractères tout à fait opposés de ceux des urines cardiaques : nous n'avons constaté ni augmentation de densité, ni diminution de quantité, ni coloration foncée, etc.

La pression veineuse n'est donc pas augmentée dans le rein; il n'y a pas trace d'asystolie; au contraire, l'hypertrophie est manifeste, et l'auscultation, la palpation même, suffisent pour prouver la force des contractions cardiaques.

Nous devons donc rejeter toute relation entre les deux lésions : nous sommes amenés à conclure que notre malade est atteint d'une néphrite parenchymateuse aiguë primitive, et tout à fait indépendante de son affection cardiaque, dont nous avons d'ailleurs considérablement restreint la valeur.

Vingt mois après, au moment de publier cette leçon, nous recueillons les renseignements complémentaires suivants sur l'histoire clinique de ce malade. Il nous paraît intéressant de les rappeler, parce que l'autopsie a précisément démontré que les lésions cardiaques, quoique se traduisant par un bruit de souffle considérable, n'étaient que très-légères, et qu'elles ne pouvaient, par conséquent, être considérées comme la cause de la maladie de Bright.

Après sa sortie de l'hôpital, le malade a pu reprendre ses occupations, sans être incommodé pendant un an et demi. A cette époque, il commença à remarquer que ses urines étaient chargées et sanguinolentes. Bientôt l'œdème des jambes reparut, et le malade rentra à l'hôpital. Les signes cardiaques étaient plus marqués encore que l'année précédentes : l'oppression n'avait guère augmenté; les symptômes pulmonaires étaient nuls. Un mois après, le malade succombe à sa néphrite parenchymateuse.

L'autopsie démontra l'existence du gros rein blanc caractéristique. Les poumons œdématiés, et le foie normal.

L'examen du cœur était plus intéressant : on ne trouva aucun épanchement dans le péricarde; le cœur mesurait 13 centimètres de hauteur, 14 centimètres de largeur. Poids = 485 grammes. Cœur droit dilaté. Le ventricule droit mesure neuf millimètres d'épaisseur. Les orifices et les valvules du côté droit sont intacts. Les oreillettes sont simplement dilatées. Le cœur gauche présente vingt-deux millimètres d'épaisseur; la valve mitrale droite est épaissie et paraît un peu allongée; elle mesure trois centimètres de hauteur. Les insertions tendineuses sont épaissies aussi; l'une d'elles présente un petit nodule de consistance cartilagineuse. A la face interne de la valvule, on constate, sur la valve gauche, une plaque rouge ayant à peu près un centimètre de diamètre, au niveau de laquelle l'endocarde est épaissi et légèrement chagriné. Vers les insertions tendineuses du côté droit, on trouve une dizaine de très-petites végétations miliaires. Les valves peuvent d'ailleurs très-bien s'accoler : *pas de déformation* ni de rétraction, *pas de rétrécissement*. Les altérations constatées sont compatibles avec un fonctionnement normal des valvules.

L'autopsie a donc démontré qu'il était rationnel de ne pas croire à l'existence d'une lésion mitrale, malgré la constatation du souffle présystolique et systolique, qui a été si marqué dans les dernières semaines de la vie du malade.

---

## HYDROLOGIE

### DES EAUX BICARBONATÉES SODIQUES FORTES DE VALS.

VII

Dans notre dernier article, nous avons étudié la composition de la source *Désirée*; nous avons vu son action purgative assez prononcée et nous en avons vu un emploi très-intéressant dans un cas de gastrorrhée. Nous avons dit que la *Désirée* était indiquée dans le vertige intestinal. Il n'est pas sans intérêt de revenir sur ce point, et, pour bien se rendre compte de ce qu'on en peut attendre, de lire l'observation suivante où, l'estomac étant sain, l'intestin était le siége d'une pérityphlite.

Depuis plusieurs mois, M. D..., âgé de vingt-huit ans, éprouvait, deux ou trois heures après avoir mangé, une douleur sourde et des sensations insolites dans le ventre. Il lui semblait que ses intestins ou se contractaient, ou allaient tomber, effet que l'on perçoit sur une escarpolette. Parfois c'étaient des étourdissements ou un malaise comme s'il était sur un navire.

Il était pris souvent d'une syncope incomplète, sorte de lipothymie dont on le délivrait par l'application de sinapismes sur les membres, de linges chauds sur le ventre, par des affusions de vinaigre ou d'eau de Cologne, et par quelques infusions chaudes. Le pouls, alors précipité et faible, ne reprenait son type ordinairement bon, qu'après une ou deux heures.

Lorsque le malade avançait le ventre ou relevait la tête, les troubles nerveux s'aggravaient, et ils diminuaient au contraire s'il fléchissait le corps en avant. Trousseau a noté ce phénomène.

Les médecins attribuèrent l'origine du mal, les uns à une course de six heures sous une pluie battante, les autres à un travail obstiné et à des contrariétés morales, causes fréquentes de dyspepsie ou d'anémie ; il n'en était rien.

Après des tâtonnements sans nombre, on trouva, dans la région du cæcum, une tumeur presque indolore de 6 centimètres de longueur sur 2 1/2 de largeur, sans doute plus profondément cachée dans le commencement de la maladie.

Deux applications de potasse caustique sur la tumeur amendèrent les symptômes locaux et généraux ; mais le vertige, la dyspepsie et un grand état de faiblesse et d'amaigrissement persistaient encore lorsque le malade vint à Vals, au commencement de juin, et fut mis à l'usage de l'eau de la *Désirée* matin et soir, et de la Saint-Jean aux repas.

Après vingt-cinq jours on ne le reconnaissait plus, tant il avait pris de la force et de l'embonpoint, ce qui faisait dire au docteur Tourrette que c'était la plus belle cure de la saison. Le vertige avait aussi disparu, après avoir duré plus de huit mois.

La simple lecture de cette observation nous a paru devoir éclairer le praticien bien mieux que ne le pourraient faire les plus longs raisonnements.

La pérityphlite est assez commune chez les personnes qui ne portent pas de bretelles. La pression exercée par des ceintures au-dessus de l'ombilic donne souvent lieu à des engorgements du colon transverse : les eaux sodo-magnésiennes (*Désirée*, *Précieuse*) sont ici nettement indiquées, mais il ne faut pas oublier que, si la douleur prend des proportions importantes, il est bon de ménager le malade en lui faisant boire une eau moins excitante, plus légère, la Saint-Jean par exemple.

Nous connaissons l'action de la *Désirée* sur l'intestin, c'est annoncer qu'elle agira d'une manière heureuse sur l'ictère simple. Ce qui est plus intéressant, c'est de la voir aux prises avec l'ictère chronique.

Une observation due à Clermont (de Lyon) nous montre une malade, Mme C..., âgée de trente-huit ans, souffrant légèrement dans l'hypochondre droit. Son pouls est à 75, sa langue blanche, ses selles blanchâtres, très-difficiles; il existe, en outre, quelques phénomènes dyspeptiques, le teint est jaune ainsi que la sclérotique, les époques menstruelles sont accompagnées de douleurs hypogastriques très-vives, ce qui semble indiquer l'existence d'une métrite chronique.

Le 5 juillet, jour d'arrivée, la malade est mise à l'usage de l'eau sodo-magnésienne de la source *Désirée*. Déjà le 30 juillet, l'état général s'est considérablement amélioré. La métrite paraît en voie de résolution, car la menstruation a eu lieu sans douleur. Enfin tous les phénomènes morbides disparaissent, et, la teinte ictérique persistant encore, la malade part en promettant de continuer chez elle son traitement par la *Désirée*.

Nous voici arrivés aux accidents d'hépatite ; mais il faut nous arrêter et remettre à une prochaine étude de constater l'effet des eaux sodo-magnésiennes dans ces affections. Mais, comme nous le disions récemment, la *Désirée* et la *Rigolette* sont deux eaux-sœurs : là où la *Désirée* serait impuissante, la *Rigolette* obtiendra des améliorations certaines. Nous aurons donc à étudier à son tour la source *Rigolette*. Le praticien appréciera mieux alors les services que ces deux sources peuvent lui rendre.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mai 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Tillaux dans la section d'anatomie et de physiologie, en remplacement de Cl. Bernard.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Seine-Inférieure, l'Allier, les Ardennes, le Calvados, le Finistère, l'Indre, la Meuse, les Vosges, le Var, l'Ille-et-Vilaine, la Drôme, le Cantal et l'Aude (Commission des épidémies) ; 2° les rapports de MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales des Landes (Commission des eaux minérales).

M. Duroziez écrit une lettre dans laquelle il fait observer que M. Alvarenga (de Lisbonne) avoue qu'il ne connaissait pas le double souffle crural en 1856, à l'époque où a paru son mémoire sur l'insuffisance des valvules aortiques.

M. Guinier adresse une note sur la déglutition et le gargarisme d'après des recherches expérimentales à l'aide du laryngoscope.

M. Louis Pénard (de Versailles) se porte candidat au titre de membre correspondant national.

M. le docteur Heckel adresse une note sur un cas de trichinose observé chez un jeune hippopotame du Nil, mort en captivité.

### PRÉSENTATIONS

M. AMÉDÉE LATOUR présente, au nom de M. le docteur Stambolsky, un manuscrit sur le ver de Médine.

M. VERNEUIL présente, au nom de M. Corradi (de Pavie), une série de brochures dont l'une a pour titre : *Excursion d'un médecin dans le Décaméron*.

M. GUENEAU DE MUSSY présente en son nom une brochure intitulée : *Considérations sur les endermoses ou affections herpétiques internes*.

### ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire.

La liste de présentation portait :

En première ligne, M. Duplay ; en deuxième ligne, M. Gaujot ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Cusco et Lannelongue ; en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Desprès et Le Dentu.

M. Léon Labbé est porté comme candidat de l'Académie.

Le nombre des votants était de 78, majorité, 40.

Au premier tour, M. Duplay obtient 33 suffrages ; M. Léon Labbé, 31 ; M. Cusco, 6 ; M. Desprès, 5 ; M. Lannelongue, 1.

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité des suffrages, il est procédé à un second tour.

Le nombre des votants est de 79, majorité 40.

M. Desprès obtient 41 suffrages ; M. Léon Labbé, 33 ; M. Cusco, 3 ; M. Desprès, 1 ; un bulletin blanc.

M. Duplay, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu.

### LECTURE

M. DUROZIEZ lit un travail sur les préparations alcooliques de digitale. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Pidoux, Delpech et Peter.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PLEURÉSIE MULTILOCULAIRE

M. Woillez a la parole sur le sujet de la lecture de M. Jaccoud, la pleurésie multiloculaire.

M. WOILLEZ croit bien interpréter l'impression générale qu'a produite la communication de M. Jaccoud en disant que, en dehors du charme de l'exposition, on a ressenti des doutes sur la légitimité des signes attribués par lui à la pleurésie multiloculaire et éprouvé une certaine surprise de la précision avec laquelle il a traité du rapport des lésions et des signes à propos des observations qu'il a recueillies et groupées.

M. Maurice Raynaud a déjà exprimé ses hésitations en présence de la plupart des faits de pleurésie multiloculaire sur lesquels se base M. Jaccoud pour sa description. Ni les faits, à l'exception d'un seul, ni la théorie, ne lui ont semblé justifier suffisamment son étude clinique.

M. Jaccoud a répondu qu'en présence d'opinions contradictoires il convenait d'ajourner la discussion. M. Woillez déclare qu'il ne saurait, quant à lui, accepter cet ajournement. Tout en réservant l'avenir, les données actuelles lui paraissent suffisantes pour lui permettre de se prononcer dès maintenant sur la valeur des carac-

tères que M. Jaccoud a attribués à la pleurésie multiloculaire.

Au point de vue du diagnostic, M. Jaccoud a décrit deux types de pleurésie multiloculaire. Le premier doit être accepté comme M. Jaccoud l'a interprété. Il y a dans ce fait un remarquable accord, une étroite dépendance entre les lésions et les signes.

Cet accord existe-il dans les autres faits? M. Woillez constate un premier désaccord entre ce premier fait et les observations du deuxième type. Elles ne présentent ni la même précision dans les signes ni la même unité anatomo-pathologique. Il n'y a donc en réalité qu'un fait. Dans les autres on sort de la constatation pure pour entrer dans l'hypothèse. Sans doute le principe physique de la transmission des vibrations intra-pulmonaires jusqu'aux parois thoraciques par les brides d'adhérence en forme de cordons est correct; mais dans ces cas l'application de la théorie physique à l'organisme n'est pas facile à concevoir.

Il ne reste à M. Jaccoud pour légitimer les signes qu'il a formulés que leur coexistence dans toutes les observations du deuxième type établi par lui.

A propos des trois signes caractéristiques assignés par M. Jaccoud à son type commun de pleurésies multiloculaires, l'affaiblissement des vibrations vocales, le souffle bronchique éclatant et la bronchophonie forte, M. Woillez se propose de rechercher s'ils ne se rencontreraient pas dans des conditions différentes. Il résulte de l'examen auquel il s'est livré sur ce point, qu'en général dans la pleurésie avec épanchement le simple affaiblissement vibratoire vocal est la règle, et l'abolition complète des vibrations, l'exception. Sur quatre-vingts observations de pleurésies franches avec modification du fremitus vocal, M. Woillez n'en a compté que douze dans lesquelles l'abolition des vibrations était complète. Dans soixante-six autres les vibrations n'étaient que diminuées d'intensité.

Ne faut-il pas conclure de ces données que, les vibrations disséminées et diffuses étant un signe banal de pleurésie, on ne saurait les considérer comme caractéristiques d'une forme particulière de l'affection, ni surtout y voir un signe fondamental?

Le souffle bronchique, éclatant ou non, est aussi un signe habituel des épanchements, que l'on rencontre également dans les cas d'épanchements peu ou très-abondants. Il en est de même de la bronchophonie. Dans un fait analogue au premier fait de M. Jaccoud, et où il s'agissait bien d'une pleurésie multiloculaire, M. Woillez n'a trouvé ni le souffle intense ni la bronchophonie forte que M. Jaccoud a attribués à cette pleurésie. Les signes perçus avaient été ceux d'une pleurésie vulgaire.

Les signes si bien constatés dans la première observation de M. Jaccoud ne sauraient donc être généralisés.

M. Woillez, passant à la question du pronostic, ne partage pas non plus sur ce point l'opinion de M. Jaccoud. Comme M. Maurice Raynaud et comme la généralité des médecins en France, il regarde les adhérences comme étant, dans la plupart des cas, sans effets nuisibles. Sans doute il reconnaît qu'il y a des cas où les adhérences ont des effets pernicieux, mais on ne saurait le dire de tous.

Enfin, sur le dernier point, les adhérences du diaphragme, dont M. Jaccoud a très-bien décrit les signes, M. Woillez partage son opinion, particulièrement en ce qui touche aux dangers, dans ce cas, de la thoracentèse pratiquée à la base de la poitrine.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret, pour entendre des rapports sur les concours de prix.

---

## SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR L'ÉRECTION D'UNE STATUE A PHILIPPE PINEL.

*Deuxième liste.*

| | |
|---|---|
| Le Conseil général de la Seine | 2,000 fr. |
| La Société médico-psychologique | 1,000 |
| M. le docteur Machelard | 10 |
| Total | 3,010 fr. |
| Première liste | 1,000 |
| Total général jusqu'à ce jour | 4,010 fr. |

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Notre sympathique confrère, M. le docteur Foucher (de Saint-Mandé) vient d'être cruellement frappé par la mort de son fils, âgé de quatre ans, qui a succombé à une atteinte de croup malgré les soins les plus dévoués dont il a été entouré.

— Nous sommes heureux d'annoncer que M. le docteur Dufraigne, ancien interne des hôpitaux, médecin de la ville de Meaux où il exerce depuis vingt-cinq années avec une honorabilité et une distinction qui lui ont valu l'honneur d'être élu par ses pairs président de l'Association des médecins de Meaux, vient d'être nommé chirurgien en chef de l'hôpital en remplacement du vénérable docteur Houzelot qui prend sa retraite après un service actif de près d'un demi-siècle.

— M. le professeur Chatin (de l'Institut) fera sa prochaine herborisation, le dimanche 1er juin, dans les environs de l'Isle Adam. Rendez-vous à la gare du Nord à huit heures un quart pour prendre le train qui part à huit heures quarante-cinq minutes pour la station de Champagne.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera sa prochaine excursion géologique le dimanche 1er juin à Argenteuil, Sannois, Beauchamp. Rendez-vous à la gare de l'Ouest (Saint-Lazare) à neuf heures cinq minutes pour prendre le train d'Argenteuil.

— M. Ch. Vélain, répétiteur, fera sa prochaine excursion géologique le dimanche 1er juin, à Pont Sainte-Maxence. Rendez-vous à la gare du Nord, à sept heures trois quarts.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire de la Faculté, à l'hôpital Necker, coummencera un nouveau cours, le lundi 9 juin, à quatre heures, dans son laboratoire particulier, 5, rue du Pont de Lodi.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les manipulations micrographiques qu'exige journellement la pratique médicale.

Pour cela, ils sont exercés individuellement, et répètent eux-mêmes toutes les expériences.

On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean Lantier, de une heure à deux heures.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité des maladies du système nerveux,** comprenant les maladies du cerveau, les maladies de la moelle et de ses enveloppes, les affections cérébro-spinales, les maladies du système nerveux périphérique et les maladies toxiques du système nerveux, par W. HAMMOND, professeur des maladies mentales et nerveuses, à l'Université de New-York, etc.; traduction augmentée de notes et d'un appendice, par le docteur LABADIE-LAGRAVE, ancien interne lauréat des hôpitaux, de la Faculté et de l'Académie de médecine, etc. In-8°. XXIV-1280 pages avec 116 figures intercalées dans le texte, cartonné. — Prix : 22 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

**La Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes,** par M. le docteur Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare. In-8°, fascicules mensuels de 64 pages. — Prix de l'abonnement : Paris, 18 francs; départements, 20 francs. — Paris, 9, rue de Savoie.

**Éléments de pathologie chirurgicale,** par A. NÉLATON. T. IV, 2e partie, par le docteur PÉAN. *Affections de la bouche et de ses annexes, du cou, du corps thyroïde, maladies chirurgicales du larynx et de la trachée, maladies de l'œsophage.* 1 fort vol. gr. in-8° avec figures, 7 francs. — Le tome IV complet (1re et 2e parties réunies). 1 fort vol. gr. in-8° avec 209 figures dans le texte, 14 fr. — Paris, Germer Baillière et Ce.

**Des abcès douloureux des os,** par le docteur Golay. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Des lésions trophiques et des troubles sensitifs dans les gelures anciennes,** par le docteur Germain. In-8° avec 2 planches. — Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Étude clinique et expérimentale sur la péricardite urémique,** par le docteur Keraval. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Des gangrènes du poumon,** par le docteur Pangon. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Étude expérimentale sur la métalloscopie et la métallothérapie du docteur Burq;** rapports faits à la Société de Biologie par MM. Charcot, Luys et Dumont-Pallier. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie (agenda-annuaire),** par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8279.

**Maladies de la peau**

Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LÉPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le docteur CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc.

Dépôt général à Paris : Pharm. FOURNIER, 56, rue d'Anjou Saint-Honoré. — Et pour la vente en gros : pharm. LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, se trouvent dans toutes les pharmacies.

---

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

**Capsules molles de Bourgeaud**

**A LA CRÉOSOTE VRAIE**

et à l'**Huile de Foie de Morue**,

Formules des docteurs BOUCHARD et GIMBERT.

*Les seules employées dans les hôpitaux.*

BOURGEAUD, pharmacien, fournisseur des hôpitaux, 20, rue de Rambuteau, Paris.

Ces capsules, à *enveloppe très-soluble*, *d'odeur agréable*, *à saveur sucrée*, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indication contraire, 2 centigr. de *créosote vraie* du goudron de hêtre et 50 centigr. d'huile de foie de morue. Les grosses, 5 centigrammes de *créosote vraie* et 2 grammes d'huile de foie de morue.

Dose : 5 à 10 *petites capsules* et 2 à 4 *grosses capsules* matin et soir, ou avant le repas, suivant l'avis du médecin. — LA BOITE : 4 FRANCS.

VIN ET HUILES CRÉOSOTÉS. La Blle 5 fr.

---

NÉVRALGIES — MIGRAINES

**Gelsemium sempervirens**

une à cinq pilules au maximum en 24 heures

**ELIXIR ANTI-NÉVRALGIQUE**

une à cinq cuillerées à café en 24 heures.

**TEINTURE DE GELSEMIUM**

en petits flacons pour MM. les Médecins.

Exiger la signature du Dr FOURNIER, pharmacien de première classe. Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

---

**Papier Rigollot**

Les succès immenses de cette excellente invention ont eu pour effet immédiat d'exciter les *appétits de lucre* d'une foule de *contrefacteurs* ou *imitateurs*, dont l'indignation publique en différents pays a fait invariablement justice.

Mais, malheureusement, il se trouve dans le commerce des détaillants *assez nécessiteux* et *assez peu scrupuleux* pour vouloir réaliser *quand même de plus grands bénéfices*, et qui, à une demande clairement formulée de PAPIER RIGOLLOT, répondent en donnant à l'acheteur un des produits dont nous venons de parler plus haut.

Nous engageons vivement Messieurs les médecins à se tenir en garde et à n'accepter que les produits véritables, après examen scrupuleux et attentif.

Sur chaque feuille de PAPIER RIGOLLOT, exiger la signature ci-contre. *P. Rigollot*

---

**Anti-goutteux à l'iodure de lithium ferrugineux** du Dr Ate LACOTE.

Dragées contenant chacune 0,10 centigrammes de principe actif. — Brochure explicative.

*Vente en gros :* HUGOT, 19, rue Vieille-du-Temple, Paris.

Vente en détail : dans toutes les bonnes pharm.

---

**Eau de Contrexéville**

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DEPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

---

**Vin de Baudon** antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

*Utile pendant la grossesse et l'allaitement.*

Ph. BAUDON, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

---

**Saint-Raphaël, Vin tannique,**

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

---

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

**Liqueur de Laprade**

A L'ALBUMINATE DE FER

Seule employée par les médecins des hôpitaux de Paris : *MM. Féréol, M. Raynaud, Dolbeau, Demarquay, Dujardin-Beaumetz, Nicaise*, et les gynécologistes les plus compétents, cette préparation, d'un goût agréable, est acceptée sans répugnance par les malades, ce qui la rend précieuse pour les jeunes filles chez lesquelles la menstruation est pénible.

« Contre l'anémie des femmes atteintes d'affections utérines chroniques, les résultats ont toujours été remarquables ; il en fut de même d'un nombre respectable de chloroses traitées par la même préparation..... Nous préférons la forme de liqueur pour l'albuminate, parce qu'elle est plus absorbable et surtout parfaitement supportée par l'estomac. » (*Gaz. des Hôp.*)

La LIQUEUR DE LAPRADE, à l'albuminate de fer, se prend à la dose d'une cuillerée à chaque repas.

A la phie, 20, fbg Poissonnière, toutes les pharm.

---

**Elixir et Vin de Coca,**

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires, là où le quinquina est impuissant.

E. FOURNIER et Ce, 56, rue d'Anjou St-Honoré.

---

**Arséniate Diastasé**

du Dr V. BAUD.

Sous forme de granules soigneusement dosés, l'arséniate de soude combiné à la diastase par la germination des graines de cresson, est recommandé contre les *névroses, rachitisme, atonie*, etc. — Paris, 22 et 19, rue Drouot. *Dr V. Baud*

---

**Solution Coirre au chlorhydro-phosphate de chaux**

préparation de phosphate de chaux la plus rationnelle et la seule physiologique, puisque c'est la forme que doit prendre ce sel pour être absorbé. — Reconstituant énergique dans PHTHISIES, ANÉMIES, SCROFULES, RACHITISME, etc.

GROS : 79, rue du Cherche-Midi. — DÉTAIL : 97, rue de Rennes et dans les pharmacies.

---

**Granules ferro-sulfureux**

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées* ; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

*Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique*

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

---

**Granules antimonio-ferreux et antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.**

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, rue Montmartre.

---

**Elixir Prothière**

A LA CRÉOSOTE VÉGÉTALE PURE

contre la Phthisie. Accepté sans répugnance et bien supporté par les malades. (TARARE.)

---

**Épilepsie. Hystérie. Névroses**

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

---

**Sirop du docteur Demesse,**

diurétique (Codex no 380) et sédatif, *à la cissampeline.*

Heureuse modification des formules diurétiques du codex (cissampelos caapeba, associé à la digitale, à la scille, etc.).

Vingt années d'expériences comparatives prouvent la supériorité incontestable de cette préparation dans les *hydropysies, œdèmes rebelles, pleurésies et bronchites chroniques, albuminuries*, et dans tous les cas où les *diurétiques* et les *sédatifs* sont indiqués.

Dépôt général chez M. Legras, pharmacien-préparateur, 222, faub. St-Denis, à Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies. Prix : 5 fr. le flacon.

---

**Bain de Pennès, stimulant,**

RECONSTITUANT et SÉDATIF des plus efficaces, employé avec un grand succès depuis 1854 contre *l'anémie, l'engorgement lymphatique, les rhumatismes.* Remplace les **bains alcalins, ferrugineux,** surtout les **bains de mer.** — Le rouleau : 1 fr. 25 (exiger le timbre de l'Etat).

GROS : rue de Latran, 2, à Paris. — DÉTAIL : dans les pharmacies.

---

**Fumouze — Albespeyres**

FOURNISSEUR DES HÔPITAUX MILITAIRES.

Les produits sont préparés sous la surveillance de MM. FUMOUZE, docteurs en médecine, pharmaciens de 1re classe.

**Vésicatoire d'Albespeyres.**

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action prompte et régulière. — Exiger sur le côté du vésicatoire la signature d'*Albespeyres.*

**Papier ÉPISPATIQUE d'Albespeyres**

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action sure et régulière. La Préparation la plus commode pour entretenir les vésicatoires avec une extrême propreté.

La boîte porte la signature *Fumouze-Albespeyre.*

**Capsules de Raquin**

AU COPAHU, AU GOUDRON, A LA TÉRÉBENTHINE,

*Approuvées par l'Académie de médecine.*

Les Capsules Raquin à enveloppe de gluten constituent le meilleur moyen d'administrer le *Copahu*, le *Goudron*, la *Térébenthine*. — Elles sont parfaitement tolérées par l'estomac.

Exiger sur l'enveloppe la signature *Raquin.*

**Papier et Cigares** ANTI-ASTHMATIQUES

de Bin BARRAL.

Ils contiennent les mêmes substances que le carton anti-asthmatique du Codex, associées au *Cannabis indica.*

**Pulvérisateur Marinier**

*admis dans tous les hôpitaux.*

Il est facile à nettoyer et s'applique sur tous les flacons ; — la pulvérisation peut être graduée, l'obstruction est évitée, les trous n'étant pas capillaires.

**Sirop de dentition du Dr Delabarre**

ex-chirurgien dentiste des hôpitaux de Paris. Employé en friction sur les gencives des enfants, il facilite la sortie des dents et prévient les accidents de la première dentition.

DÉPÔT à Paris, pharmacie d'ALBESPEYRES, 80, faub. Saint-Denis ; vente des pulvérisations chez FUMOUZE frères, 78, faubourg Saint-Denis.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Observation de paralysie d'origine syphilitique méconnue; lésions cérébrales syphilitiques; absence des lésions propres à la paralysie générale (1).

Dans le fait que M. Foville a communiqué à la Société médico-psychologique, il s'agit d'un officier que ce savant confrère a eu l'occasion d'observer à la maison de Charenton, du mois de juillet au mois de novembre 1870. Dans les six mois qui avaient précédé son admission à l'Asile, il avait été soigné au Gros-Caillou et au Val-de-Grâce.

Au Gros-Caillou, il fut considéré comme aliéné, mais on ignore si le diagnostic de paralysie générale a été porté. Au Val-de-Grâce et à Charenton, le malade fut considéré comme aliéné paralytique, et les symptômes qu'il a présentés étaient tels qu'il ne paraissait pas possible de douter de l'exactitude de ce diagnostic. Dans aucun des trois établissements, faute sans doute d'indications suffisantes, on n'eut l'idée de faire subir au malade un traitement antisyphilitique. La mort survint à la fin d'une période très-accentuée de démence et de paralysie. L'autopsie démontra que les lésions caractéristiques de la paralysie générale faisaient complètement défaut; par contre, on trouva dans l'intérieur des hémisphères des tumeurs multiples qui parurent de nature syphilitique. Grâce à un supplément de renseignements sur les antécédents du malade, M. Foville apprit qu'il avait été affecté de syphilis et que, peu avant sa maladie mentale, il avait présenté des accidents tertiaires incontestables.

Sans entrer ici dans la description très-détaillée jour par jour que M. Foville a faite de tous les phénomènes présentés par ce malade, il est cependant quelques particularités trop intéressantes au point de vue de la caractéristique différentielle qu'il serait possible d'en tirer pour l'avenir, pour que nous ne les relevions pas ici.

Notons d'abord que, dès le premier examen auquel se livre M. Foville, il constate que M. L... (le malade dont il s'agit) est atteint d'une hémiplégie incomplète de la moitié gauche du corps. La réunion de la folie paralytique et d'une hémiplégie, à une époque encore assez peu avancée de la maladie, constituait une circonstance exceptionnelle et digne d'appeler un sérieux examen.

De cet examen fait avec un grand soin il est résulté que les facultés intellectuelles étaient en voie d'affaiblissement, mais on pouvait se demander s'il y avait un véritable délire; les autres symptômes, tels que la prononciation, les troubles de la vision et l'altération d'une pupille, n'avaient rien de significatif.

Le diagnostic restait donc indécis pour M. Foville entre une démence simple symptomatique d'une lésion organique du cerveau et une démence paralytique avec hémiplégie. M. Foville avoue même qu'il aurait incliné pour la première hypothèse si le diagnostic du médecin du Val-de-Grâce ne lui avait pas inspiré de la réserve, lorsqu'il apprit que, dans sa carrière militaire qui s'était presque entièrement passée dans des expéditions lointaines, L... s'était toujours distingué par son activité, son énergie, son initiative, mais en même temps par son esprit querelleur, par sa vie dissipée et irrégulière, et qu'à la suite d'une dénonciation qui l'avait très-fortement impressionné, il avait eu une attaque épileptiforme, renouvelée quinze jours après; que depuis cette époque il commença à délirer dans ses actes aussi bien que dans ses propos, qu'il avait par moments la parole très-embarrassée, qu'il mangeait gloutonnement, se livrait à des propos et à des actes indécents, en même temps qu'il avait des hallucinations, des idées mystiques extrêmement éloignées de ses idées ordinaires, et qu'il parlait de donner des sommes considérables pour la fondation d'œuvres pieuses, etc.; enfin qu'il accusait de singulières altérations de la sensibilité générale. Ce fut alors qu'on le ramena au Val-de-Grâce, où il avait déjà fait un premier et court séjour, et d'où il fut envoyé à Charenton avec le diagnostic de paralysie générale.

L'examen ultérieur du malade confirma cette appréciation. Pendant les jours qui suivirent, M. L... se montra très-excité; il parlait incessamment de sa fortune, de ses vues grandioses, de ses projets de dépenses folles. La parole n'avait plus la netteté relative des premiers jours, l'articulation était manifestement embarrassée.

Devant cet ensemble de symptômes qui tous avaient le caractère de ceux que l'on observe chez les déments paralytiques, les doutes de M. Foville tombèrent, et, dans une note à la date du 1er août, il s'exprimait ainsi : « Malgré la

(1) Voir la Revue clinique du 17 mai 1879.

rareté du fait, il paraît bien y avoir ici coïncidence d'une hémiplégie et d'une paralysie générale. » « Il était évident, ajoute M. de Foville, que ce diagnostic, qui réunissait deux affections ordinairement distinctes, me coûtait à faire, et cependant je ne voyais aucun moyen de m'y soustraire. »

L'état de M. L... s'aggrava rapidement. Au 15 août, l'intelligence était tout à fait hébétée, la parole était de plus en plus embarrassée. Il se gâtait souvent, il était faible et ne pouvait néanmoins rester dans un fauteuil sans vouloir encore se lever et marcher sans but. Enfin un nouveau symptôme avait paru : le malade portait toujours sa tête de côté, renversée sur l'épaule gauche, la face tournée à droite et un peu en haut.

Dans les semaines qui suivirent, l'état ne cessa de s'aggraver rapidement, la faiblesse devint extrême à tel point qu'on dut laisser le malade au lit, l'état de démence devint complet, toute manifestation intellectuelle fut abolie ; un nouveau symptôme vint s'ajouter encore à cet ensemble de dépérissement : une difficulté extrême de la déglutition. Bref, le malade végéta ainsi pendant tout le mois d'octobre et mourut épuisé le 1er novembre.

M. Foville, qui s'attendait, d'après l'étude attentive des symptômes qu'il avait faite pendant la vie, à trouver à l'autopsie les lésions caractéristiques de la folie paralytique, plus une lésion unilatérale de la base ou du bulbe, expliquant l'hémiplégie et les phénomènes particuliers qui l'accompagnaient, fut complètement trompé dans ses présomptions. Le cerveau, examiné avec soin, ne présentait aucune trace des altérations propres à la folie paralytique, et les lésions locales dont il était le siège n'étaient ni celles qu'on s'attendait à trouver, ni situées dans les régions présumées.

Les méninges et la substance corticale qu'elles recouvrent étaient à l'état normal, sauf dans un point très-circonscrit que nous allons désigner tout à l'heure ; aucune trace de ramollissement. Voici les lésions qui furent constatées : à la face externe de l'hémisphère gauche, vers la réunion du tiers postérieur et du tiers moyen, existait une altération locale ayant environ la largeur d'une pièce de 2 francs. Là les méninges adhéraient un peu ; la substance grise de deux ou trois circonvolutions était altérée dans sa texture, sa consistance, sa couleur et son aspect extérieur, Elle était indurée, par noyaux séparés, jaunâtre par places, plus rouge et plus injectée au contraire à d'autres endroits. Il semblait que la substance cérébrale fût par places infiltrée d'une substance séreuse non ramollie, de consistance dure, et qu'autour il y eût une augmentation de vascularité. Cette lésion dépassait en profondeur la couche corticale et gagnait la substance blanche dans une épaisseur de 5 millimètres à 1 centimètre.

Les deux couches optiques étaient le siège d'altérations profondes de leur tissu. A droite, la lésion embrassait toute la moitié postérieure de la couche optique, sans en modifier sensiblement la forme. La consistance était plus ferme que d'ordinaire, la surface était bosselée ; la substance cérébrale qui formait le fond de ce tissu était infiltrée par places et hyperémiée tout autour.

A gauche, toute la moitié antérieure de la couche optique était altérée de la même manière ; mais il existait, en outre, en bas et en avant de la partie altérée jusqu'en dehors du chiasma optique, deux noyaux indurés, plus résistants que les parties voisines et faisant une certaine saillie. A la coupe, ce double noyau résistant a une couleur jaune, un aspect fibro-graisseux. Ces noyaux, du volume d'une noisette environ, sont très-bien limités du côté qui correspond à la surface de la couche optique, mal limités, au contraire, par leur côté profond, se perdant dans la masse de la substance cérébrale, qui est indurée en certains endroits, tandis qu'en d'autres elle a un aspect gélatineux.

Le reste de l'encéphale, le cervelet, le bulbe notamment, ainsi que la moelle, ne présentent rien de particulier et paraissent parfaitement normaux.

A l'aspect de ces lésions, si semblables à celles qui ont été décrites dans les traités précités de Zambaco, de Gros et Lancereaux sur les affections nerveuses syphilitiques, dans l'article de MM. Jaccoud et Hallopeau sur les tumeurs de l'encéphale (voir le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*), et plus récemment dans le livre de M. A. Fournier sur la syphilis du cerveau, M. Foville pensa qu'elles devaient être de la nature des gommes syphilitiques. Cette présomption fut changée en certitude lorsque M. Foville, se livrant à une nouvelle et dernière enquête sur ce fait si curieux, apprit que L... avait contracté, pendant son séjour en Cochinchine, une syphilis très-grave, suivie bientôt d'accidents constitutionnels qui avaient exigé un traitement spécifique prolongé, enfin qu'il avait dû entrer à plusieurs reprises, à l'occasion de rechutes, à l'hôpital du Gros-Caillou avec des accidents tertiaires, et qu'enfin dans ces dernières années il avait été traité pour une tumeur gommeuse développée dans l'épaisseur de la base de la langue, qui avait déterminé chez lui une aphonie presque complète.

Dès ce moment toutes les incertitudes étaient levées, et le fait recevait de ce supplément d'enquête sa signification complète.

Des quelques faits que nous venons de rapporter, du dernier notamment, est-il possible de tirer quelques éclaircissements sur le fond même de la question ? Il serait à coup sûr prématuré d'en déduire des conclusions, mais du moins peut-on y trouver le texte de questions à proposer.

Étudiant ce sujet dans le nouvel ouvrage qu'il vient de publier, M. A. Fournier s'est posé cette question : La paralysie générale peut-elle être une conséquence de la syphilis ? ou, en d'autres termes, existe-t-il une paralysie générale qui puisse être étiologiquement rattachée à la syphilis ? On sait qu'après l'espèce de défiance avec laquelle naguère encore beaucoup de médecins accueillaient l'idée d'une relation quelconque entre la syphilis et la paralysie générale, par une de ces réactions d'opinion si communes, même en médecine, on en est venu dans ces derniers temps jusqu'à soutenir que la paralysie générale, dans la majorité des cas, sinon même dans tous, était d'origine syphilitique. Entre ces deux manières de voir, une troisième s'est fait jour, en manière de compromis, qui considérerait la syphilis comme étant la cause la plus fréquente des paralysies générales précoces, c'est-à-dire celles qui se manifestent dans la jeunesse, entre vingt-cinq et trente ans.

M. Fournier, après avoir fait justice de ces deux opinions extrêmement et également exagérées, a établi sur l'analyse des faits donnés comme exemples de paralysies générales syphilitiques deux groupes. Le premier de ces deux groupes comprend les faits relatifs à des paralysies générales vraies, ayant présenté les symptômes classiques, l'évolution habituelle et les lésions caractéristiques de la maladie, et qui sont survenus chez des sujets syphilitiques, faits dans les-

quels la syphilis ne figurerait que comme une coïncidence éventuelle et non à titre étiologique, et ne serait par conséquent pour rien dans le développement des phénomènes cérébraux.

Le second groupe comprendrait les cas qui, tout en offrant la plupart des attributs de la paralysie générale et lui ressemblant jusqu'à la confusion possible, s'en éloignent et s'en différencient toutefois par quelques caractères particuliers assez importants pour ne pas permettre une complète assimilation.

Ce sont les faits de cet ordre, simplement voisins, mais différents en réalité de la folie paralytique vulgaire, que M. Fournier a proposé de ranger sous la dénomination de pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique.

Faut-il accepter la division proposée par M. A. Fournier? Ou bien, avec d'autres syphiliographes, avec M. Lancereaux par exemple, faut-il admettre plusieurs types cliniques, dont il rapporte des exemples, symptomatiquement et anatomiquement différents, suivant que les lésions syphilitiques intra-crâniennes sont nettement localisées et circonscrites, et qu'elles donnent lieu à des paralysies partielles variées ou à des hémiplégies, ce qui est le cas le plus commun, ou que ces lésions sont diffuses et donnent lieu à des troubles moteurs et intellectuels qui peuvent simuler la paralysie générale, mais qui, ainsi que les premières, n'en restent pas moins une affection foncièrement syphilitique?

En nous plaçant au point de vue de la symptomatologie de la paralysie générale, est-il possible, dans l'état actuel de nos connaissances sur cette affection, de se baser sur la prédominance, la présence ou l'absence de tel ou tel de ses symptômes réputés caractéristiques, pour affirmer que l'on a affaire ou non à la paralysie générale vraie ou à une paralysie générale symptomatique ; et, en particulier, en l'absence de signes actuels ou de commémoratifs qui mettent sur la voie de l'existence d'une ancienne syphilis, est-il possible de diagnostiquer à des symptômes certains une syphilis cérébrale? On vient de voir un exemple de la difficulté de ce diagnostic.

Cette difficulté qu'a éprouvée M. Foville, il l'avait pressentie déjà, lorsque, dans l'article *Paralysie générale* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, il s'exprimait ainsi : « Les tumeurs multiples du cerveau, celles surtout de nature syphilitique, peuvent s'accompagner de symptômes musculaires et intellectuels absolument identiques à ceux de la paralysie générale. Il est des cas où le diagnostic différentiel n'est pas possible, sinon à l'aide de la connaissance des antécédents..... »

Enfin la symptomatologie de la paralysie générale vraie est-elle elle même tellement certaine qu'elle puisse servir de type?

Pour ne prendre qu'un de ses symptômes, le délire des grandeurs, que l'on a vu tantôt présent, tantôt absent, tantôt remplacé par le délire lypémaniaque dans les observations de syphilis cérébrale, ne sait-on pas aujourd'hui qu'il manque assez souvent dans la paralysie générale vraie, tandis qu'on le retrouve dans d'autres formes d'aliénation mentale?

N'en est-il pas de même de quelques autres symptômes qui ont été aussi réputés pathognomoniques, et qui ne le sont en réalité pas davantage que le délire des grandeurs?

Voilà des questions qui pourront être utilement débattues, avec beaucoup d'autres qu'il serait trop long d'exposer ici, à la Société médico-psychologique où M. Foville a provoqué, par son intéressante communication, la mise à l'étude du sujet.

*P. S.* — Des renseignements plus exacts que nous avons recueillis depuis la publication de notre dernière Revue, sur le fait rapporté par M. Lasègue, il résulte que ce n'est pas sous l'influence de la médication antisyphilitique, mais avant l'administration de cette médication qu'avaient cessé spontanément chez le sujet de cette observation tous les phénomènes de la paralysie générale. La médication n'est intervenue que pour combattre les accidents tertiaires reconnus seulement au moment de la cessation des désordres paralytiques. Cette rectification, sans diminuer en rien l'intérêt du fait, en change la signification en ce qu'elle laisse subsister le doute sur la part qui pouvait revenir à la syphilis dans la manifestation de la paralysie générale et montre, en tout cas, que la médication a été complètement étrangère, n'étant venue qu'après, à cette subite et inattendue guérison.

Dr Brochin.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Doctrines relatives aux principales actions des centres nerveux.** Programme du cours de M. Brown-Séquard, au Collège de France. — 1° Chaque moitié de l'encéphale peut se développer de façon à remplir pour les deux moitiés du corps toutes les fonctions (mouvements volontaires, perception des impressions sensitives et sensoriales, actions vaso-motrices, etc.), que l'on sait appartenir aux cellules nerveuses de toutes les parties du grand centre intra-crânien. Cependant il est probable que chez nombre d'individus, par suite de développement d'exercice insuffisant, une seule moitié possède plus ou moins exclusivement certaines fonctions.

2° Les entre-croisements que l'anatomie démontre dans l'axe cérébro-rachidien se composent évidemment, en partie au moins, de fibres nerveuses servant aux mouvements volontaires et aux impressions sensitives ou sensoriales. Ces entre-croisements sont sans doute utiles pour rendre les communications faciles entre les deux moitiés de l'encéphale et du corps, mais ils ne sont pas essentiels, parce que chacune de ces moitiés est en rapport avec les deux côtés du corps par des conducteurs directs aussi bien que par des conducteurs entre-croisés.

3° Les entre-croisements, pour les conducteurs servant aux mouvements volontaires ainsi que pour ceux qui transmettent les impressions sensitives, existent dans toute la longueur de l'axe cérébro-spinal, et non, comme on l'a soutenu, pour les uns au bulbe ou au mésocéphale, pour les autres surtout dans la moelle épinière.

4° Un nombre de fibres extrêmement petit peut suffire pour la continuation des transmissions motrices, sensitives ou sensoriales, entre les cellules de l'encéphale et celles de la moelle épinière et les organes des sens, ce qui conduit à faire admettre un mécanisme tout autre que celui de la théorie bien connue du *clavier nerveux*, mécanisme impliquant l'existence, dans les cellules nerveuses de la moelle épinière et des organes des sens, de fonctions d'un ordre bien plus élevé que celui qu'on suppose.

5° Les cellules nerveuses de l'encéphale formant les centres doués d'une fonction spéciale quelconque, loin de constituer un groupe ou une agglomération dans une partie distincte et bien délimitée, sont au contraire disséminées, de telle manière que chaque fonction a des éléments pour son exercice dans des parties très-variées de l'encéphale. Les localisations de fonctions existent donc, mais dans des cellules éparpillées et ne formant pas, comme on le croit, des agrégats distincts, soit dans les circonvolutions, soit ailleurs. Néanmoins les faits rendent extrêmement probable la notion que les cellules servant à certaines fonctions se trouvent surtout dans certaines parties. Ainsi, par exemple, les cellules qui

servent à l'exercice des facultés intellectuelles et morales sont surtout dans les circonvolutions; les cellules qui constituent les centres percepteurs des impressions sensoriales sont surtout les unes à la base des hémisphères cérébraux, et les autres dans les parties formant l'isthme encéphalique; les cellules servant au maintien ou au rétablissement d'une attitude normale sont surtout dans le mésocéphale; les cellules formant le centre respiratoire sont surtout à la base de l'encéphale et dans la partie cervicale de la moelle épinière, etc.

6° Il existe partout dans l'encéphale, mais surtout dans le cervelet, des cellules qui ne semblent posséder d'autres fonctions que celle de produire la force nerveuse.

7° Les lésions de l'encéphale, en outre de perturbations très-variées, produisent surtout deux groupes de symptômes essentiellement caractérisés, l'un par la mise en jeu d'une propriété ou la manifestation d'une fonction, l'autre par la perte d'une propriété ou d'une fonction; mais les lésions productives de l'un ou de l'autre de ces deux groupes d'effets n'agissent que par l'intermédiaire de l'irritation qu'elles causent dans les parties où elles se trouvent ou dans celles d'alentour, irritation qui, se propageant à distance, exerce son influence, soit en mettant en jeu, soit en arrêtant, ainsi que je l'ai déjà dit, l'activité des cellules nerveuses douées de la propriété ou de la fonction qui est alors modifiée ou suspendue.

8° Dans les cas de lésion encéphalique, de même que dans les cas d'irritation d'une muqueuse ou d'une autre partie périphérique, la paralysie, l'anesthésie, l'amaurose, l'amnésie, l'aphasie, la perte des diverses facultés intellectuelles, la perte de connaissance, et toutes les autres cessations de fonction de l'encéphale, ne sont que des effets d'inhibition de l'activité des cellules douées de la fonction qui s'arrête.

9° Dans les cas de lésion encéphalique, de même que dans les cas d'irritation d'une muqueuse ou d'une autre partie périphérique, les symptômes montrant une activité morbide de cellules nerveuses, tels que le délire, les convulsions et autres contractions musculaires involontaires, etc., se produisent non comme conséquence tout simplement d'une action morbide de la partie lésée, mais aussi et surtout comme effet d'une influence que l'irritation première exerce à distance sur les cellules nerveuses encéphaliques douées de la propriété ou de la fonction mise en activité morbide.

10° Les variétés presque infinies de manifestations morbides qu'une lésion encéphalique peut produire s'expliquent par les variétés, presque infinies aussi, d'excitabilité dans les diverses parties du système nerveux, chez les différents individus, ou chez le même individu dans des temps différents. (*Gaz. hebd.*)

**Hernie inguinale en bissac. — Étranglement par brides épiploïques. — Chélotomie. — Ouverture du sac par Alex. Patterson. — Guérison.** — Un ouvrier, âgé de quarante-cinq ans, entre le 10 février 1878 dans le service de M. A. Patterson, à Western Infirmary à Glasgow. Cet homme a eu pendant son enfance une hydrocèle plusieurs fois ponctionnée. Plusieurs années après, il eut du même côté une hernie inguinale qu'il considéra comme consécutive à un effort. Cette hernie ne l'avait point inquiété jusqu'aujourd'hui, mais le 9 février il ressentit tout à coup dans l'aine droite une vive douleur irradiant vers l'ombilic. Il dut cesser tout travail et faire à pied une course de deux milles pour rentrer chez lui. On fit bientôt une première tentative de taxis qui fut infructueuse. A son entrée, le malade présente les phénomènes subjectifs ordinaires des étranglements herniaires. On doit en outre remarquer que la tumeur, siégeant à droite, est extrêmement douloureuse et présente la forme d'un sablier.

A dix heures du soir, on fait la chélotomie après avoir chloroformisé le malade et avoir pris les précautions antiseptiques convenables. Après l'ouverture du sac, il s'échappe une grande quantité de sérosité sanguinolente mélangée à des caillots; on a devant soi l'épiploon, dont les veines sont notablement distendues.

Le chirurgien s'efforça de passer en arrière de l'épiploon, espérant trouver l'intestin au-dessous dans sa situation ordinaire; mais il ne put arriver à l'intestin qu'après avoir élargi la plaie vers le bas du côté du scrotum, et il arriva ainsi jusqu'à l'étranglement qui siégeait vers le milieu de la hernie. A ce niveau, deux brides latérales, formées par l'épiploon épaissi, entouraient l'intestin grêle sur une étendue de six pouces. L'étranglement était très-marqué et l'anse intestinale était sur le point de se gangrener. On leva l'obstacle et on refoula avec précaution dans la cavité abdominale la portion d'intestin herniée; l'épiploon, fixé par des adhérences multiples et anciennes, fut laissé en place.

La guérison fut complète le 22 février.

Ce cas fut remarquable, ajoute l'auteur, par l'absence de vomissements, de nausées et de hoquet. La forme en bissac est présentée souvent par les hydrocèles, mais rarement par les hernies; l'état gangréneux de l'intestin se présenta au bout de dix heures, ce qui n'arrive presque jamais dans les cas de hernie inguinale. J'ai opéré soixante et onze fois la hernie étranglée et je n'ai jamais rencontré un cas semblable à celui-ci. (*The Lancet*, 6 april 1878, p. 492.)

**Perforation de l'appendice iléo-cæcal par une épingle. — Infection purulente. — Empyème, paracentèse. — Abcès du dos. — Mort, autopsie. — Pérityphlite et périhépatite suppurées. — Rien dans la plèvre** (Whipham). — Un jeune homme de dix-huit ans eut un refroidissement à la suite d'un bain dans la Tamise au mois d'août 1877. Deux jours plus tard, vive douleur dans le côté droit propagée plus tard au côté gauche, et diarrhée concomitante, sueur profuse la nuit et affaiblissement rapide. Guérison complète au bout de six semaines. La maladie pour laquelle il entra la dernière fois à l'hôpital Saint-Georges débuta sept jours avant son entrée à la suite d'une longue exposition au froid.

Douleur vive, douleur dans le côté droit, sueur profuse. Le jour suivant, il reprit son travail et le soir, il éprouva une vive douleur dans la région inguinale. Le troisième jour, il continua à travailler et la douleur s'étendit à tout le flanc droit; depuis lors il devint de plus en plus malade; pas de constipation. Toux et expectoration.

A son entrée, affaiblissement prononcé; douleur vive surtout dans la région inguinale et le flanc droit; tache colorée en rouge sur le milieu du sternum, peu élevée et disparaissant par la pression. Diarrhée profuse; matières noires; liquide dans la moitié droite du thorax. Douleurs abdominales augmentant pendant huit jours après son entrée. Neuvième jour, ponction avec un fin trocart dans l'intervalle de la septième et de la huitième côte (quelques gouttes de pus). Un nouveau trocart, plus gros, est introduit sur la ligne axillaire, et on obtient du pus d'un brun jaunâtre et de mauvaise odeur. Trois jours plus tard, apparaît derrière le thorax un abcès qui s'ouvre spontanément; son foyer ne communique pas avec celui de la cavité pleurale. A partir de ce moment, ce malade déclina rapidement, et il mourut quatorze jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie on trouva que le second tube avait passé dans un abcès qui s'était formé au-dessus du foie et que la moitié droite de la poitrine n'avait été traversée que dans la première ponction. On trouva dans la région iliaque droite un abcès au centre duquel se trouvait une épingle qui s'était fait un passage, en traversant le cæcum, l'appendice iléo-cæcal et les tissus environnants. (*Clinical Soc. of London*, 13 décembre 1878. *The medical Press and Circular*, 1878, déc. 18, p. 497.)

**Hémorrhagie sous-muqueuse du larynx** (par Julius Sommenbrodt, de Breslau). — On connaît la laryngite hémorrhagique aiguë depuis les recherches de Fränkel. Dans la plupart des cas rapportés jusqu'ici, il s'agit de foyers d'hémorrhagie consécutifs à la rupture des petits vaisseaux qui rampent à la surface de la muqueuse. L'auteur a eu l'occasion de voir, il y a peu de temps, chez une femme au neuvième mois d'une grossesse, une laryngite aiguë ayant des sugillations sur les deux cordes vocales vraies et une sur la fausse corde vocale du côté droit. Pendant près de trois semaines, les crachats furent striés de sang. Cette hémorrhagie peut être comparée à deux autres observées, l'une par Bogros dans le cours d'une variole noire, l'autre par Pfeuffer à la suite d'une stomatite mercurielle.

L'auteur a vu encore tout dernièrement une hémorrhagie limitée du tissu sous-muqueux de la région inter-aryténoïdienne postérieure formant un véritable hématome. (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1er avril 1878, p. 177.)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mai 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### FIN DE LA DISCUSSION SUR LA PÉRIOSTITE ET L'OSTÉOMYÉLITE

M. BERGER. Cette discussion a soulevé deux questions, l'une d'observation clinique, et l'autre de théorie, de mots pour ainsi dire. Pour la première, peut-on admettre, avec MM. Lannelongue et Desprès, que les diverses variétés d'inflammation des os se résument toutes en une ostéomyélite, justiciable d'une thérapeutique uniforme, la trépanation? Les arguments tirés de considérations anatomiques reposent sur l'existence constante de lésions osseuses mentionnée dans la plupart des observations : sur cent cas, M. Lannelongue n'en trouve que quatre où il n'y a pas eu nécrose. Même en admettant que les statistiques ne soient pas puisées à des sources trop funèbres, il faudrait encore tenir compte de ces cas incompatibles avec la théorie proposée. J'ai fait aussi des recherches, et j'ai trouvé dans le seul mémoire de Chassaignac sept observations dans lesquelles il n'y a pas eu expulsion de séquestre. Il faut, à mon avis, établir des distinctions importantes dans les faits anatomiques où l'on peut observer successivement, *a.* des cas où l'abcès sous-périostique se termine par une guérison rapide sans expulsion de produits osseux; *b.* des cas où l'incision de l'abcès est suivie de fistules persistant quelques mois et se tarissant sans élimination osseuse; il y a là peut-être exfoliation insensible, mais il n'y a pas nécrose proprement dite; *c.* des cas où l'on observe l'expulsion de petits séquestres minces, foliacés; *d.* des cas où l'abcès sous-périostique est suivi de lésions graves de l'os, de décollements étendus, de nécroses centrales ou totales.

Je pense que, dans les trois premières catégories, il est impossible de trouver les caractères de la lésion osseuse primitive constante à laquelle M. Lannelongue attache tant d'importance; dans ces cas donc, la trépanation n'aiderait pas la guérison.

On pourrait sans doute me répondre que les ostéomyélites les plus graves peuvent exister sans expulsion de séquestres, et que l'absence de nécrose ne prouve pas l'absence d'ostéomyélite; mais, dans les cas de ce genre, les accidents osseux sont graves et suffisent pour éclairer le chirurgien. Je sais bien aussi qu'à côté des abcès sous-périostiques où la lésion est limitée à la couche profonde du périoste et reste limitée entre le périoste et l'os, il y a des cas où la lésion de l'abcès périostique n'est que l'expression d'une inflammation plus profonde, d'une ostéite véritable.

Ce que je voudrais établir, c'est qu'il ne serait pas juste, au point de vue anatomique, de conclure qu'il y a toujours ostéomyélite; il faut distinguer les cas où la lésion primitive siège dans la profondeur de l'os et dans le canal médullaire, et ceux où elle est limitée au périoste.

Mais, dira-t-on, ces distinctions ne sont pas admissibles dans la pratique, elles ne reposent point sur des symptômes différents. C'est là une difficulté encore considérable, aussi M. Verneuil a-t-il insisté sur la nécessité de créer des cadres anatomiques et de chercher les symptômes qui permettront de fixer l'histoire clinique de chaque catégorie. Il faut diriger les observations dans ce but spécial.

Je n'ai pas adopté sans réserves les bases sur lesquelles Chassaignac établissait son diagnostic différentiel entre la périostite phlegmoneuse et l'ostéomyélite. Il est cependant utile de rappeler son opinion à ce sujet. Il admettait quatre symptômes importants : la fluctuation précoce, la forme particulière de l'œdème douloureux avec son bourrelet, les complications articulaires voisines, la nécrose superficielle. 1° Pour le symptôme tiré de la fluctuation précoce, il ne paraît pas avoir suivi ses malades dès le début; cependant la fluctuation apparaissant de très-bonne heure, mon observation le démontre encore, est un bon signe d'abcès sous-périostique. Dans l'ostéomyélite, après le même temps, il n'y aurait encore que de l'empâtement. 2° La forme de l'œdème douloureux profond, avec le rebord en virole, présente aussi une certaine valeur puisqu'on ne l'a jamais observé dans les formes bénignes d'ostéopériostite. En 1851, M. Verneuil a déjà communiqué une observation sur ce sujet à la Société. 3° Les accidents survenant rapidement dans les articulations voisines sont un bon signe de l'ostéomyélite. 4° Le caractère superficiel de la nécrose sert encore, en clinique, à distinguer les affections sous-périostiques de celles de la profondeur de l'os et du canal médullaire. J'ai aussi insisté sur le caractère des douleurs qui sont moins térébrantes dans l'abcès sous-périostique simple. Je suis loin de dire que ces divers symptômes se trouvent réunis et précis dans chaque cas, mais ils suffiront toujours pour former une présomption; les observations ultérieurement prises devront tendre à les compléter et à leur ajouter de nouveaux symptômes, s'il est possible.

La seconde question n'est qu'une question de mots. En disant « ostéomyélite » on suppose que le processus inflammatoire des parties molles, sous-périostiques, est identique à celui du tissu osseux; on suppose l'identité de ces différents tissus. Sans doute, chez les adolescents, au point de vue de l'anatomie normale, il existe une analogie indiscutable entre les éléments du périoste et ceux de la moelle; dans la couche profonde du périoste, comme dans les espaces médullaires, on rencontre des ostéoblastes, mais les médullocèles sont des éléments propres à la moelle et tout à fait inconnus dans le périoste. On ne peut identifier l'inflammation des deux espèces de tissus, dont le rôle physiologique et l'embryogénie sont d'ailleurs aussi différents. On me dira peut-être que cette identité existe à l'état pathologique, par le fait de l'inflammation qui développerait ici un tissu identique à celui qu'elle développe dans tous les organes; on ne pourrait dire qu'il y a ostéomyélite dans l'inflammation des os plutôt que dans l'inflammation de toute autre plaie en voie de bourgeonnement. M. Ranvier, qui a le plus contribué à faire admettre la moelle sous-périostale, n'a même pas proposé le nom d'ostéomyélite, mais celui d' « ostéite phlegmoneuse ». Enfin, lorsqu'on parle d'ostéite, on parle de l'os considéré comme organe, et, s'il fallait dire ostéomyélite pour montrer que ce n'est pas l'os, mais les éléments médullaires qui sont le siège de la maladie, il faudrait également rayer de la pathologie les noms d'hépatite interstitielle, de néphrite interstitielle, puisque, dans ces affections, ce n'est pas le parenchyme, mais le tissu conjonctif interstitiel qui est le point de départ de la maladie. S'il fallait proposer un terme général, je ne vois point pourquoi l'on renoncerait à celui d' « ostéite épiphysaire aiguë, ou ostéite épiphysaire des adolescents », dénomination qui rappelle l'organe malade et le siège de la lésion dans la partie la plus active de l'os. On trouvera peut-être que j'ai voulu trop distinguer des faits si connexes entre eux; mais, quand il s'agit d'une seule famille pathologique, on ne doit pas renoncer à établir les symptômes de chaque individualité, les différences cliniques auxquelles correspondra une thérapeutique appropriée à chaque cas spécial.

### COMMUNICATION

**Immobilisation et mobilisation des articulations malades; ankylophobie.** — M. VERNEUIL. Dans une séance intérieure (voir *Gazette des hôpitaux* 1879, p. 122), j'ai promis de soulever la question de l'immobilisation des articulations malades et de combattre l'ankylophobie trop répandue aujourd'hui. Je tiens ma parole en venant lire ce mémoire à la Société de chirurgie.

Le repos de l'organe malade est un principe thérapeutique formel; le fonctionnement de l'organe, au point de vue physiologique, est aussi nécessaire pour conserver l'intégrité de la fonction. Il semble donc que mettre au repos une articulation malade lui assure la guérison, mais l'expose à la perte de son intégrité fonctionnelle. Aussi l'on a vu, d'une part, exiger le repos le plus

absolu, d'autre part, exiger la mobilisation répétée, suivant que l'on s'est inspiré de l'une ou de l'autre des règles que je formulais précédemment. Bientôt les éclectiques prirent un moyen terme : on immobilisa tout en prenant soin d'assurer une mobilité artificielle. Sans doute, aujourd'hui, les chirurgiens traitent par l'immobilisation les articulations malades, mais ils guettent le moment où ils pourront combiner ce traitement avec la mobilisation graduée, pour éviter l'ankylose de l'articulation trop longtemps immobilisée, l'ankylose, l'épouvantail des familles, des malades, des médecins et même de beaucoup de chirurgiens!

Il m'arrive constamment de voir un enfant atteint d'une maladie articulaire récente; on immobilise l'articulation, tout va bien. Quelques semaines après, le médecin de la famille me demande quand il pourra enlever l'appareil pour imprimer des mouvements à l'articulation. Je conseille d'attendre. Mais le confrère, ou quelque artiste en massage qui s'insinue si volontiers dans les familles, enlève l'appareil et mobilise l'articulation. Ankylophobie! Je gourmande et je remets un appareil. Un mois après, on me répondra la même histoire, l'appareil s'est cassé, etc. Ankylophobie!

Dans d'autres cas, on immobilise l'articulation pendant le jour, et pour la nuit on la laisse libre, toujours pour éviter l'ankylose. Tous les jours, je vois arriver de province des malades atteints de vieilles arthropathies ; tout est correct dans le traitement, sauf une seule chose qui a manqué : c'est l'immobilisation complète; on a levé plus ou moins rapidement l'appareil inamovible, — on craignait l'ankylose.

Je pourrais citer un grand nombre d'observations dans lesquelles tout a été remis en question à cause de ces mouvements intempestifs dont tant d'ankylophobes souvent intéressés à l'être, rebouteurs avec ou sans diplôme, tourmentent les malheureuses articulations malades. Il est vrai qu'on accuse si volontiers le chirurgien des ankyloses que tous nous avons plus ou moins harcelé des articulations qui ne demandaient qu'à guérir seules ; j'ai vu même deux cas de morts, à la suite de ces mobilisations articulaires.

Voyons donc si l'immobilisation prolongée amène l'ankylose. Pour le prouver, on n'a donné que des faits peu nombreux et peu concluants. Il faut d'abord distinguer les articulations saines et les articulations malades. Quand les jointures sont saines, il n'y a pas un seul exemple où l'immobilisation, si prolongée qu'elle fût, ait amené l'ankylose. Sans doute, elle cause l'amincissement des cartilages, la réduction de la capacité, la raideur, en un mot divers changements anatomiques et fonctionnels qui ne disparaîtront qu'avec le temps et l'exercice ; mais il n'y a rien qui ressemble à l'ankylose. Nous observons le même phénomène dans les cavités muqueuses qui ne s'oblitèrent jamais; ainsi la vessie reprend sa capacité antérieure après les opérations de fistules vésico-vaginales. Ni les autopsies ni les expériences sur les animaux ne m'ont convaincu de la possibilité de produire l'ankylose d'une articulation saine immobilisée. L'immobilité n'ankylose point les articulations saines.

Quant aux articulations malades, on observe bien une diminution, une abolition même des mouvements ; mais pourquoi attribuer ces résultats à l'immobilisation plutôt qu'aux autres éléments de la lésion? Si l'on voulait expérimentalement produire l'ankylose, on lacérerait l'articulation, on provoquerait par tous les moyens une arthrite aiguë, la suppuration des cartilages, etc. ; mais s'aviserait-on d'employer les antiphlogistiques et les calmants, d'enfermer l'articulation dans un appareil inamovible? C'est pourtant ce que l'on devrait faire si l'immobilité était une cause d'ankylose ; mais, pour aggraver l'arthrite, on ferait des mouvements répétés. Nous observons en effet dans les hôpitaux que l'immobilisation est l'antiphlogistique le plus efficace ; on ne doit pas plus l'accuser de produire l'ankylose que la saignée et les ventouses de provoquer les adhérences pleurétiques ou péricardiques.

Il faut distinguer différentes variétés d'arthropathies : il en est un certain nombre dans lesquelles l'immobilisation peut être maintenue pendant des mois, des années, sans qu'on puisse craindre l'ankylose (synovites fongueuses, tumeurs blanches scrofuleuses, etc.). Il en est d'autres, au contraire, qui menacent plus vite d'ankylose (arthrites traumatiques, diverses arthrites rhumatismales, etc.). Mais la rareté de ces accidents prouve que les ankylophobes font beaucoup de bruit pour rien ou qu'ils ne s'entendent pas sur ce que signifie le mot « ankylose ». On sait, en effet, que l'immobilité rend aujourd'hui presque innocente l'ouverture des articulations. Si dans les blessures articulaires à la suite de fractures l'ankylose se produit, faut-il en accuser l'appareil inamovible? N'y a-t-il pas assez de lésions matérielles évidentes sans avoir recours pour l'expliquer à l'hypothèse de l'immobilisation?

Après les fractures de rotule on immobilise longtemps le membre, et il n'y a pas ankylose. Après les luxations simples, il en est de même, et je n'ai jamais vu d'ankylose. Je proteste donc contre la manie de mobiliser quand même des os luxés. Je puis citer, par exemple, l'exemple d'une dame, âgée de cinquante ans, atteinte de double luxation scapulo-humérale à la suite d'une chute. Par crainte de l'ankylose, on lui faisait tous les huit jours, et dès le dixième jour après la réduction, de la mobilisation préventive. Chaque semaine l'étendue des mouvements diminuait, et la guérison ne venait pas. Je prescrivis la cessation absolue de toutes les manœuvres et l'immobilisation aidée de quelques résolutifs sur la région scapulaire qui était très-sensible. Cette femme, que l'on avait épouvantée de l'ankylose, se résigna à ce traitement pendant six semaines. Six mois après, les mouvements sont si bien revenus qu'elle peut lever les bras et se coiffer elle-même.

Les ankylophobes se préoccupent de l'état des articulations voisines des fractures; vingt ou vingt-cinq jours après, ils enlèvent les appareils contentifs pour imprimer des mouvements, et les douleurs persistent pendant deux mois. Il suffit de replacer l'appareil inamovible pour faire cesser tous les accidents.

Je sais bien que, chez les personnes âgées, rhumatisantes et goutteuses, l'arthrite sèche se produit facilement, et que l'immobilisation peut amener des inconvénients. Le rhumatisme peut engendrer facilement des ankyloses, mais pas dans toutes ses formes. Ainsi, dans le rhumatisme aigu des adultes, on ne voit pas d'ankylose ; dans les formes chroniques, c'est encore l'exception. L'ankylose est plus à craindre dans les coxalgies rhumatismales, dans le rhumatisme blennorrhagique, et dans celui des femmes enceintes (Tison, *Thèse de Paris*, 1877). Cependant j'ai vu récemment une jeune femme, enceinte de six mois, qui était prise d'une arthrite très-aiguë du genou droit, pour laquelle je redoutais l'ankylose. Je corrigeai la flexion, et je fis une solide immobilisation. Les souffrances furent calmées en dix ou douze jours, mais je laissai l'appareil en place. L'accouchement se fit, et l'appareil resta quatre mois en place, sans avoir causé autre chose qu'une diminution de l'étendue des mouvements du membre.

Il ne faut pas confondre l'immobilisation active, instinctive, qui se fait naturellement par les muscles pour immobiliser une jointure malade, avec l'immobilisation passive, artificielle, que nous pratiquons avec des appareils. La première est beaucoup plus nuisible que la seconde, qui se substitue à elle, et fait cesser la douleur et les contractures. Il faut aussi distinguer l'immobilisation dans une mauvaise attitude du membre de celle que nous faisons dans une attitude favorable.

Enfin, il est bien entendu que l'immobilisation doit, comme toutes les bonnes choses, avoir une fin. Il vient un moment où il faut supprimer tout ce qui entrave les mouvements. Quand le processus pathologique est près de finir, la nature se charge de pourvoir à la mobilité et de la recouvrer par ses propres forces, beaucoup mieux que par tous les moyens populaires si connus, bains de sang, massages, etc. C'est le système musculaire qui est l'agent de cette guérison.

Si l'art veut aider la nature, c'est à ce système musculaire qu'il devra s'adresser, pour combattre les paralysies, les adhérences, les contractures qui retarderaient son fonctionnement.

La lecture de la seconde partie du mémoire de M. Verneuil est renvoyée à la prochaine séance.

### PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

**Dilatateur hydro-élastique.** — M. TILLAUX présente, de la part de M. Gabriel Baÿ, étudiant en médecine, un dilatateur cons-

truit sur le principe de la presse hydraulique, et dont la pièce principale consiste en une boule élastique remplie de liquide. Ce dilatateur peut être appliqué à l'œsophage, etc., aussi bien qu'à l'urèthre.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous apprenons à la dernière heure la mort de M. Piorry, ancien professeur à la Faculté de médecine, l'un des plus anciens membres de l'Académie (depuis 1823). Au moment où vient de s'éteindre cette longue et active existence, nous ne voulons garder de M. Piorry que le souvenir de la première moitié de sa carrière si laborieuse et si utilement remplie par des travaux qui révélaient en lui une féconde intelligence et les aptitudes les plus variées. Ses premiers articles et mémoires d'hygiène et de physiologie insérés dans le grand *Dictionnaire des sciences médicales* et dans les recueils du temps, ses nombreux rapports à l'Académie, ses recherches cliniques sur tant de sujets de pathologie, toutes marquées au cachet de l'observation exacte, ses études sur les altérations du sang, son enseignement libre dans les hôpitaux, avant son avènement à l'école, dont presque tous les journaux de médecine et la *Gazette des hôpitaux* notamment se sont faits les échos, ses études sur la plessimétrie, sa doctrine des états organopathiques, enfin ses traités de diagnostic et de séméiologie et son grand traité de médecine pratique où sont réunis et résumés presque tous ses travaux antérieurs sur la séméiologie, l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique, constituent dans leur ensemble une œuvre colossale qui n'est pas le fait d'un homme ordinaire et qui, en en élaguant les exagérations et les excentricités, est un fonds où l'on pourra longtemps encore puiser plus d'un renseignement utile. L'historiographe qui voudra se charger de l'appréciation et du classement selon leurs mérites et leur valeur relative de ces immenses travaux assumera sur lui une rude tâche qui ne sera pas sans utilité.

M. Piorry était dans sa quatre-vingt-cinquième année.

— *École pratique.* — M. le docteur Duret, aide d'anatomie, assisté de MM. Bazy, Bellouard, Boulay, Boursier, Coudray et Ratier, moniteurs, commencera le quatrième cours d'exercices pratiques de médecine opératoire le mardi 3 juin, à une heure, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique. Ce cours sera continué tous les jours à la même heure. Chaque démonstration sera suivie d'exercices pratiques dans le pavillon n° 1. Les élèves qui ont demandé à suivre le cours *juin* sont convoqués le mardi 3 juin, à midi et demi précis, à l'École pratique, afin d'être mis en série.

*Avis.* — Du 3 juin au 26 juillet, le pavillon n° 3, où se trouvent quelques pièces d'ostéologie, de myologie, etc., sera ouvert de midi à quatre heures pour les élèves munis de la carte de dissection qui leur a servi pendant l'hiver dernier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8288.

**Maltine Gerbay,**
*Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées*
TITRÉE PAR LE D^r COUTARET,
Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.
Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.
GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.
Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
*Dépôt dans toutes les pharmacies.*
GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

**Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de médecine de Paris**
*N. B.* L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*
Blancard
*Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

PHTHISIE PULMONAIRE, BRONCHITES, CATARRHES, etc.
**Vin et Huile de foie de Morue CRÉOSOTÉS** du D^r G. FOURNIER, pharmacien de 1^re classe, ex-interne des hôpitaux, contenant chacun 0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe. (*Exiger sa signature.*)
**Capsules d'Huile créosotée à 0.05**
Préparations créosotées SEULES récompensées à l'Exposition universelle de Paris, 1878.
Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, et 10, rue de l'Arcade (Paris).

**Solution-Aubin**
AU PHOSPHATE FERRIQUE ARSÉNIÉ.
Médication névrosthénique et reconstituante par l'emploi simultané du phosphore, du fer et de l'arsenic combinés à doses thérapeutiques équivalentes, contre : *anémies, chloroses, névroses, chorée, dyspepsie, scrofule, rachitisme, tuberculose, cachexies paludéennes, maladies de la peau, cachexies des maladies chroniques, atonie* sous toutes ses formes. Vente dans les principales pharmacies de France. — Dépôt à Paris : Pharmacie centrale, rue de Jouy, 7, et chez E. Fournier et C^ie, rue de Londres, 15 ; Détail : rue d'Anjou Saint-Honoré, 56. — En gros : chez J. Aubin, traverse du Chapitre, à Marseille, 13.

**Fer dialysé Bravais**
*pharmacien-chimiste à Paris*
Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris 1875. Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et C^ie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais.*
Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais,* et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabr. et la signature ci-contre
Raoul Bravais

**La Bauche, MÉDAILLE D'OR** PARIS 1874.
Eau minérale digestive, reconstituante, la plus riche en protoxyde de fer. Entrepôt, 33 r. St-Jacques.

**Solution Bourguignon au chlorhydro-phosphate de chaux.**
Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie ; deux cuillerées à chaque repas. — Dans toutes les pharm.

VIANDE ET QUINA.
**Vin Aroud au quina**
*et aux principes solubles de la* VIANDE.
MÉDICAMENT-ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.
Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

**Poudre anti-asthmatique**
du docteur LEFEBVRE.
Vingt-cinq années d'expérimentation sur lui-même de toutes les vapeurs médicamenteuses (cigarettes, papiers et poudres anti-asthmatiques) permettent au docteur Lefebvre d'affirmer la supériorité et l'infaillibilité de cette préparation. Les vapeurs dégagées par sa combustion calment à l'instant même le spasme dyspnéique, éloignent les crises et amènent la guérison. Un brûloir portatif inventé par ce docteur assure au malade le moyen de combattre tout accès d'oppression qui le surprendrait hors de chez lui.
Dépôt : Ph^ie CHIRON, 19, boulev. Magenta, Paris.

**Créosote du hêtre**
CAPSULES DARTOIS
Formule : { Créosote pure. . . . . . . 0,05 ; Huile de foie de morue blanche. . . . . . . . . . 0,20 }
3 FR. LE FLACON DANS LES PHARMACIES.

**Épilepsie.** *Traitement efficace* par l'Elixir et les Granules à base de **Picrotoxine**, du docteur PENILLEAU.
Elixir, 2 à 4 cuillerées. Granules, 4 à 10 par jour.
Pharmacie LEPINTE, 72, rue Saint-Dominique, Paris, et les principales pharmacies.

**Ver solitaire**
Guérison certaine par les *Globules* de SECRETAN (à l'extrait vert des rhizomes frais de fougère mâle des Vosges). Le seul remède infaillible, expérimenté avec le plus grand succès dans les hôpitaux; pas d'insuccès possible. — Dépôt : *Secretan*, pharm., 37, avenue Friedland, Paris. — Envoi f^o contre mandat 10 fr. (Éviter les contrefaçons.)

**Eau** FERRUGINEUSE ACIDULE, GAZEUSE **d'Orezza** (CORSE).
THÉRAPEUTIQUE
*Faculté de médecine. — Cours de M. Gubler.*
Les Eaux minérales de France... « Pourquoi « allons-nous chercher à l'étranger les Eaux ferrugineuses, acidulées, gazeuses dont nous sommes admirablement pourvus? La Corse ne « fournit-elle pas la *première eau de ce genre,* « comme richesse en acide carbonique libre et en « carbonate de fer? En effet, l'eau d'Orezza, d'après la belle analyse de M. Poggiale, ne contient pas moins de 12 cent. de sel ferrugineux par « litre, tandis que Pyrmont n'en a guère que 5 cent.. « Schwalback 7 et le Pouhon de Spa 9 seulement. »

**Vin** TANNIQUE NATUREL **de Bagnols-St-Jean**
Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876.
Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.
*Vente en détail : dans toutes les pharmacies.*
Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.
Prix : 3 francs la bouteille de 83 centilitres.
Entrepôt général, E. DITELY, propriétaire, rue des Ecoles, 18, Paris.

**Épilepsie. Hystérie. Névroses**
Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.
Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : CINQ francs.
Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.
Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Ph^ie GUIBOURT, MAYET s^r, 9, rue St-Marc.
**Vin, Huile et Sirop créosotés**
CAPSULES d'huile de f. de morue créosotée à 0,04
CAPSULES d'huile de faînes créosotée à 0,10.
M. MAYET s'étant occupé le premier, avec MM. les D^rs Bouchard et Gimbert, de l'emploi en thérapeutique de la créosote de goudron de bois, ces médicaments sont exactement préparés suivant les indications de ces savants praticiens.

**Élixir** CHLORHYDRO-PEPSIQUE **Grez**
Nouvelle préparation TONI-DIGESTIVE, d'un goût agréable, basée sur les dernières découvertes de la physiologie, contenant les principes actifs des amers (QUINAS-COCA) associés aux ferments digestifs, PEPSINE CHLORHYDRIQUE et PANCRÉATINE. Employée avec succès contre *dyspepsies, anémies,* et dans les *convalescences,* à la dose de 1 à 2 cuillerées à bouche aux repas. — Gros : LAYAT, r. Rambuteau, 26. Détail : phar.

**Sirop de digitale de Labélonye**
Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur,* diverses *Hydropysies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques,* enfin dans tous les *troubles de la circulation.*
Le SIROP DE LABELONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

**Eau de Contrexéville**
(SOURCE DU PAVILLON).
Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.
Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.
DEPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.
**Eaux-Bonnes** (*Basses-Pyrénées*)
SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE
Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration,* privilége qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.
Dépôt dans toutes les pharmacies.

**Quinoïdine Duriez.** D'un prix bien inférieur à celui du sulfate de quinine et des préparations de quinquina; la quinoïdine est le dérivé du quinquina, accessible à tous les malades.
**Tonique, fébrifuge, antinévralgique.**
Consulter : le *Bull. de l'Acad. de méd.*, an. 1878, p. 509, et l'*Union médicale*, an. 1878, p. 823.
**Les Dragées de quinoïdine Duriez** contiennent chacune 10 centigrammes de quinoïdine.
*Teinture alcoolique, à l'usage des médecins, contenant par gramme 10 centigr. de quinoïdine.*
Paris, 20, place des Vosges.

N° 63. — MARDI 3 JUIN 1879. 52e ANNÉE. MARDI 3 JUIN 1879. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journ[illegible]re de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et d[illegible] ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

| | |
|---|---|
| Trois mois. . | 8 fr. 50 c. |
| Six mois. . . | 16 — |
| Un an. . . . | 30 — |

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



---

### HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

### Polyurie idiopathique.

Le malade qui va faire le sujet de cette leçon est un homme de quarante-six ans qui est placé au n° 1 de la salle Saint-Charles et dont voici en peu de mots l'observation.

Cet individu est maçon de son état, mais ses forces ayant diminué et ce premier métier étant devenu trop pénible, il s'est fait, depuis deux ans, homme de peine. Quoique un peu maigre, il jouit d'une bonne santé habituelle. Il dit n'avoir jamais pâti.

Il y a cinq ans qu'il a été atteint pour la première fois de sa maladie actuelle. A cette époque, il a été tourmenté par une soif très-vive, impossible à satisfaire, et en même temps il a commencé à rendre une quantité considérable d'urine. Ses forces s'affaiblissant, il est entré à l'hôpital Saint-Antoine où il a été traité par les préparations arsenicales. Après cinq mois de séjour dans cet établissement, il en sortit dans un état de santé satisfaisant, et pendant trois ans il se trouva à peu près bien, urinant moins, quoique toujours au-dessus de la quantité normale, et ayant une soif moins vive.

Les choses restèrent ainsi pendant deux ans. C'est alors que, voyant cet état se prolonger et ses forces s'affaiblir de plus en plus, cet homme se décida à se présenter pour la seconde fois à l'hôpital, où il fut admis il y a quinze jours.

Il présentait alors l'aspect suivant : il était maigre, sans pourtant que sa maigreur eût rien d'exagéré ; il accusait surtout une soif extrêmement vive qu'il ne pouvait satisfaire qu'en buvant par jour plusieurs litres de liquide. Les fonctions digestives étaient d'ailleurs à peu près conservées. Cet homme mangeait comme à l'ordinaire ; il se plaignait seulement d'une constipation opiniâtre qui, depuis huit ou dix jours, s'est transformée en diarrhée, probablement sous l'influence de la tisane d'orge et de chiendent dont ce malade fait chaque jour une consommation considérable.

Les dents, qu'il était important d'examiner, étaient presque toutes tombées, et au premier abord cette altération remarquable, qui est survenue en même temps que la maladie, aurait pu donner le change relativement à l'affection dont cet homme est atteint, et faire songer au diabète.

Quant à la température, qui, dans la maladie à laquelle nous avons affaire, est quelquefois diminuée, elle étaità peu près la même qu'à l'état sain. Cet homme dit bien qu'il était très-sensible aux variations de température, cependant le thermomètre introduit dans le rectum nous a donné le chiffre normal de 37°,6.

Mais le principal phénomène qui attirait l'attention, c'était cette soif extrêmement vive, incessante, que le malade ne parvient à satisfaire à l'hôpital qu'en buvant en moyenne cinq litres et demi de tisane par jour. C'était enfin cette abondance considérable des urines, l'obligeant à se relever sept ou huit fois la nuit et représentée par l'évacuation dans les vingt-quatre heures de quatre ou cinq litres d'urine au lieu de 1,200 à 1,500 grammes représentant le chiffre normal.

Examinée avec soin, cette urine présente les caractères suivants : relativement à son apparence extérieure, elle est pâle, très-claire, sans aucune consistance sirupeuse. Sa pesanteur spécifique varie de 1005 à 1006, au lieu d'être de 1014 à 1020, comme à l'état normal.

Il semblerait d'après ce résultat que la proportion des matériaux solides dût être considérablement diminuée. Il n'en est rien cependant, car l'analyse chimique, faite sur la totalité des urines rendues dans les vingt-quatre heures, montre que ces matériaux solides atteignent 62 grammes par jour, au lieu de 26 grammes qui représentent la quantité habituelle.

Cette contradiction apparente entre les résultats fournis par la pesanteur spécifique et l'analyse chimique s'explique par ce fait, que les matériaux solides sont dissous dans une quantité de liquide considérable.

Le chiffre de l'urée, qui, dans l'état normal, varie de 15 à 16 grammes par jour, atteint ici 22g,30.

Les chlorures sont aussi considérablement augmentés. C'est au point que, au lieu de 8 à 10 grammes par 24 heures, ils s'élèvent chez ce malade à 17 grammes dans le même laps de temps.

Quant à l'acide phosphorique, nous en trouvons 3 grammes au lieu de 2g,50.

L'acide urique est normal.

Pas trace d'albumine. Absence complète de sucre, par tous les réactifs.

Après vous avoir ainsi relaté l'observation de cet homme,

j'ai besoin de vous dire quelques mots de la maladie dont il est atteint et qui n'est autre chose que la polyurie idiopathique. Cette affection constitue une individualité morbide spéciale que l'on a décrite indifféremment sous les noms de polyurie, de polydipsie, de diabète insipide; mais toujours elle est caractérisée par une soif considérable et en même temps par l'évacuation d'une urine abondante et aqueuse.

Il y a plusieurs sortes de polyurie. La polyurie idiopathique, celle dont nous nous occuperons exclusivement dans cette leçon, n'est connue, comme entité morbide distincte, que depuis les travaux de Willis en 1838. Jusque-là elle avait été confondue avec d'autres affections et particulièrement avec le diabète sucré.

Dans cette affection, le premier symptôme qui appelle l'attention, c'est l'augmentation de quantité des urines. Ce liquide, dont l'évacuation peut aller à plusieurs litres dans les vingt-quatre heures, se présente extérieurement avec une coloration claire, limpide, transparente.

Sa réaction est ordinairement acide, et sa pesanteur spécifique varie entre 1003 à 1010.

Relativement à la composition chimique, on trouve que la quantité d'urée rendue dans les vingt-quatre heures est tantôt inférieure, tantôt supérieure à la normale. Cela tient, dans ce premier cas, à ce qu'à la polyurie vient s'ajouter de l'azoturie.

L'acide urique ne change pas.

Quant aux chlorures, qui sont représentés ordinairement par 8 à 20 grammes, ils atteignent fréquemment dans cette maladie 15, 20, 25 grammes.

L'albumine est généralement nulle. On a bien dit que, dans certains cas, il y avait tour à tour absence et présence de cette substance dans les urines; mais ces faits ont besoin d'être confirmés à nouveau, car ils ont été très-probablement confondus avec la néphrite interstitielle dans laquelle ce phénomène existe d'une manière transitoire.

Avec cette polyurie, il existe quelquefois, chez les enfants, de l'incontinence des urines. Il n'est pas rare même, tant le besoin de vider la vessie est impérieux, que des adultes urinent dans leur pantalon.

Un autre phénomène qui ne frappe pas moins que la polyurie, c'est la polydipsie. En même temps qu'ils urinent beaucoup, ces individus ont une soif inextinguible, qui les force à boire continuellement, alors même que la gorge et les muqueuses ne paraissent pas sèches.

On a remarqué que les individus qui étaient ainsi atteints de polydipsie supportaient très-bien les effets immédiats de l'alcool. Cela tient à ce que ce liquide, qu'ils absorbent en quantité plus ou moins considérable, se trouve dilué dans une quantité d'eau bien plus considérable qui en atténue les effets.

Quant à l'appétit, il est généralement conservé, mais jamais il n'y a polyphagie comme chez les diabétiques. Les digestions sont aussi ordinairement bonnes, mais il y a souvent de la constipation ou de la diarrhée.

Les dents ne subissent pas cette altération rapide que présentent les sujets atteints de glycosurie. Contrairement encore à ce qui a lieu dans le diabète sucré, les appétits vénériens sont conservés.

Les individus atteints de polyurie sont ordinairement maigres; mais cet amaigrissement n'a rien d'exagéré. Il est dû, non pas à de l'autophagie, mais à ce que les malades ont du dégoût pour les aliments et mangent peu.

Relativement à l'état normal, il offre également quelque chose de particulier. Ainsi ces sujets sont ordinairement tristes, moroses, languissants. M. Landouzy en avait même vu deux qui avaient la manie du vol.

On a dit que la polyurie n'entraînait jamais la phthisie, laquelle est, au contraire, un des modes de terminaison assez fréquents du diabète sucré. Mais c'est une exagération, car on voit quelquefois des gens atteints de polyurie devenir tuberculeux.

On a prétendu également que les urines de ces individus pouvaient contenir de l'albumine. Trousseau a été plus loin; il a dit que certains malades étaient glycosuriques à de certains moments. Je crois que dans ce cas Trousseau avait eu affaire à des malades atteints de diabète sucré en voie d'amélioration, et chez lesquels le sucre disparaissait momentanément des urines pour y reparaître un peu plus tard.

La polyurie idiopathique est une affection chronique qui se prolonge le plus ordinairement pendant plusieurs années et qui rarement ne dure que quelques mois. La guérison, quand elle survient, n'est le plus ordinairement que momentanée, et presque jamais elle ne se maintient d'une façon définitive. On cite cependant quelques cas dans lesquels elle aurait eu lieu d'une manière complète.

Quant à la mort, elle arrive par le fait de l'amaigrissement croissant, de la cachexie progressive dans laquelle ces malades, qui finissent par éprouver une répulsion absolue pour les aliments, finissent par tomber. Elle peut cependant être amenée, comme dans le diabète véritable, par un érysipèle ou une pneumonie intercurrente.

Le diagnostic de la polyurie découle de l'examen des urines. L'absence de sucre, jointe à l'intégrité des dents, qui sont ordinairement conservées, et à l'état satisfaisant de la bouche, différencie cette affection du diabète sucré, dans lequel on voit, en outre, survenir très-fréquemment des éruptions diverses telles que des furoncles, des intertrigos, etc.

Dans la néphrite interstitielle, les urines, quoique abondantes, sont rendues en quantité moindre. Elles renferment, transitoirement il est vrai, de l'albumine, et prennent une coloration spéciale rougeâtre, hortensia, par l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique.

La polyurie est-elle le résultat d'une lésion cérébrale? Dans ce cas il y a ordinairement des troubles particuliers qui démontrent que l'affection a son siège du côté du cerveau, dans le voisinage du quatrième ventricule.

Relativement à l'étiologie de la polyurie, je vous signalerai comme causes prédisposantes l'hérédité, un tempérament nerveux; chez les femmes, la tendance à l'hystérie; enfin je vous mentionnerai la goutte comme exerçant aussi une action spéciale sur le développement de cette maladie.

On a discuté beaucoup sur la question de savoir si la polyurie était le premier phénomène qui apparaissait, ou si, au contraire, c'était la polydipsie qui ouvrait la scène. La question n'est pas encore jugée. Cependant un de mes confrères, qui est atteint de cette maladie et qui s'est beaucoup observé, prétend n'avoir rendu des urines extrêmement abondantes que quinze jours ou trois semaines après avoir été pris d'une soif inextinguible.

Quant à la nature de la polyurie, l'absence de toute lésion à l'autopsie, si ce n'est une dilatation considérable de l'estomac et de la vessie, a fait classer cette affection parmi les névroses.

Le traitement consiste dans l'emploi des préparations

opiacées, des narcotiques, des narcotico-âcres. M. Guéneau de Mussy préconise l'extrait de belladone donné à la dose de 1 à 7 centigrammes en augmentant progressivement de 3 centigrammes par jour pour redescendre ensuite à 1 centigramme. Malheureusement ces différents moyens ne donnent pas des résultats heureux entre toutes les mains.

A côté de ces préparations je vous signalerai l'oxyde de zinc et notamment l'extrait de valériane à la dose de 2 à 10 centigrammes par jour, qui était particulièrement vanté par Trousseau.

Dans ces derniers temps, enfin, M. Rendu a publié deux observations de polyurie idiopathique guérie par l'ergot de seigle.

Enfin je vous citerai également, comme moyen de traitement pouvant donner de bons résultats, l'électricité et surtout l'emploi des courants continus, ainsi que l'hydrothérapie sous forme de bains de vapeur. Je vous recommanderai enfin l'emploi de certains soins hygiéniques, tels qu'une bonne nourriture, et, quand la fortune des malades le permet, leur envoi dans des climats chauds.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

### De la confrontation.

La confrontation consiste à comparer les accidents morbides que présente le sujet qui les a reçus avec les accidents morbides du sujet qui les lui a communiqués.

C'est donc faire un diagnostic de la maladie du sujet contaminé d'après l'examen du sujet contaminant.

Cette opération peut souvent être très-utile, lorsque l'on se trouve en présence d'un chancre de nature indéterminée; si l'on visite la femme qui a donné la contagion, et qu'on lui trouve des chancres simples bien nettement caractérisés, on conclut à l'existence de chancres simples sur l'individu contaminé.

Ce procédé de diagnostic est donc rationnel et d'une grande simplicité : on peut conclure de la lésion de l'un à la même lésion chez l'autre.

La base de cette méthode repose sur le principe de la *transmission dans l'espèce* des affections virulentes; c'est-à-dire que les affections virulentes se transmettent dans leur espèce propre : la variole se transmet sous forme de variole, rien que sous cette forme, et jamais elle ne produit une autre maladie. La morve ne produit que la morve; la diphthérie ne donne que des contagions de diphthérie, etc. La transmission dans l'espèce est un fait de pathologie générale bien reconnu et tout à fait incontesté.

Les affections virulentes vénériennes n'échappent pas à la loi commune; elles sont régies par ces deux lois :

1° Le chancre simple se transmet en tant que chancre simple, mais jamais sous une autre forme;

2° Le chancre syphilitique ne produit que des lésions syphilitiques : il ne donne jamais de chancre simple.

Ces assertions sont justifiées par les faits pathologiques.

La transmission dans l'espèce de chacune de ces formes de chancre s'impose par des considérations diverses que nous résumerons en trois groupes :

1° Les résultats de l'inoculation expérimentale.

*a*. Pour le chancre simple, l'inoculation du pus d'un chancre simple sur un sujet sain ne donne jamais qu'un chancre simple, et elle donne toujours un chancre simple. J'ai maintes fois vérifié ce fait : entre autres exemples, sur un jeune médecin qui voulut l'expérimenter : le pus d'un chancre simple ne lui communiqua qu'un chancre simple, à trois reprises différentes.

*b*. Pour le pus syphilitique, inoculé à un sujet sain, on observe toujours un chancre syphilitique. La syphilis a été malheureusement inoculée expérimentalement à des sujets sains; toujours l'infection syphilitique a été la conséquence de cette pratique dont nous n'avons pas à juger ici la moralité; recueillons du moins l'enseignement qui découle de ces faits qui sont environ au nombre de trente : toujours la maladie inoculée a été la syphilis, et jamais une autre affection.

2° La transmission dans l'espèce est attestée aussi par les résultats des confrontations : un sujet étant atteint de chancre simple, remontez à la source de la contagion, vous trouverez un chancre simple. De même pour la syphilis. Toutes les fois que l'on a pu remonter à l'origine authentique d'une affection vénérienne, on a toujours trouvé la même lésion que celle qui avait été constatée sur le sujet contagionné. Jamais il n'y a croisement de l'une à l'autre. Cette vérité n'est pas seulement exacte dans les confrontations d'ordre vénérien, elle existe tout aussi pure dans tous les autres modes de contagion; par exemple, de nourrisson à nourrice. Le nourrisson syphilitique ne transmet que la syphilis à la femme qui lui donne le sein. De même, le vaccin d'enfant syphilitique a toujours transmis la syphilis, et jamais de chancre simple.

3° L'identité des lésions chez plusieurs sujets qui ont été contaminés à la même source est toujours absolue. Que plusieurs sujets s'exposent à la contagion auprès d'une même femme affectée de chancre simple, les accidents qu'ils présenteront ne seront que des chancres simples. J'ai cité depuis longtemps l'histoire de cette négresse qui, en 1856, atteinte de chancre simple, avait communiqué des chancres simples à trois jeunes gens qui s'y étaient exposés dans le même moment. Ils n'eurent jamais d'accidents syphilitiques.

Autre exemple, aussi connu : une fille prend un chancre syphilitique, suivi de roséole et de tous les accidents classiques qui en démontraient bien la spécificité. Cette fille transmet la syphilis à son amant, qui eut un chancre syphilitique, avec roséole, etc. Un ami de cet amant gagne auprès de la même femme un chancre syphilitique. Enfin, le père de ce dernier, après avoir eu un rapport unique avec cette même femme, prend un chancre syphilitique, suivi d'accidents rapides auxquels il succomba, en trois mois, à l'âge de soixante-treize ans.

J'ai vu aussi des exemples de six individus gagnant des chancres syphilitiques auprès d'une même femme, et quatre autres atteints de chancres simples dans les mêmes conditions.

L'identité des lésions transmises est corroborée encore par les cas de nourrissons syphilitiques, qui transmettent la syphilis à leurs nourrices, lesquelles contaminent leur mari, leurs propres enfants, d'autres enfants auxquelles elles donnent accidentellement le sein, lesquels enfants infectent leurs mères, etc. : on voit comment, de cascade en cascade, un seul nourrisson peut infecter presque tout un village.

On connaît bien dans la science l'histoire de cette femme, de Condé, qui était ordinairement employée à former le

mamelon des nouvelles accouchées, ou à leur dégorger le sein par la succion ; ayant contracté la syphilis dans l'exercice de ces fonctions, elle transmit, par un chancre des lèvres, l'infection syphilitique à quatorze clientes, qui infectèrent à leur tour leurs enfants et leurs maris. De même, à Brives-la-Gaillarde, une sage-femme, qui avait au doigt une lésion syphilitique, continua sa profession, et sema la syphilis dans toute sa clientèle : parturientes, nouveau-nés, maris et nourrices furent atteints de syphilis. Un procès sérieux en fut la conséquence : on constata trente-quatre cas d'infection syphilitique, dont quinze femmes, neuf maris, trois enfants ; le docteur Bardinet évalua le nombre total des cas de contagion à environ un cent.

Tous ces faits démontrent scientifiquement la transmission dans l'espèce : le diagnostic peut donc s'emparer de cette vérité et l'utiliser lorsqu'il sera douteux et difficile, lorsqu'il sera possible de remonter à l'origine de la contagion.

Cette méthode, si séduisante en théorie, peut-elle être vraiment applicable en pratique ? Oui, certainement, mais il faut réunir de nombreuses conditions pour qu'elle garde sa valeur : une série d'exigences indispensables à remplir restreint beaucoup son application : 1° la condition *sine quâ non* est d'abord de trouver la femme qui a contaminé l'homme que l'on examine.

Or, trouver la femme est chose infiniment moins facile qu'on ne le suppose. C'est l'écueil du système des confrontations. Un grand nombre de malades ne savent ce qu'elle est devenue ; ils ignorent son nom, son adresse, sans compter ceux qui refusent de la faire connaître, et les cas où c'est la femme qui refuse de se soumettre à un examen quelconque.

2° Il faut que le malade n'ait eu de rapport, dans un temps donné, qu'avec une seule femme. Or, si les monogames ne sont pas rares, les polygames abondent. Et, si notre malade a vu quatre, cinq, six femmes ou plus, comment réunir tout un sérail dispersé ?

3° Il faut que la confrontation soit faite à une époque rapprochée de la contagion : sinon les accidents, chez la femme, auraient eu le temps de disparaître.

Telles sont les conditions qu'il faut réunir pour pouvoir se servir utilement de la confrontation. Cependant, dans la pratique de la ville, dans un certain monde, où l'on est soucieux des soins d'hygiène et de propreté, et où l'on s'observe, les malades accourent promptement chez le médecin. Comme souvent ils ont aussi des relations suivies avec la même femme, on peut aussi facilement avoir recours à cette méthode. J'y ai eu recours quelquefois, déjà, quand j'étais arrêté par le diagnostic, et, toujours, j'en ai tiré d'utiles et sûres lumières.

Je n'ai pas besoin d'en citer un grand nombre de preuves : ce serait prolonger inutilement cet entretien. Citons un fait authentique et bien démonstratif : un jour, un de mes anciens condisciples de collège accourt chez moi pour me demander de quelle nature est la lésion dont il est porteur. Je reconnais un chancre, mais ne puis en préciser la nature, à ce premier examen, parce qu'il avait été tourmenté par des cautérisations et des traitements variés. Il fallait un diagnostic immédiat pour répondre à une proposition de mariage urgente. Je songeai à la confrontation : mon malade n'avait eu de relation qu'avec une seule femme, depuis plus d'un an ; la méthode était donc praticable. Il m'amène la femme, une heure après ; je constate sur la vulve l'existence d'une cicatrice indurée, avec la pléiade ganglionnaire, et une roséole en pleine éruption. Il n'y avait plus de doute, le chancre était syphilitique ; des accidents ultérieurs sont survenus depuis et ne m'ont donné que trop raison.

La confrontation, dans les cas de contagion des nourrices par leurs nourrissons, est très-utile : très-souvent les accidents observés chez les enfants éclairent le médecin sur la nature de ceux de la nourrice. Dans tous ces cas, voyez l'enfant, et vous serez fixés sur le diagnostic. Je n'insiste pas sur le rôle de la confrontation dans les expertises médico-légales, à propos des maladies contagieuses transmises, des attentats à la pudeur, des procès entre nourrices et parents d'enfants syphilitiques, etc.

En résumé, je formule les conclusions suivantes :

1° La confrontation est un procédé auxiliaire de diagnostic dans les cas où les preuves sémiologiques ordinaires sont insuffisantes ;

2° La confrontation repose sur des bases certainement légitimes et exactes, qui l'élèvent au rang d'une méthode scientifique ;

3° Il ne faut l'appliquer que dans des cas restreints répondant à diverses exigences particulières ;

4° Mais, même ainsi limitée, elle est appelée à rendre des services réels au praticien.

---

## BASSIN RACHITIQUE DE 6 CENTIMÈTRES.

### ENFANT MORT ; OPÉRATION CÉSARIENNE ; GUÉRISON.

Par M. Bailly, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Femme B..., âgée de vingt-sept ans, brune, d'une bonne santé habituelle, réside depuis deux années à Montmorency (Seine-et-Oise). Elle présente une brièveté remarquable de la taille (1 mètre 20 centimètres), causée par un rachitisme ancien, qui s'accuse encore aujourd'hui par l'élargissement du crâne, par une courbure prononcée à convexité antéro-interne des tibias, par l'arqûre exagérée et le peu de longueur des fémurs, etc. Cette femme n'a marché qu'à dix ans. Son bassin, composé, comme le reste du squelette, d'os incomplètement développés et déformés par le poids du corps et par l'action musculaire, mesure 6 centimètres au plus dans son diamètre sacro-pubien. Malgré ce rétrécissement considérable du canal pelvien, la femme B... est accouchée, il y a quatre ans, spontanément, à terme, après quatre jours de travail, fait assurément fort surprenant qu'on ne peut s'expliquer que par la putréfaction du fœtus et par une dislocation préalable des os de son bassin et de sa tête.

Devenue de nouveau enceinte en 1878, cette femme se trouve arrivée au terme de sa grossesse au commencement de mars 1879, et ressent les premières douleurs de l'accouchement le 6 de ce mois, à trois heures du matin. Je suis appelé près d'elle le lendemain 7 mars, à deux heures du soir, par M. le docteur Legendre et par M^me^ Laurent, sage-femme à Montmorency. A mon arrivée je constate l'état suivant : travail datant de trente-six heures, et depuis dix heures rupture spontanée des membranes et perte du liquide amniotique ; contractions expulsives revenant régulièrement toutes les cinq ou six minutes ; col de l'utérus revenu sur lui-même et fermé ; partie fœtale inaccessible au doigt. La fatigue ressentie par la parturiente exigeant une prompte terminaison de l'accouchement, et d'un autre côté l'étroitesse considérable du bassin ainsi que l'occlusion du col de l'utérus me laissant peu de chance de pouvoir extraire le fœtus par les voies naturelles, je me décidai à pratiquer la gastro-hystérotomie. L'enfant était mort, et c'est uniquement dans l'intérêt de la mère que je choisis ce mode d'intervention.

L'opération fut simple. La matrice, une fois vidée, se rétracta avec force, et la malade perdit 150 grammes de sang au plus,

tant pendant l'incision de l'utérus que pendant le décollement placentaire. Aucun vaisseau ne fut lié, aucune suture ne fut faite sur la matrice. La plaie de l'abdomen fut réunie par huit points de suture entortillée.

Des vomissements opiniâtres survinrent pendant les deux premiers jours, mais M. le docteur Legendre les calma par l'application, sur l'abdomen, d'une vessie contenant un mélange de glace et d'eau. A partir de ce moment le rétablissement ne fut plus troublé que par un œdème douloureux du membre crural gauche, qui se déclara le 26 mars et disparut complètement au bout d'un mois. Le 28 avril 1879, c'est-à-dire cinquante-deux jours après l'opération, les règles reparurent et coulèrent régulièrement pendant trois jours comme d'habitude. Aujourd'hui 12 mai, la femme B..., complètement rétablie, s'occupe de sa maison et elle a pu faire plusieurs fois à pied et sans trop de fatigue une promenade de vingt minutes dans la campagne.

Je crois pouvoir rattacher aux causes suivantes le succès qui a couronné mon opération. C'est d'abord le milieu salubre dans lequel la femme B... a vécu et a été opérée. Ce sont ensuite les circonstances mêmes de l'accouchement au milieu desquelles j'ai été appelé à agir et que je n'aurais pu choisir plus favorables : c'est-à-dire, d'une part, l'ouverture préalable du col de la matrice, qui a permis l'écoulement normal des lochies et a prévenu leur reflux dans la cavité abdominale ; d'autre part, l'énergie des contractions de la matrice, d'où le retrait immédiat de cet organe et la suspension instantanée de l'hémorrhagie concomitante du décollement placentaire. Je dois encore, en toute justice, rapporter une bonne part de ces succès aux soins éclairés de M. le docteur Legendre, et en particulier aux applications réfrigérantes prescrites par notre confrère, lesquelles ont exercé une si heureuse influence sur la marche des vomissements et, dans ma conviction, ont prévenu une inflammation diffuse du péritoine.

Cette guérison, réalisée à la campagne, ne vaut pas sans doute un succès obtenu à Paris et chez une Parisienne. J'ai cru cependant que, même amoindrie par les circonstances favorables qui m'ont aidé, l'importance de ce fait serait admise par le corps médical et mériterait d'arrêter pendant quelques instants l'attention de l'Académie.

## SUR LE PÉRITOINE DU PYTHON DE SÉBA.

Par MM. R. Blanchard et F. Lataste.

Nous avons eu récemment l'occasion de disséquer deux pythons de Séba, un mâle d'une longueur de 2 mètres 42 centimètres, et une femelle longue de 4 mètres 35 centimètres. Nos observations sont consignées dans un mémoire que publiera prochainement le *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie* ; nous les exposerons ici en quelques mots seulement, et nous nous étendrons surtout sur les conclusions qui nous semblent devoir en découler.

Chez le python de Séba, la cavité du péritoine ne remonte pas au-delà du pylore : elle est remplacée en avant de ce point par du tissu conjonctif lâche ; il n'y a par conséquent ni mésogastre ni plèvre. Une séreuse spéciale et indépendante du péritoine enveloppe le foie. Le péritoine communique en arrière avec la grande citerne lymphatique et le tissu conjonctif ambiant, par de larges orifices.

De cette observation, on peut tirer trois ordres de conclusions : A. les unes sont du ressort de la physiologie ; B. les autres appartiennent plus spécialement à l'anatomie comparée ; C. les dernières se rattachent à l'anatomie générale.

A. — Une théorie généralement admise dit que les séreuses ont pour but d'adoucir les mouvements, les déplacements que doivent subir certains organes ; que là où il se produit un mouvement on rencontre une séreuse. On cite à l'appui, comme exemples, la plèvre, qui doit faciliter l'ampliation du poumon ; les gaînes séreuses des tendons, qui doivent faciliter les mouvement des tendons, lors de la contraction musculaire ; les synoviales interarticulaires, qui empêchent le contact des surfaces osseuses ou cartilagineuses et facilitent par cela même les divers mouvements des pièces du squelette ; et, chose plus probante encore, les bourses séreuses sous-cutanées qui se produisent artificiellement au niveau d'une fracture non consolidée ou qui se développent en des points où la peau est exposée, dans certaines professions, à des frottements ou pressions habituels, etc.

Nous reconnaissons volontiers que cette théorie est généralement d'accord avec les faits. Elle est cependant en contradiction flagrante avec ce que nous voyons chez le python, puisque chez cet animal le poumon et l'estomac sont absolument dépourvus de séreuses, bien qu'ils doivent, et surtout l'estomac, accomplir des mouvements très-étendus.

B. — M. Milne-Edwards (1) admet : 1° que la cavité viscérale se restreint et se spécialise davantage à mesure qu'on s'élève dans la série des vertébrés ; 2° que cette cavité est plus spécialement propre aux organes digestifs.

1° A l'appui de sa première manière de voir, cet auteur cite l'amphioxus, le plus « dégradé » des vertébrés, chez lequel la cavité viscérale comprend toute la longueur du corps.

Cette conception ne serait pas d'une exactitude absolue, si l'on s'en rapporte à ce que nous avons observé chez le python. Cet ophidien est assurément moins élevé dans la série que les mammifères, et cependant la cavité péritonéale est chez lui beaucoup plus restreinte que chez ceux-ci. Mais c'est là un fait auquel il il convient de ne pas attacher une trop grande importance et duquel nous ne prétendons pas tirer un argument sans réplique contre l'opinion de Milne-Edwards : un animal peut, en effet, être très-élevé dans la série à un certain point de vue, alors qu'il est très-inférieur à un autre point de vue.

2° La seconde conclusion à laquelle arrive Milne-Edwards est surtout affectée à la protection des organes digestifs. Nos observations semblent devoir nous amener à une opinion absolument opposée. En effet, chez le python le péritoine recouvre à peine l'intestin, mais se répand au contraire en grande masse autour des organes génito-urinaires. Nous nous voyons donc ainsi conduits à admettre l'idée de Blainville, qui pensait que le péritoine est propre aux organes génitaux. Cette manière de voir, de Blainville paraît ne l'avoir jamais publiée ; mais Gratiolet, son élève, l'a religieusement conservée et l'a communiquée à M. le professeur Paul Bert, de qui nous la tenons. Le cas de l'amphioxus, que M. Milne-Edwards prenait comme exemple à l'appui de sa première conclusion, rentre précisément dans cet ordre d'idées, comme le démontre cette phrase de Milne-Edwards lui-même (2) : « Les ovaires de l'amphioxus occupent toute la longueur de la cavité abdominale. »

C. — Les histologistes ont démontré victorieusement l'identité des cavités séreuses et du tissu conjonctif lâche. On sait, d'autre part, que dans certains cas une cavité séreuse peut se développer normalement là où d'ordinaire on ne rencontre que du tissu lâche, et inversement. Le plus remarquable exemple de faits de ce genre nous est fourni par les sacs dorsaux des batraciens. Chez la grenouille et chez la plupart des anoures, les sacs dorsaux sont de véritables cavités séreuses ou lymphatiques, que traversent à peine quelques brides accompagnant les nerfs et les vaisseaux. Chez certaines espèces et dans certaines régions, ces brides deviennent beaucoup plus nombreuses, parfois même finissent par constituer un véritable tissu conjonctif lâche : c'est ce qu'on rencontre généralement chez les urodèles.

Le python nous offre un exemple du même genre, si ce n'est qu'il est la contre-partie de celui-ci. Chez la grenouille, en effet, nous rencontrons des cavités séreuses là où d'ordinaire il n'y a que du tissu conjonctif lâche (tisssu lâche sous-cutané) ; chez le python, nous trouvons, au contraire, du tissu lâche là où se rencontre habituellement une cavité séreuse considérable, la cavité pleuro-péritonéale (3).

(1) Milne-Edwards, *Leçons sur l'Anatomie et la Physiologie comparées*, tome VI, page 2.

(2) Milne-Edwards, *loc. cit.*, page 446, note 2.

(3) Embryologiquement, la plèvre et le péritoine ne sont, en effet, qu'une seule et même cavité.

Nos observations confirment donc pleinement la théorie qui admet l'identité des cavités séreuses et du tissu conjonctif lâche. Elles viennent encore démontrer, d'une façon indiscutable, l'existence de trous de communication entre les cavités séreuses et le tissu conjonctif lâche. Ce fait, qui pourtant paraît bien prouvé physiologiquement et même anatomiquement, est encore méconnu par certains auteurs. Mais il devra sembler maintenant définitivement démontré, si on songe que les orifices qui font communiquer le cul-de-sac postérieur du péritoine du python avec la grande citerne lymphatique et avec le tissu conjonctif interstitiel ambiant ont un diamètre moyen de 1 à 3 millimètres et que quelques-uns de ces orifices sont même assez larges pour qu'on y puisse assez facilement introduire le petit doigt.

## BIBLIOGRAPHIE

**La vérité sur les tours,** par X. Delore, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon. In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Delahaye, éditeur, 1879.

La question des *tours* préoccupe depuis quelque temps l'opinion publique en France. C'est surtout sur l'initiative du docteur Brochard, qui réclame le rétablissement de cette institution, que s'est produit ce mouvement des esprits, tant dans le monde médical que dans le monde politique.

L'idée générale qui semble prévaloir aujourd'hui, peut-être même sur le point d'être réalisée, serait le retour à cette ancienne coutume ; aussi M. Delore a-t-il jugé opportun d'exposer nettement les motifs sérieux qui militent contre une pareille résolution. Il groupe ceux-ci sous deux chefs : 1° *question médicale ;* 2° *questions morales et sociales,* et il termine par les *mesures à prendre.*

1° *Question médicale.* — Le plus grand argument en faveur du tour, c'est l'infanticide. On a prétendu que, depuis sa suppression, le nombre des enfants tués par leurs mères allait toujours croissant et que cette progression insolite était beaucoup plus rapide que celle des autres crimes contre les personnes. M. Delore se sert pour démontrer la fausseté de cette assertion des chiffres mêmes que M. Bérenger a produits dans son rapport au Sénat, pour défendre l'opinion inverse, c'est-à-dire de la statistique des crimes et délits commis par périodes de cinq années, de 1826 à 1875. Le chiffre maximum des infanticides, 214, correspond à la période 1856-1860 ; or, en 1858, il y avait encore 48 tours en exercice, et depuis 1860, c'est-à-dire depuis la disparition à peu près totale de ces derniers, le chiffre des périodes quinquennales n'atteint plus que 205 et 206. En outre, de 1861 à 1865, il y a *moitié plus* d'infanticides et *treize fois* plus d'homicides que dans la période 1826-1830 ; par conséquent, les crimes sur les nouveau-nés n'ont pas eu cette progression insolite signalée plus haut. Mais, pour l'auteur, on a eu tort, dans ces statistiques, de comparer l'*infanticide* à l'*homicide* : c'est avec le *suicide*, qui est habituellement le résultat d'une dépression morale analogue, que l'on aurait dû établir le parallèle. Les relevés de l'état civil nous apprennent dès lors qu'il n'est rien d'étonnant que le chiffre des infanticides ait doublé en France de 1830 à 1875, puisque, en 1830, celui des suicides était de 2,000 par an ; en 1845, de 3,084 ; en 1865, de 4,946 et en 1876, de 5,804. Par conséquent, la fermeture des tours est étrangère à l'accroissement des crimes commis sur les nouveau-nés. Les avortements ne peuvent être considérés comme un argument en faveur des tours, car la proportion de ces crimes dont est saisie chaque année la justice ne va pas en augmentant, malgré les procédés plus simples, plus perfectionnés et plus répandus. — Le nombre des morts-nés étant beaucoup plus fréquent chez les illégitimes, on a conclu aussitôt de ce fait à l'utilité des tours ; mais ce n'est là, pour M. Delore, qu'une pure hypothèse sans fondement, les véritables causes de cette plus grande mortalité étant les chagrins d'une grossesse illégitime, la syphilis si répandue dans le monde élégant, l'anémie, etc. On peut en dire autant des *expositions*, car il est presque aussi facile d'exposer un enfant que de le porter au tour ; et du reste, la proportion de ces expositions semble décroître par toute la France. M. Brochard a affirmé que la fermeture des tours a aggravé la mortalité des nouveau-nés. C'est là une assertion contre laquelle l'auteur proteste de toutes ses forces ; il montre, au contraire, que la mortalité donnée par les tours était effrayante (60 à 65 pour 100), et qu'aujourd'hui le mode d'assistance adopté produit des résultats meilleurs. Si nous admettons approximativement, dit-il, 40 pour 100 comme chiffre moyen donné par le système actuel, en mettant celui des tours à 60 pour 100, nous avons une différence de 20 pour 100 ; c'est-à-dire d'un cinquième au passif des tours. Or, depuis vingt ans, le nombre des nouveau-nés des hospices ayant été en moyenne de 1,600,000, c'est à 300,000 qu'on peut estimer le nombre des enfants sauvés par la fermeture des tours. L'enquête de l'assistance actuelle, il faut le reconnaître, est très-préjudiciable par ses lenteurs à la vie des nouveau-nés. Mais on peut la faire plus promptement ; et, d'ailleurs, qu'on ne s'imagine pas qu'il suffit de déposer un enfant au tour pour lui sauver la vie. « On dépose au tour, dit M. Pasey, des enfants venus de loin et qui sont dans un état déplorable. A Rouen, on a pu constater 414 décès au bout de quelques jours, sur 450 enfants déposés. »

2° *Questions morales et sociales.* — *Pour le tour* on a invoqué les raisons suivantes : « On place l'enfant dans un milieu meilleur, on le soustrait à l'influence fâcheuse de l'inconduite de ses parents. » Telle est, de toutes les objections, la plus sérieuse pour M. Delore ; aussi en tiendra-t-il compte dans les perfectionnements à donner à l'assistance infantile. Toutefois il ne faut rien exagérer, et l'on voit bien des filles-mères qui ne sont pas perverties. Le secret dû à la femme qui devient mère à la suite d'une faute est respecté par le tour. Oui, mais ne l'est-il pas aussi par le médecin, la sage-femme, le bureau de secours et les hôpitaux spéciaux ? Et puis, quand le tour sera inscrit dans la loi, de quel droit demanderez-vous à la femme compte de sa grossesse ? La loi a été violée par la suppression des tours, dit M. Brochard : mais il s'agit là, non d'une loi, mais d'un décret pris par Napoléon, en 1811, simplement confirmé par une ordonnance de 1823, et aboli progressivement depuis 1833 jusqu'à 1850, par divers arrêtés ministériels. *Contre les tours,* les raisons sont plus nombreuses et meilleures. Mettre son enfant au tour est un acte coupable qu'aucune loi n'innocentera jamais, même aux yeux de la fille-mère qui le commet. Il est déshonorant pour une mère d'abandonner ainsi son enfant, et cette possibilité même est une excitation incessante à la débauche. Le tour détruit le sentiment maternel et fait plus tard, des enfants qui y sont déposés, une catégorie à part d'individus. Il est la ruine de l'allaitement maternel. Avec lui, on aura de nombreuses difficultés pour le recrutement des nourrices et l'inspection des enfants trouvés. M. Bérenger propose une pénalité sévère contre les personnes convaincues de porter habituellement des enfants au tour ; mais alors il faudra une surveillance, une police, et dès lors, où seront les avantages du tour sur le bureau ouvert d'aujourd'hui ? Enfin, l'abandon des enfants, qui est un mal si grand à tous les égards, serait singulièrement facilité par le tour, et l'on perdrait les bénéfices que l'on a réalisés depuis quelques années par le nouveau mode d'assistance ; les statistiques démontrent en effet que le nombre des assistés diminue tandis que celui des enfants laissés à leurs mères avec secours temporaire diminue d'une manière progressive.

3° *Mesures à prendre.* — Il faut se résigner à chercher le moindre mal. L'*assistance* des enfants, adoptée aujourd'hui (abandon ou secours par l'intermédiaire de la mère), est le système auquel se rallie l'auteur, mais en y ajoutant des modifications fondamentales : 1° Rendre le service des enfants assistés aux commissions hospitalières en leur remettant un règlement très-explicite dont elles ne puissent s'écarter, l'État se chargeant des dépenses ; 2° Qu'un inspecteur soit choisi dans le corps médical par les commissions hospitalières du département, pour être mis à la tête du service ; 3° Répandre le plus possible le *secours à domicile* ; 4° Chercher,

auteur, à obtenir la divulgation de la grossesse, c'est-à-dire amener par la confiance les filles-mères à venir déclarer à l'inspecteur qu'elles sont enceintes, afin de leur procurer tous les secours désirables ; 5° Opérer l'enquête le plus promptement possible, et même si elle ne peut aboutir immédiatement, envoyer de suite l'enfant en nourrice ; 6° Favoriser l'allaitement maternel en assurant une somme d'argent à la mère qui aura nourri son enfant elle-même jusqu'à l'âge d'un an, sans préjudice du secours mensuel qui lui est alloué ; 7° Conserver l'*abandon* comme cela est aujourd'hui pour les cas extrêmes, mais le restreindre le plus possible ; 8° Étendre le bénéfice des sociétés protectrices de l'enfance aux enfants illégitimes ; 9° Donner aux bureaux de nourrices privés la mission de fournir aux besoins de l'assistance publique ; 10° Enfin, la recherche de la paternité serait ici d'une très-grande efficacité.

Telles sont les opinions défendues par l'auteur.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, arrête :

Article premier. — Le concours pour l'obtention des bourses dans les Facultés de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie aura lieu, au siége de ces établissements, le lundi 7 juillet 1879.

Les sujets des épreuves seront adressés par le ministre aux doyens et aux directeurs sous un pli qui sera remis au président du jury et décacheté par lui en présence des concurrents à l'ouverture de la séance du concours.

Art. 2. — Un étudiant ne peut être admis à concourir que s'il a obtenu la note *bien* au dernier examen de médecine ou de pharmacie subi par lui à l'époque réglementaire.

Art. 3. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de la Faculté dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 28 juin à quatre heures.

Fait à Paris le 28 mai 1879.

— Par arrêté, en date du 27 mai 1879, la chaire de médecine opératoire de la Faculté de médecine de Nancy a été déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour la production de leurs titres.

— *Académie de médecine.* — Le concours pour deux places de stagiaires aux eaux minérales (concours Vulfranc Gerdy) aura lieu en novembre 1879. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1880. Le concours comprend deux épreuves publiques : 1° une épreuve écrite sur un sujet de physiologie et de pathologie ; 2° une épreuve orale de vingt minutes, après vingt minutes de réflexion, sur un sujet de physique et de chimie appliquées aux questions hydrologiques.

Sont admis à concourir les élèves en médecine qui ont passé au moins les trois premiers examens de doctorat et qui ont rempli au moins pendant deux ans les fonctions d'internes titulaires nommés au concours dans les hôpitaux de villes où il existe soit une Faculté de médecine, soit une école de plein exercice, soit une école préparatoire.

Les deux mois de novembre et décembre, pendant lesquels a lieu le concours, sont admis en déduction des deux années d'internat exigées des candidats.

Les candidats devront se faire inscrire, soit au secrétariat de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères à Paris, soit au secrétariat des Facultés, Écoles de plein exercice ou Écoles préparatoires de médecine ou de pharmacie de France. Ils auront à déposer les pièces qui justifient les conditions exigées. La liste d'inscription sera close le 31 octobre 1879, à quatre heures après midi.

*N. B.* Un exemplaire du règlement du concours Vulfranc Gerdy est déposé au secrétariat de l'Académie ainsi que au secrétariat des Facultés ou Écoles, pour être communiqué aux candidats.

— L'Association française, pour l'avancement des sciences, ouvrira sa huitième session à Montpellier, le 28 août prochain, sous la présidence de M. Bardoux, ancien ministre de l'instruction publique.

Les demandes de renseignements doivent être adressées au secrétariat. 76, rue de Rennes, à Paris, où l'on reçoit les souscriptions.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Clinique ophthalmologique,** du docteur Badal, chargé du cours d'ophthalmologie à la Faculté de médecine de Bordeaux, etc. 1 vol. avec 14 figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Étude sur les signes physiques de la péricardite,** par le docteur Doublet. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Contribution à l'étude du traitement des fistules uréthro-périnéales et uréthro-scrotales,** par le docteur Paufeard. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Essai sur la réaction de l'urine,** par le docteur Fustier. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**De l'œdème dur des grandes et des petites lèvres, symptomatique de la syphilis,** par le docteur Oberlin. In-8° avec 2 planches. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8291.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

**On s'abonne hors de Paris** dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie va discuter un rapport qui soulève des questions délicates au point de vue professionnel, notamment celle de savoir jusqu'à quel point l'obligation qu'on voudrait imposer au médecin traitant d'indiquer lui-même sur un bulletin de décès, et dans tous les cas, avec la plus grande sincérité, la maladie dont son client est mort, est compatible avec le secret médical, avec l'intérêt souvent si vif, si affectueux, si paternel du praticien pour ceux qui se confient à ses soins.

Lorsqu'il s'agit de maladies aiguës, épidémiques ou endémiques, chacun comprend l'utilité de statistiques absolument exactes, et d'ailleurs ce n'est pas alors que la mesure proposée pourrait rencontrer aucun obstacle dans les scrupules ou les répugnances des médecins ou des familles.

Mais il en est tout autrement lorsqu'il s'agit de maladies constitutionnelles, diathésiques, et à vrai dire de la plupart des maladies chroniques. On peut se demander quel grand avantage social résulterait d'une exactitude scrupuleuse dans les statistiques dressées à ce sujet, et la crainte de dévoiler ce qui pourrait être considéré comme une tare pour les membres restants de la même famille peut paraître mal compensée par cet avantage problématique.

Il est vrai qu'on propose une série de mesures pour sauvegarder encore le secret médical, malgré cette divulgation à laquelle le médecin traitant serait astreint.

La commission académique a pensé qu'on pourrait peut-être atteindre ce but idéal en chargeant dans chaque mairie un employé d'aller, après chaque décès, trouver à domicile le médecin traitant, de lui remettre, en personne, le bulletin à remplir, et, l'ayant reçu de ses mains dans une enveloppe cachetée, une fois la maladie inscrite, d'aller le porter, sans l'ouvrir, à l'Hôtel-de-Ville.

Ce sont là, en effet, sans doute, des précautions bien minutieuses et qui pourraient être efficaces si elles étaient vraiment pratiques. Mais se figure-t-on le nombre d'employés que chaque mairie devrait avoir pour suffire à une telle besogne dans une ville comme Paris? Aller trouver aux heures de sa consultation, souvent à très-grande distance, le médecin qui aura exercé sur le territoire de l'arrondissement, l'attendre ou revenir s'il se trouve en retard ou s'il est empêché, ne le quitter qu'après lui avoir fait exécuter le nouveau règlement, est-ce exécutable? La discussion a été remise avec raison à mardi prochain pour que les membres de l'Académie puissent avoir le rapport imprimé sous les yeux avant d'en voter les conclusions.

La discussion sur les pleurésies cloisonnées s'est continuée par un discours de M. Moutard-Martin. Ce médecin distingué, dont l'autorité est si grande en tout ce qui touche les pleurésies, purulentes ou non purulentes, est venu invoquer certains faits dont nous donnons le résumé au compte-rendu et qui démontrent la possibilité de guérir à l'aide de ponctions certaines espèces de pleurésies, cloisonnées pourtant. M. Jaccoud était donc allé beaucoup trop loin en interdisant de toucher à toutes les pleurésies cloisonnées, sans exception ni distinction d'aucune sorte.

Dr Victor Revillout.

## HOPITAL NECKER. — M. Potain.

### Paralysie faciale d'origine rhumatismale.

I

Nous venons d'examiner un jeune homme, exerçant la profession de garçon d'hôtel, qui est entré à l'hôpital pour une paralysie du facial du côté gauche.

Doué d'une bonne santé habituelle, appartenant à une famille où il n'y a pas d'antécédents héréditaires de rhumatisme, il a éprouvé cependant quelques douleurs rhumatismales à plusieurs reprises. Il a été pris, il y a une dizaine de jours, de symptômes d'embarras gastrique, avec une grande tendance à la transpiration, surtout la nuit. C'est un matin qu'il avait été dans cet état pendant la nuit, qu'à son réveil un de ses camarades lui fit remarquer qu'il avait le nez de travers. Il ne ressentit d'abord pas d'autre malaise; il s'aperçut bientôt qu'il avait la parole plus difficile, et les mouvements de mastication gênés du côté gauche, les aliments s'arrêtant entre les arcades dentaires et les parois buccales inertes.

Ces accidents ayant persisté, il s'est décidé à entrer à l'hôpital. Le côté gauche de la face est aplati, les plis effacés; cependant, quand le malade ne fait aucun mouvement, l'aspect du visage est peu modifié. Le nez est entraîné du côté

droit, ainsi que la commissure labiale du même côté. Le milieu de la bouche n'est plus exactement sur la ligne médiane. L'œil gauche est un peu larmoyant; l'angle interne est notamment plus aigu, et ses deux bords sont écartés et laissent entrevoir la caroncule lacrymale. Depuis quelque temps déjà, ce jeune homme souffrait d'un mal de gorge, de douleurs dans les oreilles, et même, actuellement encore, il est atteint de surdité. Il n'entend le bruit d'une montre qu'à une distance de moitié moindre du côté gauche que du côté droit : si l'on applique la montre sur le crâne, au niveau de l'apophyse mastoïde, à gauche il ne l'entend pas, et à droite il l'entend peu.

Il ne suffit pas de dire et de reconnaître qu'il y a une paralysie des muscles de la face; ce qu'il importe de chercher, c'est la cause de cette paralysie, c'est de savoir où et comment la paralysie a envahi le nerf moteur.

Les différentes régions qu'il parcourt dans son trajet peuvent aider à rechercher la cause de la paralysie. Le nerf facial a son point d'origine dans la fossette sus-olivaire du bulbe, tout près de l'auditif, avec lequel il se rend au fond du conduit auditif interne. Dans l'intérieur du rocher, il subit deux courbures à travers l'aqueduc de Fallope, puis se dirige vers le trou stylo-mastoïdien par où il sort du crâne en se divisant en deux branches, cervico-faciale et temporo-faciale.

Dans son trajet dans le rocher, il fournit plusieurs branches qu'il est utile de se rappeler :

1° Le nerf grand pétreux superficiel qui part au niveau du coude du conduit de Fallope, du ganglion géniculé, et qui passe par l'hiatus de Fallope pour aller se jeter dans le ganglion de Meckel, d'où il innerve les muscles tenseurs et élévateurs du voile du palais ;

2° Le petit pétreux superficiel, qui passe par un pertuis osseux à côté et en dessous de l'hiatus de Fallope, s'unit au petit pétreux profond du rameau de Jacobson, et va, à travers un petit canal osseux, au ganglion otique, d'où il innerve le muscle interne du marteau et le muscle de l'étrier, autrefois contesté.

Au niveau du trou stylo-mastoïdien, le facial fournit des filets au stylo-hyoïdien et au stylo-glosse, c'est-à-dire à des muscles élévateurs de la base de la langue.

Quant aux branches qui arrivent à la face, on peut dire qu'elles vont aux muscles qui protègent les organes des sens, et aux muscles qui adaptent ces organes des sens à leurs fonctions spéciales.

Pour l'œil, le muscle de Horner et l'orbiculaire palpébral, dont la paralysie amène l'épiphora par le renversement des paupières, et l'absence de clignement qui peut amener la rougeur, l'inflammation de l'œil et la photophobie.

Pour le sens olfactif, les muscles qui entourent les narines ferment ces conduits, et les adaptent à leur fonction, en les resserrant pendant l'inspiration, pour diriger le courant d'air vers la partie supérieure des fosses nasales, où est le siège de l'odorat.

S'il y a paralysie, la narine s'affaisse, le sens olfactif n'est évidemment pas lésé directement, mais la narine n'étant plus soulevée par la contraction des muscles, le courant d'air n'est plus dirigé vers les fosses nasales supérieures, mais il passe dans la portion inférieure sans impressionner l'odorat.

L'organe de l'ouïe a aussi ses muscles de protection et ses muscles d'adaptation : les premiers sont représentés par le muscle du marteau qui tend la membrane du tympan, et le muscle de l'étrier qui enfonce cet osselet plus ou moins fortement dans la fenêtre ovale, pour diminuer l'intensité des sons qui vont frapper les terminaisons nerveuses dans l'oreille interne ; l'adaptation spéciale est l'effet de la contraction du muscle interne du marteau, qui est dépendante des qualités des sons ; les muscles auriculaires dirigent encore le pavillon suivant la direction des sons, chez l'homme d'une façon à peine sensible, mais cette propriété est très-évidente chez certains animaux.

Pour le goût, nous trouvons encore la même disposition : les lèvres sont un organe protecteur, comme le voile du palais, par les stylo-glosse et stylo-hyoïdien qui soulèvent la langue pour la rapprocher de la voûte palatine, est un organe d'adaptation pour ceux qui veulent joindre la saveur à l'odoration des liquides qu'ils dégustent, par exemple.

Je ne m'étendrai pas sur le rôle bien connu du facial dans l'expression de la physionomie.

Par l'examen des considérations anatomiques et physiologiques qui précèdent, on pourra juger à quel point du trajet du nerf facial correspond la cause de la paralysie, et jusqu'à quelle hauteur elle remonte, suivant que telle ou telle branche, dont on connaît le point d'origine, sera ou ne sera pas atteinte. Nous pourrons donc trouver des paralysies n'occupant que les branches du facial, ou remontant jusqu'au rocher, jusqu'à la portion comprise dans l'aqueduc de Fallope, jusque dans la boîte crânienne ou jusque dans l'intérieur du bulbe.

Si l'on observe des troubles dans les muscles de la périphérie, sans observer des troubles de l'ouïe, on conclura que le nerf n'est pas atteint au niveau de l'origine des nerfs qu'il fournit à l'oreille moyenne, dans l'intérieur du rocher.

Si l'on voit une déviation du voile du palais, cela prouve que la paralysie siège au niveau de l'origine du grand pétreux qui va au ganglion de Meckel, et, de là, agit sur le voile du palais : la paralysie est donc au-dessus du premier coude du facial.

Chez notre malade, le voile du palais subit une déviation très-manifeste ; la luette est déviée, non à la pointe, mais à sa base, vers le côté droit, et le pilier postérieur gauche est fortement abaissé. Donc la lésion du nerf facial comprend encore les points d'où partent les filets nerveux de cette région, donc il faut chercher la limite de la paralysie vers le trajet supérieur du facial : au niveau des circonvolutions, ou au niveau de la protubérance ?

Il n'y a pas de probabilité pour que la lésion du facial tienne à une altération des circonvolutions cérébrales, car on n'a observé aucun trouble cérébral qui accompagne très-généralement les paralysies faciales, quoique l'on ait cité des cas de paralysie sans trouble cérébral (Dupuytren, Roux). Ces faits ne sont que des exceptions.

D'autre part, une paralysie faciale d'origine profonde n'est jamais accompagnée de lésion de l'orbiculaire des paupières. La paralysie de ce muscle n'arrive que lorsque le facial est malade au niveau du canal de Fallope. Cette remarque a été faite et affirmée d'une façon très-catégorique par certains auteurs. Assurément elle n'est pas si absolue ; souvent on voit une paralysie incomplète dans laquelle l'abaissement de la paupière supérieure peut encore se faire dans une certaine mesure. D'un autre côté, l'absence de paralysie de la paupière supérieure dans les lésions centrales n'est qu'apparente. Chez les hémiplégiques, on voit les paupières s'abaisser toutes les deux ensemble ; mais, si l'on vou-

lait leur faire abaisser isolément la paupière du côté paralysé, cela leur est absolument impossible. C'est-à-dire que l'abaissement des paupières est un mouvement associé, analogue à celui qui se passe quand des hémiplégiques, qui ne peuvent absolument mouvoir le bras du côté malade, font cependant un mouvement instinctif d'élévation des deux bras pendant le bâillement.

Cette distinction étant admise, il faut cependant reconnaître que notre malade est atteint d'une parésie assez complète de l'orbiculaire pour qu'il soit plus sage d'admettre une paralysie produite dans le canal de Fallope, plutôt qu'une paralysie centrale. Or, à quelle cause attribuerons-nous cette paralysie du facial dans le canal de Fallope?

Ordinairement elle est le résultat d'une lésion du rocher; la paroi osseuse qui sépare l'aqueduc de Fallope de l'oreille moyenne est très-mince; souvent une propagation de l'inflammation peut se faire à travers cette paroi, qui est parfois traversée. Il est même étonnant que ce mode de lésion ne soit pas plus fréquent.

Des exostoses syphilitiques peuvent comprimer le nerf dans son trajet, et, à son entrée dans le conduit auditif interne, il est exposé à des causes de compression à la suite de pachyméningites à ce niveau, d'exsudations des méninges, etc.

Après sa sortie du rocher, le facial est exposé à des lésions par les parotidites, par les abcès de la parotide, par l'hypertrophie des ganglions, qui peut exister à la période secondaire de la syphilis.

Enfin l'influence du froid, associé à l'humidité, peut facilement s'exercer sur les branches de terminaison du nerf, qui sont exposées facilement aux variations venant de l'extérieur. C'est la paralysie faciale d'origine rhumatismale.

A laquelle des deux causes devons-nous rapporter le cas particulier qui nous occupe : au rhumatisme, ou bien à une lésion du rocher?

---

## HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

### Causes de la formation des caillots dans les sinus de la dure-mère (1).

VI

Obs. *Pneumonie chronique tuberculeuse. — Convulsions finales. — Thrombose des sinus de la dure-mère. — Aiguille dans le mésentère.* — D..., âgée de huit ans, entrée le 28 février 1876, au nº 1 de la salle Sainte-Catherine.

Cette enfant, sur laquelle on n'a pas de renseignements, tousse depuis longtemps, mais semblait assez bien portante. Hier matin, pour la première fois, elle a eu une perte de connaissance qui l'a fait tomber du lit, et qui était accompagnée de mouvements convulsifs avec écume à la bouche. Depuis elle est très-assoupie, n'a pas de vomissements ni de diarrhée et tousse un peu sans avoir de point pleurétique, T. M. 39,4.

Ce matin elle est assoupie, n'a plus mal à la tête, a la peau très-chaude (39,8), le pouls régulier (156), et on ne trouve aucune lésion cardiaque ou abdominale; mais le poumon droit est mat en avant et rempli de râles muqueux.

1er *mars.* — La journée d'hier s'est passée dans l'accablement sans sommeil. Ce matin elle est dans un état de convulsion complet, occupant le côté droit du corps et un peu le côté gauche. Cette convulsion est caractérisée par des secousses de la colonne vertébrale et des extrémités. Point d'écume à la bouche. Les yeux sont largement ouverts sans strabisme. La sensibilité est partout abolie, et à gauche il y a quelques mouvements réflexes dans le pied qui remue quand on chatouille la face plantaire.

Pouls excessivement petit, régulier.

Les convulsions ont duré toute la journée jusqu'à onze heures du soir, sans qu'il soit possible de rien faire avaler.

3 *mars.* — *Autopsie.* — Tous les *sinus* sont remplis d'énormes caillots jaunâtres décolorés, demi-transparents, mêlés çà et là à des caillots noirâtres, et ces thromboses se prolongent dans les veines méningées, dans les veinules cérébrales, où ils présentent le même caractère de décoloration.

La *substance cérébrale* est fortement congestionnée, surtout dans sa partie corticale et d'un rouge violacé intense. Elle ne renferme ni granulation tuberculeuse de la pie-mère, ni tubercule de la substance.

La *moelle épinière* est fortement congestionnée.

Dans le *poumon droit* en avant se trouve un noyau de 5 à 6 centimètres, dur, résistant, lardacé, semé d'infiltration grisâtre, vésiculaire, mal limitée de pneumonie chronique sur laquelle la teinture d'iode et l'acide sulfurique n'amènent aucune réaction de tissu amyloïde. Au sommet de ce poumon se trouve un petit noyau d'hyperémie au centre duquel se trouvent quelques petites granulations tuberculeuses jaune cru. Dans le poumon opposé se trouvent deux granulations jaunâtres, dures, tuberculeuses.

Les *ganglions* bronchiques sont tuberculeux.

Les cavités du *cœur* sont remplies de thromboses noires et ambrées. La valvule mitrale a son bord blanchâtre épaissi d'une ancienne endocardite végétante.

Les *intestins* ne renferment pas de corps étrangers.

La *rate* est petite avec quelques granulations blanchâtres de la séreuse.

Le *foie* présente quelques taches blanches, superficielles, de substance décolorée.

Dans le *mésentère* se trouve une aiguille complètement oxydée et sans inflammation environnante.

Dans cette observation, des convulsions générales intermittentes, et coma dans l'intervalle, se sont montrées pendant quatre jours et ont terminé la vie de cette phthisie tuberculeuse.

A l'autopsie on trouve la thrombose des sinus de la dure-mère et des veines méningées.

Obs. *Pneumonie chronique et tubercules du poumon. — Convulsions ultimes. — Thrombose des sinus de la dure-mère.* — B... Jeanne, âgée de trois ans, entrée le 17 juin 1878, morte le 20 du même mois.

Elle a perdu sa mère de la poitrine il y a six mois, et elle tousse depuis un an. Son corps est amaigri, et elle est dans un état de cachexie très-prononcé. Toux fréquente, râles muqueux et souffle au sommet du poumon droit; pas de vomissement ni de diarrhée.

Peu de temps après son entrée, elle est tout à coup prise de convulsions violentes avec perte de connaissance. Cela dure pendant six heures, et la mort arrive le soir.

*A l'autopsie.* — Thrombose noire du *sinus longitudinal supérieur*, provoquant la thrombose de toutes les veines méningées. Les autres sinus sont gorgés de sang liquide. La masse cérébrale est fortement hyperémiée, molle et peu consistante, presque pulpeuse au centre à cause d'une forte hydrocéphalie ventriculaire.

*Poumon droit* affecté de pneumonie chronique très-dure avec quelques granulations tuberculeuses et deux cavernes au centre de cette sclérose ; poumon gauche avec cicatrice déprimée au sommet et quelques granulations tuberculeuses.

*Ganglions bronchiques* énormes, la plupart caséeux.

Voici maintenant d'autres observations de convulsions ultimes produites par la cachexie rénale et l'albuminurie.

On pourrait peut-être considérer ces cas comme des

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 15 mai 1879.

exemples d'éclampsie albuminurique et d'urémie, mais la présence de lésions considérables du cerveau et des méninges empêche de faire cette hypothèse.

Pourquoi expliquer l'apparition des convulsions par une urémie contestable lorsqu'on trouve une obstruction des sinus amenant l'hydropisie de la pie-mère et du cerveau avec congestion considérable de la substance nerveuse?

Obs. *Œdème cachectique, suite de diarrhée. — Pas d'albuminurie. — Éclampsie. — Thromboses des sinus.* — M... Marie, âgée de deux ans, entrée le 27 avril au n° 40 de la salle Sainte-Catherine.

Elle a eu une scarlatine il y a quinze jours; depuis il lui reste de la conjonctivite, une diarrhée abondante, de la laryngite et une bronchite caractérisée par de la toux et des râles muqueux et sous-crépitants, abondants surtout aux bases des poumons.

Le 28, on lui donne un looch blanc avec 2 grammes de sous-nitrate de bismuth, du potage au riz, 25 centigrammes de gomme ammoniaque et un collyre à l'eau de roses.

Le lendemain, la diarrhée est moins claire. Sous-nitrate de bismuth 9 grammes, sirop diacode 15 grammes.

Le 1er mai, on remarque un œdème peu considérable, mais général. Il augmente les jours suivants.

Un peu d'urine, obtenue par le cathétérisme, ne contient pas d'albumine.

Le 5 mai, convulsions des yeux et de la bouche, avec cyanose. Cet état convulsif a duré dix minutes, et le lendemain les convulsions ont été générales.

Fumigations aromatiques.

*Mort* le 7, à 1 heure du matin.

*A l'autopsie*, on trouve la dure-mère extrêmement adhérente aux sutures et à la fontanelle intérieure non ossifiée.

Dans le *sinus longitudinal supérieur*, un caillot de 6 centimètres dont deux seulement sont blanchâtres, et qui n'obture pas complètement le calibre du vaisseau; rien dans les autres sinus.

*Œdème de la pie-mère* et de la substance cérébrale, qui est diffluente. Sérosité dans les ventricules. Pas de lésions de méningite.

*Congestion des poumons* dans les parties déclives, et ecchymoses non pleurales.

*Rein gauche congestionné*, avec état graisseux grisâtre de la substance corticale.

Le rein droit est congestionné avec une altération graisseuse très-avancée, et offre plusieurs ecchymoses à sa surface.

*Sang diffluent* dans tous les vaisseaux et dans les tissus, peu de caillots dans le cœur.

*Foie* congestionné, rouge, un peu ramolli et rempli de sang noir diffluent.

L'intestin ne renferme rien d'appréciable, si ce n'est de la rougeur sur la muqueuse du gros intestin avec hypertrophie des follicules isolés.

Dans cette observation, l'on voit un cas d'œdème cachectique assez commun chez les petits enfants, et qui dépend de l'anémie produite par une diarrhée prolongée. Dans ces cas, il n'y a rien au cœur, au foie, ni dans les reins.

C'est dans cet état que la petite fille de deux ans a été prise de convulsions partielles de la face, puis de convulsions générales.

*A l'autopsie.* — Œdème de la pie-mère, suffusion séreuse des ventricules et thromboses des sinus de la dure-mère.

---

## CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. de Wecker.

### De l'ophthalmie sympathique.

L'ophthalmie sympathique est une des formes d'irido-choroïdite caractérisée par une tendance toute particulière : c'est une irido-choroïdite *plastique.* Dès le début, les exsudats qui se forment du côté de l'iris tendent rapidement à accoler l'iris au cristallin. Dans une irido-choroïdite de forme simple, l'iris devient adhérent au cristallin, mais seulement par son bord ; le reste de l'iris est libre. Dans l'ophthalmie sympathique, au contraire, l'iris s'applique dans toute son étendue au cristallin par des exsudats très-adhérents.

D'un autre côté, les masses exsudatives qui se forment avec la choroïde ont une tendance particulière à se rétracter : la chambre antérieure, au lieu de présenter la forme d'un entonnoir, prend, sous l'influence de ces tiraillements, une forme inverse, de sorte que son diamètre le plus petit est précisément le diamètre antéro-postérieur, allant de la courbure du cristallin au centre de la cornée.

A la suite des adhérences nombreuses et intimes de l'iris avec le cristallin, l'iris est fortement distendu, et il se vascularise.

Cette irido-choroïdite apparaît le plus souvent à la suite d'un traumatisme de l'autre œil.

Les accidents de l'autre œil qui exposent le plus à l'ophthalmie sympathique sont ceux qui portent sur la portion antérieure des corps ciliaires, l'enclavement de l'iris, l'enclavement d'un fragment de la cristalloïde. Tous les traumatismes qui se produisent autour de la chambre antérieure prédisposent à l'enclavement, et par suite à une irritation sympathique.

Au point de vue de sa marche, l'irido-choroïdite sympathique amène le dégagement de la zone péricornéenne ; quelquefois la choroïde est entièrement détachée de la sclérotique, tant la rétraction des adhérences est considérable. Ce phénomène est rapidement suivi d'un ramollissement de l'œil, de la phthisie essentielle.

Chez les jeunes sujets, l'inflammation peut se passer ; les masses exsudatives de l'iris et de la choroïde se résorbent, et la partie antérieure peut devenir assez transparente pour permettre de voir le fond de l'œil. La vision toutefois revient très-peu : l'affection s'est souvent propagée à la rétine et au nerf optique.

On a attribué pendant longtemps au nerf optique la transmission de l'irritation ; plus tard, on l'a rapportée aux nerfs ciliaires. Actuellement, on admet que le nerf optique a une part de cette transmission, et on fait la section de ce nerf aussi loin qu'on peut sur son trajet. On a même renouvelé cette résection du nerf optique pour diminuer l'irritation, et on a obtenu de bons résultats.

On doit aussi tenir compte de l'irritation permanente produite par les cicatrices qui se rétractent progressivement ; de même, les traumatismes plus éloignés de la région ciliaire peuvent avoir une influence nuisible.

Il est remarquable que l'ophthalmie sympathique se développe rapidement ; elle apparaît surtout dans le temps qui s'écoule entre le septième et le quarantième jour. Pendant la première semaine qui suit le traumatisme d'un œil, elle n'est pas à redouter, et, après la sixième semaine, le plus grand danger est passé. Cependant j'ai publié une observation dans laquelle l'irritation n'est survenue que vingt-six ans après la lésion primitive de l'œil. On ne peut donc déterminer d'une façon précise les limites du temps qui peut s'écouler entre le traumatisme d'un œil, et l'apparition de l'ophthalmie sympathique sur l'autre œil. Cette différence de temps tient à des causes multiples : aux lésions de l'intérieur de l'œil, aux épanchements sanguins qui

peuvent survenir; ou bien une masse osseuse ou calcaire, ayant pénétré dans l'œil sans y produire d'accidents graves, y reste ainsi immobilisée pendant longtemps; mais, un jour, elle se déplace de nouveau, pour une cause quelconque, et elle produit un nouveau traumatisme, qui ne sera pas aussi indolent que le premier, et amènera une irritation sympathique de l'autre œil.

L'ophthalmie sympathique peut être due quelquefois à une irido-choroïdite de forme séreuse et non plastique; mais c'est plus rare. Cette forme serait beaucoup moins dangereuse que la vraie irido-choroïdite plastique. Celle-ci est tellement dangereuse qu'il faut pouvoir toujours la reconnaître, et dès son début.

Assez souvent elle éclate d'emblée, sans prodromes. S'il y a des prodromes, ils surviennent aussi du côté des nerfs ciliaires de l'autre œil. La vision se fatigue vite; il y a de la douleur; l'amplitude de l'accommodation est diminuée; les yeux s'injectent rapidement, surtout après le sommeil. Ce sont là des symptômes qui doivent attirer l'attention et mettre le praticien sur ses gardes : l'ophthalmie sympathique peut apparaître rapidement.

Il y a une vingtaine d'années, l'école de Londres surtout, un peu encouragée par l'école histologique, qui était heureuse d'étudier les pièces énucléées, comptait d'ardents partisans de l'énucléation : tout œil perdu devait être enlevé. Cette pratique n'est cependant pas suffisamment justifiée, surtout chez les jeunes sujets. C'est une opération considérable, et il faut songer qu'un malade qui conserve un œil dont la forme est encore à peu près régulière est dans une position autre que celui à qui on a enlevé tout à fait le globe oculaire. Chez les personnes âgées, vers l'âge de soixante ans, c'est plus simple; les accidents sympathiques sont moins à redouter.

On doit pratiquer l'énucléation quand il y a des prodromes d'irritation, de la fatigue, de l'injection péri-kératique, des précipités légers dans l'humeur aqueuse ou dans l'humeur vitrée. On ne doit pas hésiter à énucléer, lors même que l'autre œil n'a encore aucun symptôme, quand on peut soupçonner qu'un corps étranger est enkysté dans l'œil, et que cet œil est encore sensible; quand des cicatrices rétractées font rougir l'œil de temps en temps. Si les yeux restent douloureux, si la palpation d'un œil blessé y détermine des attaques de douleur, l'énucléation est encore justifiée. Voilà bien des indications qui montrent que je ne me refuse pas à pratiquer cette opération; mais, sur un œil indolent, je fais des réserves, et je la rejette, parce que je crains d'exposer inutilement le malade à une ophthalmie sympathique.

Les yeux atteints de staphylome et de glaucome ont peu à redouter les accidents sympathiques. Dans ces cas, le processus pathologique a atrophié les terminaisons nerveuses, et les a rendues inaptes à transmettre l'irritation qui provoquerait la sympathie.

Les yeux qui suppurent ne sont pas à l'abri de l'ophthalmie sympathique : c'est une raison pour faire rejeter les procédés à suppuration dans les opérations qui auraient pour but de détruire les nerfs ciliaires et de garantir l'œil d'accidents réflexes.

Le chirurgien peut se trouver dans une situation très-perplexe et très-embarrassante. Il peut arriver que la vision soit déjà détruite dans l'œil qui subit l'ophthalmie sympathique, tandis que l'œil blessé, celui qui est le point de départ de la sympathie, possède encore une vision passable. Que doit faire le chirurgien? Doit-il extirper la cause du mal, énucléer l'œil qui voit, pour sauver un œil qui ne voit plus? Assurément, il ne peut être question d'énucléation. On a proposé de sectionner les voies de transmission, les nerfs ciliaires, en traversant la sclérotique, au niveau du point où est la blessure, surtout en allant au-devant des nerfs ciliaires. Je crois préférable de ne pas couper les nerfs ciliaires dans l'intérieur du globe oculaire, parce que ces incisions sont toujours dangereuses quand on veut conserver l'œil, mais de les sectionner en dehors de ce globe oculaire en les cherchant autour du nerf optique, en dehors, à son bord supérieur et à son bord inférieur. On peut les atteindre ainsi en donnant de petits coups de ciseaux autour du nerf optique.

Je pense qu'il faut s'abstenir complètement de toucher à l'œil atteint d'irritation sympathique. Graefe conseille les opérations; je les repousse absolument. En effet, on n'arrive, en aucun cas, à détacher l'iris du cristallin et des procès ciliaires. Lors même qu'on réussirait, ce ne serait qu'au prix d'une traction violente qui aggraverait encore l'état du malade. La pupille artificielle n'est jamais possible; cette opération donne toujours des résultats fâcheux. C'est donc au traitement médical qu'on doit avoir recours au début de l'ophthalmie sympathique. Ce traitement doit être le même que celui de l'iritis plastique, de l'iritis parenchymateuse, c'est-à-dire qu'il doit avoir pour base la médication mercurielle la plus énergique. Je vous rappelle l'histoire d'un malade qui, ayant reçu un grain de plomb dans l'œil, perdit la vue six ou huit heures après l'accident; une violente irido-choroïdite céda à des frictions mercurielles à doses exagérées et à des transpirations abondantes; une récidive à la suite d'un autre accident de chasse guérit encore de la même façon.

Après un certain temps, l'occlusion pupillaire est la conséquence des synéchies postérieures, des changements survenus dans la structure anatomique des organes; mais, alors encore, il ne faut faire aucune opération sur l'iris. Quelquefois on peut y être contraint chez des malades qui ont une occlusion pupillaire, et qui cependant ont conservé une très-bonne perception lumineuse, avec un champ visuel assez intact. Il ne faut se laisser décider à l'opération que si le malade n'a eu aucun accident *depuis plusieurs années*. En ce cas, l'opération ne se fait pas comme l'opération ordinairement pratiquée pour la cataracte : j'ai indiqué d'opérer comme si on voulait faire l'opération de Graefe, traverser la cornée et l'iris, ouvrir la cristalloïde et évacuer le cristallin tout entier; puis, lorsque le cristallin est sorti, exciser un lambeau triangulaire de la capsule et de l'iris. Souvent il survient une nouvelle occlusion : il faut encore une nouvelle iritomie. Mais, le plus généralement, on obtient si peu de succès, qu'à moins d'instances réitérées du malade et de conservation complète des perceptions lumineuses, on se trouvera mieux de l'abstention.

L'irido-choroïdite peut être *spontanée*. On l'observe souvent chez les jeunes filles à l'époque de la puberté, et chez les femmes arrivées à la ménopause. Cette lésion est liée à l'irrégularité qui survient dans les fonctions de l'utérus à ces deux époques de la vie génitale de la femme. Il faut y veiller surtout dans les cas de dysménorrhée : dès que la menstruation est redevenue bien régulière, l'affection oculaire guérit vite. D'ailleurs, l'intervention chirurgicale n'est pas entourée ici des mêmes dangers que dans les cas d'irido-choroïdite traumatique : la seule précaution à prendre

est d'employer les instillations d'ésérine avant et après l'opération, afin d'éviter l'enclavement de l'iris, qui pourrait encore provoquer une ophthalmie sympathique.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juin 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport de M. le médecin inspecteur des eaux minérales de Challes (Savoie) pour l'année 1877 (Commission des eaux minérales).

La correspondance non officielle comprend : 1° un travail intitulé : *Quelques notes sur les vaccinations et revaccinations au* 31e *régiment d'artillerie* (*Le Mans*), par M. le docteur Giraud (Louis), médecin aide-major de première classe (Commission de vaccine) ; 2° un autre travail manuscrit du même auteur, intitulé : *La fièvre typhoïde dans la garnison du Mans, recherches étiologiques.*

M. LE PRÉSIDENT annonce officiellement à l'Académie la nouvelle de la mort de M. Piorry et prononce à ce sujet une courte allocution vivement applaudie.

M. TILLAUX, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Piorry.

### COMMUNICATION

M. LEGOUEST communique à l'Académie le résumé des observations recueillies par M. le docteur Pingaud, agrégé libre du Val-de-Grâce, médecin en chef de l'hôpital militaire de Setif, sur une épizootie de horse-pox qui s'est montrée au mois de février dernier parmi les chevaux de la remonte de Setif, et sur les expériences de vaccination et de revaccination instituées à cette occasion.

M. Pingaud, en collaboration avec MM. Viseau et Thomas, vétérinaires de première classe, après avoir constaté qu'il s'agissait bien en réalité de horse-pox, se servit du liquide des vésicules buccales d'un cheval de quatre ans pour procéder à une première série d'inoculations sur sept jeunes recrues du 10e régiment de hussards. Sur six de ces hommes des boutons de vaccine se développèrent avec cette particularité que la base en était à peine enflammée le sixième jour, contrairement à ce qui s'observe si souvent après les inoculations de bras à bras.

Quatre de ces sujets servirent à inoculer, le septième et le huitième jour, soixante-quatre hommes dont huit seulement n'avaient jamais été vaccinés. Le succès dépassa leurs espérances. Il y eut quarante inoculations positives, soit une proportion de 64 p. 100.

Plusieurs inoculations de horse-pox furent faites à la même époque sur des génisses, et elles réussirent, ce qui permit de revacciner au cow-pox une grande partie de la garnison, fait qui démontre, conformément aux assertions de Loy et d'Auzias-Turenne combien s'affaiblit le virus équin en passant par la vache. La proportion des succès fournis par ces dernières inoculations est tombée de 64 à 28 p. 100.

M. Pingaud indique sommairement qu'il a pratiqué un très-grand nombre d'autres expériences sur des animaux de diverses espèces, expériences qu'il se propose de rapporter avec détail dans un autre mémoire.

Pour le moment, ce sur quoi il insiste, c'est la grande efficacité et la parfaite innocuité du horse-pox quand on l'inocule avec les précautions convenables et en se servant exclusivement des vésicules qui se développent sur la muqueuse de la bouche. Sur aucun sujet les boutons vaccinaux produits par l'inoculation de ce horse-pox n'ont présenté de complication inflammatoire.

S'il en est autrement dans le cas où l'on prend comme source de vaccin les boutons développés sur le garrot ou sur d'autres points de la peau du cheval, cela tient au pus plus ou moins putride que l'on recueille avec le vaccin dans ces régions. Il suffit de flairer le garrot d'un cheval atteint de horse-pox pour se rendre compte des angioleucites et des accidents inflammatoires qui peuvent résulter de l'inoculation de tels produits morbides.

### RAPPORT

**Sur la coopération des médecins traitants à la détermination des causes de décès.** — M. LAGNEAU, au nom d'une commission composée de MM. Fauvel, Bergeron, Broca, Delpech et Lagneau, lit un long rapport sur la réponse à faire à M. le sénateur Hérold, préfet de la Seine, au sujet de l'utilité qu'il pourrait y avoir à recourir aux médecins traitants pour indiquer les causes de décès, ainsi que le conseil municipal de Paris le propose.

Après avoir rappelé que ce qui est proposé aujourd'hui pour Paris existe depuis longtemps déjà dans plusieurs États de l'Europe, et discuté longuement les moyens par lesquels on pourrait surmonter les difficultés résultant pour les médecins traitants du secret médical dans certaines circonstances, etc., etc., la commission conclut en proposant d'écrire que « l'Académie approuve pleinement l'intention qu'auraient le conseil municipal de Paris et l'administration préfectorale de demander aux médecins traitants leur coopération dans la détermination des causes de décès ; mais elle pense que la coopération ne doit être obtenue qu'en se conformant aux conditions suivantes :

« 1° Il n'est introduit aucune modification dans le service des médecins de l'état civil.

« 2° Dans chaque mairie, un employé tient un registre à souche sur lequel sont transcrits les certificats de décès rédigés par les médecins de l'état civil. Une feuille portant les mêmes indications et les mêmes numéros d'ordre que la souche de ce livre est détachée et portée par un employé de la mairie au domicile du médecin traitant. Celui-ci est invité à y inscrire l'indication de la maladie qui a déterminé la mort de son client. Lorsqu'il le juge nécessaire, il peut supprimer le nom et prénom du décédé, écrit sur une partie de cette feuille qui, limitée par une ligne poncturée à jour, peut être facilement séparée.

« 3° Le bulletin, placé sous pli cacheté, est rapporté par l'employé à la mairie et dirigé de là sur le bureau de statistique médicale.

« 4° La statistique des causes de décès est faite à l'Hôtel-de-Ville par des médecins.

« 5° Le bulletin hebdomadaire des causes de décès est expédié gratuitement à tous les médecins de la ville. »

### DISCUSSION SUR LES PLEURÉSIES CLOISONNÉES.

M. MOUTARD-MARTIN, en outre des deux espèces de pleurésies cloisonnées décrites par M. Jaccoud, en reconnaît encore une troisième, dont il a observé plusieurs cas.

Par exemple, chez une malade qu'il a vue en consultation avec M. Barth, celui-ci avait constaté d'abord, à une première visite, tous les signes classiques de la pleurésie, aussi bien en arrière qu'en avant : matité absolue très-étendue, disparition des vibrations thoraciques, etc. Il s'agissait d'une jeune fille de onze ans, qui habitait en province. Appelé pour la voir de nouveau, quelques semaines plus tard, M. Barth emmena avec lui M. Moutard-Martin. A leur arrivée, ils constatèrent que, dans cet intervalle de quelques semaines, il s'était produit une modification profonde dans les phénomènes plessimétriques et stéthoscopiques. En arrière, la matité avait complètement disparu ; le murmure vésiculaire s'entendait maintenant jusqu'à la base ; les vibrations thoraciques étaient redevenues normales.

En avant, au contraire, on trouvait une matité complète avec voussure considérable de la poitrine, et M. Moutard-Martin pensa qu'il existait de ce côté une pleurésie purulente. En effet, une ponction pratiquée en avant donna issue à une grande quantité de pus. A partir de ce moment, tout alla bien. La guérison fut très-rapide et tout à fait complète. Cette jeune fille, que M. Moutard-Martin a revue dernièrement encore, se porte actuellement très-bien.

Ce fait pourrait être interprété de deux manières: ou bien une seule et même poche pleurétique aurait existé au début, puis, tandis qu'elle se serait comblée en arrière par la production et la rétraction de fausses membranes, elle se serait au contraire développée en avant, où l'épanchement serait devenu purulent; ou bien il y aurait eu d'abord deux poches distinctes, l'une postérieure, qui se serait guérie d'elle-même, l'autre antérieure, où le pus se serait formé. De ces deux interprétations, M. Moutard-Martin préfère la seconde, et il fait rentrer le cas en question dans les pleurésies cloisonnées.

Un second fait qu'il cite est celui d'un jeune homme de vingt ans, qui avait été considéré comme menacé de tuberculose et qu'on avait envoyé passer l'hiver dans le Midi. Un jour, après quelques excès, il y fut pris d'un frisson violent, d'un point de côté à gauche. Bref, on reconnut une pleurésie gauche, pour laquelle on le traita pendant trois mois à Menton même. Au bout de ce temps, comme il n'allait pas mieux, au contraire, comme la suffocation, de plus en plus violente, menaçait l'existence, les parents de ce jeune homme le ramenèrent à Paris. M. Moutard-Martin constata la présence d'un épanchement immense; on entendait les bruits du cœur sous le sternum.

Une première ponction fut faite en arrière, puis successivement quatre autres dans la même région. Dès la première, dans laquelle on n'avait retiré que trois quarts de litre sur cinq ou six litres peut-être que contenait la poche, la résorption commença, et, dès lors, elle se continua graduellement, favorisée du reste par les ponctions. Enfin la guérison paraissait complète en arrière, ou y entendait de nouveau la respiration, la matité avait disparu. Mais il y avait toujours une voussure en avant, et, persuadé qu'il y existait une pleurésie enkystée, M. Moutard-Martin y fit une ponction, qui donna issue à une quantité considérable de liquide. Ce malade guérit comme l'autre. Le troisième fait est relatif à une jeune fille qui ne fut pas ponctionnée, mais qui, ayant présenté d'abord un épanchement abondant en arrière, ainsi qu'une voussure considérable en avant, n'avait plus trace d'épanchement en arrière lorsque M. Moutard-Martin la revit quelque temps plus tard, tandis qu'en avant la voussure persistait toujours.

De ces faits et d'autres semblables que M. Moutard-Martin se rappelle avoir également rencontrés, l'orateur conclut que M. Jaccoud a posé une loi trop absolue lorsqu'il a dit : « Ne touchez jamais aux pleurésies cloisonnées. »

Souvent cependant, en effet, les pleurésies cloisonnées sont graves; mais pourquoi? Parce que souvent le cloisonnement, dans la pleurésie, est le résultat d'une diathèse. Les pleurésies sont cloisonnées parce qu'il existe préalablement des fausses membranes. Les fausses membranes tiennent elles-mêmes à des pleurésies antérieures. Ainsi, en règle générale, toutes les pleurésies cloisonnées sont des pleurésies récidivées; et les récidives sont dues assez habituellement à des tubercules. Voilà ce qu'il peut y avoir de vrai dans la proposition formulée par M. Jaccoud.

La séance est levée à cinq heures moins le quart.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 31 mai 1879, M. le professeur Wurtz (de l'Institut), est nommé membre du Conseil de l'ordre de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 26 mai 1879, M. Michel, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Nancy, a été transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale de ladite Faculté, en remplacement de M. Simonin, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— *Hôpitaux de Paris.* — Sont nommés médecins du Bureau central : MM. Hutinel, Landouzy et Rathery.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 15 juin, à huit heures précises du soir, à l'Administration de l'assistance publique.

Ordre du jour : 1° Élection de membres associés libres nationaux; 2° Deux observations d'angine couenneuse avec diphthérie généralisée guéries par le perchlorure de fer, par M. Watelet; 3° Rapport de la Commission chargée d'étudier le meilleur mode de nomination de médecins adjoints : M. Pillenet, rapporteur; 4° Présentation de malade par M. Ballet.

— Jeudi 5 juin à huit heures du soir (salle des conférences, 39, boulevard des Capucines), M. le docteur de Pietra-Santa fera une conférence sur ce sujet : vaccinations et revaccinations, leur utilité actuelle.

— M. le professeur Chatin (de l'Institut) fera sa prochaine herborisation le dimanche 8 juin aux environs de Mantes. Rendez-vous à sept heures trois quarts à la gare Saint-Lazare, où l'on prendra le train partant à huit heures dix minutes pour la station de Mantes.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**De l'Électrisation dans l'occlusion mécanique et dans la paralysie de l'intestin; de la catalepsie et de la catalepsie provoquée,** par le docteur Henrot. In-8°. — Prix 12 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Cᵉ.

**Pathologie et clinique chirurgicales,** contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, V. Delahaye et Cᵉ.

Le Directeur : Dʳ E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8296.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉ ... — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds ... pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insé... Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des ... et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Comment arriver à extirper, sans produire une plaie trop vaste, un énorme cysto-sarcome de la mamelle?

Notre cher maître, M. le professeur Richet, nous a entretenu d'un fait qui mérite de figurer en première ligne dans une revue clinique, car il est plein d'enseignements pour le praticien.

Dernièrement il était appelé, conjointement avec un de ses collègues de la Faculté, à prendre une décision sur ce qu'il y avait à faire en présence d'une immense tumeur du sein, en pleine poussée inflammatoire, recouverte de téguments rouges et qu'on ne pouvait extirper sans une perte de substance énorme, autour de laquelle il n'aurait point été possible de trouver assez de peau pour la recouvrir.

La nature de cette tumeur était bien connue, car il s'agissait d'une récidive. Vers la fin de l'année dernière, M. Richet avait opéré ce même sein pour un cysto-sarcome, alors moins étendu. La poche cystique, s'étant ouverte pendant la dissection de la tumeur, avait beaucoup gêné l'opérateur pour bien déterminer les limites du mal.

Cependant, la cicatrisation s'étant faite rapidement, durant plusieurs mois la guérison parut complète. Puis le mal avait reparu, et, en une quinzaine de jours, il avait acquis les proportions indiquées plus haut.

Ne pas opérer la malade, c'était la vouer à une mort certaine, car le fibro-sarcome dont elle était atteinte rentrait dans la classe des cancers.

Mais, dans l'état de turgescence où se trouvait alors la tumeur, avec son volume vraiment colossal, aucune opération ne paraissait pratique.

Voici ce que proposa alors M. Richet et ce qu'il exécuta avec un plein succès.

Il commença par ouvrir largement le kyste principal, ce qui donna issue à une grande quantité de liquide; puis il introduisit dans la poche de la pâte au chlorure de zinc qui produisit une large eschare. Après l'élimination de cette eschare, la tumeur du sein avait complètement changé d'aspect. Elle dépassait à peine le volume du poing. Les téguments qui la recouvraient avaient repris leur couleur normale. Une extirpation devenait facile, et M. Richet, en la pratiquant, put, pour plus de sûreté, dépasser de partout les limites du mal et enlever tout autour une coque de graisse épaisse de plus d'un centimètre, sans que toute la pièce qu'il nous montra fût plus grosse qu'une grosse orange.

Les tumeurs cysto-sarcomateuses ne sont pas très-rares. Il est donc bon que les praticiens connaissent le moyen de surmonter des difficultés semblables à celles qui se sont présentées dans ce cas devant M. Richet et son collègue.

Avant de recourir au bistouri, il faut faire tomber la turgescence inflammatoire de la tumeur et en diminuer le volume, ce qui sera facile à l'aide des procédés indiqués plus haut.

### Du danger des collyres à l'eau distillée de laurier-cerise saturée de teinture d'iode.

M. le docteur Brière, chirurgien oculiste de l'hôpital du Havre, dont la *Gazette des hôpitaux* a publié dernièrement une note pleine d'intérêt sur les dangers des collyres contenant des sels de plomb, nous adresse la relation d'un fait qui montre combien un autre collyre, préconisé il y a deux ans dans un article de l'*Union médicale de l'Est* comme absolument inoffensif en même temps que très-efficace contre l'ophthalmie purulente des nouveaux-nés, peut être au contraire dangereux, étant employé tout simplement contre une ophthalmie catarrhale.

« En mars 1879, » écrit M. Brière, « j'ai été appelé, à une certaine distance d'ici, auprès d'un enfant de cinq ans atteint d'une affection oculaire.

« Depuis deux jours on employait six fois par jour, au moyen d'un pinceau passé entre les paupières, le liquide suivant ;

« Eau distillée laurier-cerise. . . 60 grammes.
« Teinture d'iode. . . . . . . . . 3 —

« Mêlez et filtrez pour collyre.

« Je n'oublierai jamais l'aspect de ces pauvres yeux.

« Extérieurement, paupières modérément tuméfiées, sanguinolentes et infiltrées de sang, la supérieure formant visière de casquette; plus de cils, sécrétion modérée. A l'intérieur, les conjonctives étaient recouvertes d'une couenne grisâtre que le traitement employé expliquait. Une cornée était intacte, l'autre nécrosée dans le tiers de sa surface.

D'après l'affirmation de la mère, la nécrose ne s'était produite que depuis deux jours.

« En dépliant bien les culs-de-sac je rencontrai çà et là des tissus *sains* et des parties de sclérotique *à peine rosées*. La transition entre les parties saines et celles méconnaissables que le pinceau avait touchées était très-nette.

« Il s'agissait primitivement d'une conjonctivite catarrhale. On fit des lavages fréquents, au moyen de mon siphon oculaire, avec de l'eau additionnée d'un peu de liqueur de Labarraque. L'iris de l'œil plus atteint fut maintenu bien contracté par l'ésérine pendant deux mois. Il y a maintenant un large leucome plat. Les cils commencent à pousser.

« L'enfant n'est que mutilé à moitié. Mais, justement ému des effets de cette médication iodée, je m'assurai que le collyre avait été bien et exactement préparé à la dose de 3 grammes pour 60 grammes avec de bons produits; puis, ayant répété moi-même différents essais, j'écrivis à l'inventeur du collyre.

« De notre correspondance assez longue il résulte pour M. Deschamps, pharmacien chimiste de première classe, dont on lira l'avis ci-dessous, et pour moi, cette conviction profonde que le liquide employé avec succès depuis deux ans par mon confrère ne contient pas 3 grammes de teinture d'iode pour 60 grammes d'eau distillée laurier-cerise.

« D'après l'auteur, le collyre trouvé empiriquement et si efficace doit avoir la teinte du *cognac pâle* et est préparé en éteignant 40 gouttes de teinture d'iode dans 60 grammes d'eau distillée laurier-cerise.

« Or 40 gouttes de teinture d'iode du Codex pèsent, dans tous les pays, $1^g,10$.

« Il faut donc admettre que les produits dont l'auteur s'est servi sont plus faibles que ceux du Codex, comme cela arriverait si la teinture d'iode était préparée avec de l'alcool de vin à 60° au lieu d'alcool à 90°, ou qu'on préparât son collyre empiriquement en se basant seulement sur la teinte cognac pâle.

« La bonne foi évidente de l'inventeur de la médication a donc été surprise quand il a écrit qu'un liquide contenant 1 gramme de teinture d'iode pour 20 grammes d'eau distillée de laurier-cerise a la teinte de *cognac pâle*. La solution qui a cette teinte ne contient que $0^g,22$ de teinture d'iode pour 20 grammes d'eau laurier-cerise.

« Afin de permettre à MM. les rédacteurs de la *Gazette des hôpitaux* de bien juger cette question importante, je leur adresse, par grande vitesse, quatre types de collyres iodés.

« Il est facile de comparer et de juger :

« 1° Une solution ayant la teinte de *cognac pâle* contient la proportion de 4 gouttes de teinture d'iode pour 10 grammes d'eau laurier-cerise ou 8 gouttes pour 20 grammes, ou $0^{gr},22$ pour 20 grammes.

« Ce liquide doit être anodin et de bon emploi. La teinture d'iode y est bien combinée avec l'acide cyanhydrique de l'eau laurier-cerise.

« 2° Une solution de 10 gouttes de teinture d'iode pour 10 grammes d'eau distillée laurier-cerise formée en employant les doses indiquées dans l'article du 30 avril 1877 (du moins dans le § 1). Eh bien! la teinte n'est plus *cognac pâle*, mais bien *rhum foncé*.

« 3° Une solution filtrée de 1 gramme de teinture d'iode pour 20 grammes d'eau distillée laurier-cerise.

« 4° La même non filtrée. L'iode s'y dépose.

« 5° Un papier qui a filtré une solution à 3 grammes pour 60 grammes. Il s'y est déposé 10 à 15 centigrammes d'iode. »

Les quatre flacons que M. Brière nous a adressés avaient parfaitement, *au moment où nous les avons reçus*, il y a environ quinze jours, la coloration qu'il indique pour chacun d'eux.

Le premier était à peu près d'une teinte cognac pâle;

Les trois autres d'une teinte rhum foncé.

Ainsi l'écart entre les formules données par l'*Union médicale de l'Est* dans son numéro du 30 avril et celle qui se trouvait correspondre à la teinte indiquée dans le même article était considérable, au moins de 2 à 5, de 8 à 20 gouttes, si l'on dosait la teinture d'iode par gouttes, et de près de 4 cinquièmes, à savoir de 22 centigrammes à 1 gramme, si, suivant une autre évaluation du même auteur, on comptait 1 gramme de teinture d'iode pour 20 gouttes.

Comment comprendre que des solutions qui, l'une et l'autre, étaient complètement saturées d'iode, au point d'en laisser déposer, aient pu être représentées comme *anodines autant qu'énergiques?*

La note de M. Deschamps adressée à M. Brière et que celui-ci nous avait transmise paraissait être une erreur colossale.

Voici cette note :

« Étant donné de l'eau de laurier-cerise des pharmacies à 50 milligrammes d'acide cyanhydrique par litre et de la teinture d'iode faite avec 12 grammes d'alcool à 90° centésimaux, à la température de 15° centigrades pour 1 gramme d'iode pur, il est absolument inexact de dire, ce que je lis dans l'article du 30 avril 1877, que 10 gouttes de cette teinture se décolorent complètement dans 10 grammes de cette eau laurier-cerise.

« Il est, *à fortiori*, plus erroné que 1 gramme de cette teinture d'iode dans 20 grammes d'eau laurier-cerise donne un liquide possédant la teinte d'une eau-de-vie pâle. L'acide cyanhydrique, l'alcool de la teinture et la quantité d'eau ne sont pas suffisants pour retenir l'iode en dissolution, et il se précipite en quantité relativement grande.

« Ce point est pratique et le résultat de l'expérience.

« Si nous nous adressons à la théorie, les faits seront encore plus évidents.

« On prend un flacon de teinture d'iode *bien préparée*, et, modérant l'écoulement de la teinture avec le bouchon, on en laisse tomber 10 gouttes dans un flacon taré. Ces 10 gouttes pèsent 274 milligrammes et contiennent par conséquent 21 milligrammes d'iode pur. 10 grammes d'eau laurier-cerise contiennent $0^{mg},5$ d'acide cyanhydrique. L'iode se combine avec cet acide en vertu de la réaction suivante :



$$CyH + I^2 = HI + CyI.$$

« Traduction: deux équivalents d'iode et un équivalent d'acide cyanhydrique se combinent pour donner naissance à un équivalent d'acide iodhydrique et à un équivalent d'iodure de cyanogène.

« Donc, quand on aura mis deux équivalents d'iode, on aura saturé un équivalent d'acide cyanhydrique.

« Équivalents iode = 127; acide cyanhydrique = 27.

« Pour avoir la quantité d'iode que saturent les $0^{mg},5$ d'acide CyH, on n'a qu'à poser l'équation suivante :

$$x : 0^{mg},5 :: (2 \times 127) : 27$$

$$\text{d'où } x = \frac{0^{mg},5 \times (2 \times 127)}{27} = 4^{mg},7 \text{ d'iode.}$$

« La quantité d'iode que l'on ajoutera en plus sera libre et ~~non combin~~ée, *par conséquent caustique.*

« Or, comme nous avons ajouté en tout 21 milligrammes d'iode et que nous n'en saturons que 4$^{mg}$,7, il reste 21 — 4,7 = 16$^{mg}$,3 *d'iode libre* dans le mélange de 10 grammes d'eau distillée laurier-cerise et de 10 gouttes de teinture d'iode.

« Dans ces proportions l'eau alcoolisée par la teinture se sature d'iode, et, lorsqu'elle en est saturée, ce métalloïde se précipite.

« C'est ce qui a lieu surtout pour le second cas dans lequel on met 1 gramme de teinture d'iode pour 20 grammes d'eau laurier-cerise.

« Pour terminer, je vous dirai que j'ai observé que 10 gouttes de teinture d'iode dans 15 grammes d'eau distillée laurier-cerise forment une *liqueur saturée de teinture d'iode* et qu'une goutte ajoutée en plus, et *à fortiori* davantage, *laisse déposer l'iode qu'elle contient.* »

La réaction que M. Deschamps a soumise ainsi au calcul est celle qui se produit tout d'abord, dès l'instant où la teinture d'iode est en contact avec l'acide cyanhydrique. Mais ce n'est pas la seule qui puisse survenir à la longue, surtout sous l'action de la lumière.

Après avoir remplacé un atome d'hydrogène dans l'acide cyanhydrique pour former l'iodure de cyanogène, l'iode peut encore atteindre le cyanogène lui-même dans sa composition intime en se substituant à de l'hydrogène, qui, d'autre part, devenu libre, va constituer de nouvelles quantités d'acide iodhydrique.

A mesure que s'opèrent de telles transformations, les solutions se décolorent et elles deviennent moins caustiques, car les hydrocarbures iodées et l'acide iodhydrique sont bien loin d'avoir la causticité de l'iode lui-même.

On comprend donc comment des solutions préparées à l'avance et conservées sans grande précaution à la lumière diffuse peuvent acquérir bientôt une innocuité relative, qu'elles étaient loin de posséder à l'origine.

Nous nous sommes assurés que tel était le cas en conservant à la lumière diffuse les quatre flacons que M. Brière nous avait transmis.

Le premier est actuellement, au bout de deux semaines environ, presque absolument décoloré. On le comparerait aujourd'hui plutôt à du kirsch qu'à de l'eau-de-vie.

Le second et le troisième, au lieu de ressembler à du rhum foncé, rappelleraient plutôt la couleur du cognac. Ils n'ont plus aucune analogie de teinte avec le quatrième qui, grâce à l'excès d'iode déposé en poudre dans la solution et qui s'y dissout à mesure, conserve toujours son premier aspect.

En résumé, la solution produite par l'adjonction de 1 gramme de teinture d'iode pour 20 grammes d'eau distillée et *non filtrée*, doit sans doute rester indéfiniment dangereuse par suite de l'excès d'iode qu'elle contient, et c'est une solution de ce genre qui a produit les accidents graves signalés par M. Brière.

Quant à celle qui est obtenue empiriquement par l'adjonction d'une goutte de teinture d'iode, pour chaque gramme d'eau distillée de laurier-cerise, bien que saturée au premier instant et à ce moment dangereuse, elle le deviendra de moins en moins si on la conserve dans un local où elle soit exposée à la lumière. Il ne faut pas un temps très-long pour qu'elle se décolore au point de ressembler à du cognac pâle.

**Hyperostose d'un tibia chez un adulte.**

Nous nous trouvons avoir en ce moment, et parallèlement, sous les yeux, un certain nombre de malades qui, comme phénomène commun, présentent une hyperostose d'un des tibias.

Comparables à ce point de vue, ils offrent d'ailleurs certaines différences qui rendent fort intéressante leur étude simultanée.

Nous allons commencer par donner aujourd'hui l'observation d'un de ces malades, telle que l'a recueillie M. Michaux, interne distingué du service dans lequel ce malade se trouve, et avec les courtes réflexions dont il l'a fait suivre.

Au n° 23 de la salle Sainte-Ludivine, dans le service de M. le docteur Damaschino, à l'hôpital Laënnec, est couché un homme âgé de soixante-douze ans, ciseleur sur bronze.

Ce malade est atteint depuis le 27 mars 1879 d'une hémiplégie droite complète qui ne présente rien qui mérite d'être signalé ; mais de plus il est porteur d'une tumeur qui occupe surtout la partie inférieure de la jambe droite pour venir se confondre insensiblement avec les parties normales vers l'extrémité supérieure du tibia.

Voici quels sont les caractères de cette tumeur. Elle occupe l'os dans sa totalité, mais elle est surtout marquée vers le tiers inférieur, va en diminuant à mesure qu'on se rapproche du tiers supérieur de l'os pour se terminer, pour ainsi dire en mourant, un peu au-dessus du plan horizontal passant par le tubercule antérieur de la crête tibiale. En détaillant davantage la configuration extérieure, nous dirons que la malléole interne est un peu rugueuse ou tomenteuse, manifestement augmentée de volume ; au-dessus d'elle se trouve une légère dépression, puis commence la partie la plus saillante et la plus volumineuse de la tumeur, surtout sensible à la face interne qui ne mesure pas moins de 10 centimètres de dimension antéro-postérieure. Cette masse, qui va en diminuant vers l'extrémité supérieure, est partout tomenteuse, bosselée et très-dure, présentant tout-à-fait la consistance normale de l'os. La crête tranchante du tibia est remplacée par une courbe à concavité postérieure, à bord absolument mousse et arrondi. En bas et en dehors de la tumeur passe un cordon artériel, pulsatile, qui doit être le tronc de l'artère tibiale antérieure plus saillant et plus volumineux qu'à l'état normal. La tumeur fait une saillie d'autant plus considérable que, du fait de l'hémiplégie droite, l'émaciation adipeuse et musculaire est extrêmement marquée à la jambe. Le péroné, qui semble très-rejeté en arrière, mais qui a conservé ses rapports normaux, ne présente aucune saillie anomale, aucune déformation. Les mouvements sont absolument intacts dans les deux articulations du genou et du cou-de-pied. Outre les signes positifs que révèle l'examen de la tumeur, consistance dure et uniforme, légères bosselures sur toute la surface, configuration spéciale, nous devons encore ajouter : que la peau intacte glisse dans toute son étendue sur la tumeur osseuse et ne lui adhère en aucun point ; que la tumeur est complètement indolente spontanément et à la pression ; enfin, qu'elle n'est ni fluctuante, ni pulsatile en aucun point que ce soit, et que l'auscultation n'y fait entendre aucun bruit de souffle.

L'examen attentif du squelette osseux fait reconnaître que ni le crâne, ni les os des membres ne présentent aucune production du même genre, ni aucune anomalie de conformation.

C'est en 1855, c'est-à-dire vers l'âge de trente-huit ans, que notre malade s'est aperçu pour la première fois que sa jambe droite était plus volumineuse, jusque-là elle avait été absolument semblable à l'autre. Lorsque le malade s'en aperçut, il existait en bas de la face interne du tibia une légère saillie ovalaire. Auparavant il n'y avait eu ni ostéite, ni traumatismes. Jamais, ni avant la tumeur ni après son développement, le malade n'a souffert de sa jambe ; celle-ci n'a jamais enflé, et aujourd'hui encore elle ne présente aucune dilatation variqueuse. La marche n'a jamais été troublée, jamais il n'y a eu la plus légère claudication, tous

les jours notre homme faisait à pied une douzaine de kilomètres et demeurait debout presque toute la journée pour ses travaux professionnels.

La marche de la tumeur a été constante et régulière : jamais de poussée aiguë pendant les vingt ans qu'a duré cette augmentation. Depuis trois ou quatre ans seulement la tumeur est restée stationnaire.

Interrogé avec soin sur ses antécédents personnels et héréditaires, notre malade ne se rappelle aucune tumeur analogue dans sa famille; les diverses périodes de son ossification ne sont pas moins silencieuses au point de vue qui nous occupe. Jamais notre malade n'a eu ni maux de gorge, ni chute des cheveux, ni roséole. A l'âge de vingt et un ans, il a eu deux chancres, qui n'ont été suivis d'aucun traitement et d'aucun accident, et qui semblent avoir été des chancres mous. Deux pneumonies et une attaque d'hémiplégie, telles ont été les seules maladies qui aient troublé sa santé toujours excellente.

En résumé, il s'agit d'une tumeur volumineuse, bosselée, très-dure, non adhérente à la peau, non pulsatile, à marche essentiellement lente et chronique, n'ayant jamais donné lieu à la plus petite poussée d'ostéite, ne s'accompagnant ni d'engorgement ganglionnaire, ni d'épanchement deutéropathique dans les articulations voisines, et cette tumeur ne peut être qu'une hyperostose du tibia, hyperostose simple, différente par la marche et l'absence de poussées inflammatoires de ces hyperostoses, suites d'ostéites plastiques, signalées par M. le professeur Gosselin dans l'article *Ostéite du Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques.* — Et l'expression qui nous semble rendre le mieux le diagnostic dans le cas particulier est la dénomination, que Volkmann avait donnée à ces hyperostoses simples, d'*éléphantiasis* des os.

Le malade dont M. Michaux parle en ces termes, et que nous avons vu dans le service de M. Damaschino, n'a donc éprouvé, à aucune époque, aucune espèce de douleur.

Tel n'est pas le cas de deux autres dont nous rapporterons l'histoire dans une prochaine Revue clinique.

Dr Victor REVILLOUT.

## REVUE DE LA PRESSE

**Diagnostic différentiel du sarcocèle du testicule avec l'hématocèle.** — Un garçon vigoureux de la campagne, âgé de dix-huit ans, entre dans le service de M. Verneuil pour une affection du testicule droit. Il raconte qu'à Noël, il y a deux mois et demi, il se heurta les bourses contre l'angle d'un billard. La douleur fut passagère; il continua sa partie et ne se reposa pas. Le gonflement fut assez rapide, mais indolent; pas d'autre traitement que l'éternel iodure de potassium et l'éternelle pommade. A l'arrivée du malade à l'hôpital, on trouva le cordon empâté, une tuméfaction diffuse et la douleur signalée. La tumeur présente les caractères suivants :

Comme situation et comme forme, c'est exactement le testicule ayant une fois et demie le volume normal, souple, mobile, non adhérent aux téguments, pas empâté ni coloré anomalement; au résumé, tumeur très-régulière, d'une consistance pas tout à fait homogène, fluctuante dans les deux tiers de son volume, rénitente, présentant en arrière et en bas certains points où la tumeur est dure, résistante, cette dureté correspondant surtout à la partie inférieure de l'épididyme. En arrière et en bas, il y a une petite bosselure qui se détache du reste de la tumeur, et qui est comme surajoutée.

Pas d'engorgement dans l'aine. Cordon souple; pas de retentissement dans les reins.

Quelle est la nature de cette tumeur ? Ou c'est une tumeur sanguine, résultat de la contusion, une *hématocèle ;* ou bien c'est une tumeur maligne, un *sarcocèle* (enchondrome, lymphadénome, cancer et diverses tumeurs kystiques). Une foule de présomptions font pencher pour l'hématocèle : origine traumatique, accroissement subit, indolence absolue, extrême régularité, rénitence, fluctuation en certains points.

Cependant M. Verneuil élimine les arguments tirés de la régularité de la tumeur qui peut s'accorder avec l'existence du sarcocèle; de la fluctuation qui existe dans la plupart des néoplasmes à la période de la formation de l'hydrocèle, de l'absence de douleur qui n'a pas une grande signification. car il y a une foule de sarcocèles non douloureux.

Ce qui fait encore pencher vers le diagnostic de sarcocèle, c'est que l'épididyme en arrière est très-dur et qu'il existe sur sa partie inférieure une petite saillie particulière. Si l'état général est excellent, cela s'explique par le jeune âge de la tumeur. Enfin, ce serait un cas où le traumatisme aurait réveillé la diathèse et déterminé la formation du cancer.

M. Verneuil insiste sur l'importance de bien établir le diagnostic, avant de se décider à intervenir chirurgicalement, car « il n'est pas trop de deux testicules pour les jeunes gens qui vivent dans une grande ville ».

Si c'est un cancer, il y a avantage à opérer avant que les ganglions ne soient engorgés.

Il est, d'ailleurs, un moyen de tout concilier et de s'assurer du diagnostic. On fera d'abord une incision exploratrice, et, si l'on a affaire à une hématocèle, on ne continuera pas : on enlèvera, au contraire, le testicule s'il s'agit d'un cancer. Cette pratique a souvent réussi. Quant à la ligature du cordon, M. Verneuil préfère la ligature partielle au catgut, dans laquelle on n'a jamais à craindre de gonflement dans le canal inguinal. Il fait la section du cordon au bistouri, et pratique les ligatures au fur et à mesure.

L'incision faite, le diagnostic de sarcocèle est vérifié complètement.

« J'avais parié 75 pour le cancer, dit M. Verneuil, et 25 pour l'hématocèle : — gagné ! » (*Mouvem. méd.*)

**Influence des injections de pilocarpine sur la calvitie.** — Le docteur G. Schmitz a constaté deux fois (*Berl. Klin. Wochensch.*) la reproduction des cheveux sur la tête de malades chauves auxquels il avait pratiqué des injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine, dans le traitement de maladies des yeux. Chez un vieillard de soixante ans complètement chauve, opéré de caratacte double, il avait fait trois injections dans l'espace de quatorze jours ; la membrane qui restait dans l'ouverture pupillaire disparut comme on le désirait ; mais en même temps la tête se couvrit d'un duvet épais, et bientôt les cheveux grandirent et prirent de la force, si bien qu'au bout de quatre mois il n'existait plus trace de calvitie, et le malade était en possession d'une chevelure épaisse, en partie blanche, en partie noire.

Chez un autre malade, âgé de trente-quatre ans, atteint d'un décollement de la rétine, le sommet de la tête était complètement dépourvu de cheveux dans l'étendue d'une carte à jouer. Dans ce cas encore, deux injections du même médicament amenèrent non-seulement la guérison de l'affection oculaire, mais encore la reproduction des cheveux absents.

Il est regrettable que l'auteur n'ait donné aucun renseignement sur la cause de la nature et la calvitie de ses deux malades. (*Ann. méd.*)

**Nouvelle méthode pour faire disparaître définitivement les cheveux superflus.** — M. Duncan-Bulkley (de New-York) emploie la méthode suivante pour détruire les cheveux superflus, dans la figure, sur les bras, etc., de telle façon qu'ils ne reparaissent plus : il se sert d'une bonne pince à épiler et d'une aiguille fine montée sur un manche commode ; au moment où il arrache le cheveu, l'auteur enfonce l'aiguille dans la cavité qui vient d'être abandonnée et lui fait exécuter quelques mouvements de rotation. Il atteint ainsi et détruit le follicule pileux. « Cette petite opération, dit-il, est supportée facilement et *avec plaisir;* cependant on ne peut guère arracher dans une séance que vingt-cinq à quarante cheveux ». Il nous semble, d'après cela, que le plaisir est tout à fait modéré (*Arch. of dermat* et *Ann. méd.*)

**Des plaies du rein** (Maas). — L'auteur ne croit pas que les plaies du rein soient aussi graves qu'on l'a cru pendant longtemps. L'intervention du chirurgien peut conjurer jusqu'à un certain point les deux dangers principaux qu'elles présentent : l'hémorrhagie et la suppuration ; contre le premier accident, l'auteur recommande la ligature en masse du pédicule rénal et l'extirpation consécutive de l'organe blessé ; contre le second, les débridements lombaires avec ou sans néphrotomie.

Sur soixante et onze cas de plaie de l'un ou l'autre rein que l'auteur a trouvés dans la littérature, il y en avait trente-sept dans lesquels le malade guérit ou succomba à une affection étrangère au rein. Dans vingt et un cas la plaie fut fatale, mais la mort arriva au bout d'un temps assez long. Dans treize cas à terminaison rapide, il y avait des lésions étendues de plusieurs organes en même temps.

Soixante-quatre individus appartenaient au sexe masculin, quatre au sexe féminin ; dans trois observations le sexe n'a pas été indiqué. Chez cinquante-trois malades l'âge est indiqué. Vingt-sept étaient âgés de vingt à quarante ans. La gravité du pronostic ne semble pas sensiblement modifiée par l'époque de la vie dans laquelle a lieu la lésion. Des malades âgés de cinquante-deux, de soixante-six et de soixante-huit ans ont guéri. L'enfance fait exception : sur sept malades désignés simplement par cette mention : enfants, il n'y eut de terminaison favorable que chez une petite fille de quatre ans.

Cinquante-trois fois le choc a été direct, douze fois indirect ; le malade était tombé d'une grande hauteur sur une surface plane ; six autres cas ne renferment aucune indication de la cause.

Chez les individus morts peu de temps après l'accident, on a presque toujours trouvé la capsule surrénale déchirée dans diverses directions, particulièrement dans le sens transverse. Souvent le rein est transformé en une masse pulpeuse contenant des foyers sanguins dans son épaisseur ; parfois la capsule est tellement distendue par le sang que l'organe donne la sensation d'un corps lisse et élastique. On trouve également du sang dans l'atmosphère graisseuse, dans la cavité péritonéale et jusque dans le petit bassin. Il est rare qu'il y ait des caillots dans la vessie. Le rein est ordinairement partagé en deux ou plusieurs fragments qui restent adhérents à la capsule ; les plaies pénètrent quelquefois dans le péritoine, alors la terminaison est rapidement funeste.

La mort résulte bien rarement de l'hémorrhagie seule (sur soixante et onze cas, six, dont trois avec épanchement du sang dans le péritoine), quatre fois il y eut des hémorrhagies secondaires mortelles. Dans deux de ces cas on trouva sur de grosses branches des artères rénales des orifices imparfaitement fermés par des caillots ; un de ces reins semblait démesurément gros, il y avait sous son enveloppe un énorme hématome résultant de la division d'un gros rameau artériel. Dans six cas la mort résulta de la décomposition et de la suppuration consécutive du sang épanché autour du rein lésé.

Dans beaucoup de cas la plaie eut des complications qui devinrent fatales. Dans deux cas, les deux reins étaient blessés, dans quatre il y avait déchirure simultanée de la rate et fracture de plusieurs côtés. Dans deux autres, le foie et la rate avaient été en partie écrasés ; plusieurs fois les os des membres étaient fracturés. Des empyèmes, des abcès du poumon, des ruptures de la vessie, des luxations de la colonne vertébrale, des plaies des membres nécessitant l'amputation, ont été mentionnés.

Plusieurs faits montrent de quelle manière procède la guérison. Chez un individu qui succomba le huitième jour, Rechlinghausen a trouvé que la plaie du rein était remplie par un thrombus solide et décoloré. Le dernier terme du processus est la formation d'une eschare limitée par une zone de tissu connectif. Simon a pu constater quelque chose de semblable chez un de ses malades qui mourut de tuberculose cinq ans après la plaie du rein. Le tissu de cicatrice présentait des vaisseaux à parois très-minces. Timothée Holmes rapporte également un fait dans lequel la guérison de la plaie était déjà complète au moment de la mort.

Celle-ci arriva vingt-huit mois après l'accident, probablement par suite d'une atrophie granuleuse du rein. On pouvait nettement distinguer encore les limites de la plaie et les points où il y avait eu des extravasats sanguins dans l'épaisseur du parenchyme. Un autre individu qui mourut vingt ans après un semblable accident on trouva que l'organe lésé était transformé en un petit kyste contenant un calcul mûriforme.

Le symptôme le plus ordinaire des plaies du rein est le cha chirurgical. L'auteur croit, d'après les expériences faites sur les animaux et un certain nombre d'observations cliniques, qu'il résulte plutôt de la contusion de l'abdomen que de la lésion du rein.

La douleur locale est limitée et n'a presque jamais les irradiations de la colique néphrétique ; elle est durable et persiste même pendant la convalescence.

Il n'y a eu que six fois des hématuries qui ont été constatées, dans certains cas, jusqu'au dix-huitième jour. Il n'y a presque jamais de caillots, le sang est mélangé à l'urine.

On trouve de la fièvre même en l'absence de suppuration. Maas croit qu'elle résulte de l'inflammation consécutive à la plaie.

L'anurie est un symptôme extrêmement grave, il indique presque toujours une lésion des deux reins.

En général, la guérison est complète au bout de trois ou quatre semaines ; cependant on trouve des cas qui n'ont pas nécessairement une terminaison funeste et qui se compliquent de néphrite simple, de phlegmon périnéphritique, d'abcès du rein. La formation de calculs n'a été notée que dans trois cas.

Le pronostic des plaies sous-cutanées du rein paraît moins défavorable d'après l'analyse des faits en question que ne l'ont dit généralement les auteurs.

Sur 71 cas, 37, c'est-à-dire plus de la moitié, ont guéri. Sur les 34 cas défavorables, la mort peut être attribuée :

1° Au traitement (saignées répétées), une fois ;

2° A des lésions multiples concomitantes, quatorze fois ;

3° A ce que le rein blessé était unique, deux fois ;

4° A une plaie des deux reins, une fois.

75 fois seulement la mort a été produite par la plaie du rein (6 hémorrhagies primitives, 4 hémorrhagies secondaires simples, 4 hémorrhagies secondaires avec suppuration, 4 suppurations étendues).

Le repos au lit et les sachets de glace devront former la base du traitement. Lorsque les hématuries durent longtemps, il est bon d'insister sur les boissons chargées d'acide carbonique afin d'exciter la sécrétion urinaire et la formation des caillots.

Lorsque la fièvre persiste et qu'une tumeur se forme dans la région lombaire, il faut recourir à la ponction aspiratrice et, au besoin, à l'incision. (*Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg.* Band H. 1 et 2.)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juin 1879. — Présidence de M. Tarnier.

**Périostite et ostéomyélite.** — M. LANNELONGUE, à propos du procès-verbal, revient sur la statistique des observations de Chassaignac, dans lesquelles l'ostéomyélite se serait terminée sans nécrose. Des sept observations citées par M. Berger il faut en éliminer deux où il y a eu fistules et même esquilles, deux qui se rapportent à des adultes, et une autre où il y eut un séquestre mobile invaginé. Deux observations paraissent seules n'avoir présenté aucune nécrose.

M. BERGER. Je conviens qu'il ne s'agissait pas absolument d'absence de nécrose, mais plutôt de lésions minimes, de nécroses superficielles.

### CORRESPONDANCE

**Procédé de suture élastique.** — M. DUBRUEIL (de Montpellier), membre correspondant, adresse une note sur un mode de suture qu'il a vu employer autrefois dans le service de Nélaton, par M. Houel, qui le suppléait. Il consiste dans l'emploi de bandelettes de toile munies d'agrafes et enduites de collodion à leur

extrémité pour les fixer sur la peau. On les place de chaque côté de la plaie qu'on veut réunir, et on passe des fils élastiques dans les agrafes. Cette suture a donné de bons résultats dans maintes occasions.

RAPPORTS

**Forme non décrite de charbon. —** M. NICAISE. M. le docteur Millet a envoyé un mémoire sur une forme anomale de charbon qu'il a observée seize fois en douze ans, dans une contrée où le charbon est à l'état endémique et où, par conséquent, le diagnostic différentiel pouvait être plus précis. La papule occupait toujours les doigts, quatorze fois la région dorsale des phalanges, et deux fois la région latérale; dans trois cas elle siégeait à la fois sur plusieurs doigts. L'origine de la lésion fut établie treize fois: elle éclatait chez des individus que leur profession obligeait à manipuler des animaux malades. Le début ne fut pas observé : il paraissait y avoir une incubation de plusieurs jours, puis apparaissait une tache rose, avec de la cuisson, et, en vingt-quatre heures, une papule faisant une saillie de plusieurs millimètres, ombiliquée ou acuminée, ne contenant jamais de pus, mais une sérosité noirâtre. Pas d'engorgement de ganglions. Une intervention énergique avec la pâte de Vienne, après incision et excision, fit cesser les accidents. L'inoculation venait d'animaux charbonneux; les symptômes n'étaient pas ceux d'une absorption de matières septiques, mais plutôt de matières charbonneuses. Ce n'était cependant ni l'œdème malin, ni la pustule maligne.

Les auteurs admettent des variétés diverses de charbon, suivant la présence ou l'absence de bactéridies. Les pustules malignes pseudo-charbonneuses (Maunoury, Salmon, Toussaint), celles qui ne renferment pas de bactéridies, et qui sont produites par l'absorption de matières animales altérées, sont suivies facilement de guérison. D'autres distinguent les formes suivant la nature des tissus envahis, couche épithéliale ou réseau vasculaire. Les cas rapportés par l'auteur peuvent-ils se rattacher à ces variétés? Des expériences d'inoculations faites depuis l'envoi de son mémoire, et à la suite d'un nouveau cas qui s'est présenté, ne nous ont pas fait découvrir la présence des bactéridies. C'est là le point qu'il faudra étudier ultérieurement.

M. DESPRÈS s'associe aux réserves de M. le rapporteur. Avant d'admettre une nouvelle variété, il faudrait savoir aussi s'il ne s'agissait pas ici de panaris gangréneux, qui atteignent les doigts et qui présentent précisément les symptômes décrits par l'auteur. Ils sont constitués par une véritable cutite du doigt, par une gangrène de la peau du doigt. On les observe assez fréquemment à la suite de piqûres avec des instruments sales, chez les chiffonniers, bouchers, etc. Il ne faut pas nier pour cela la pustule maligne des doigts.

M. NICAISE. S'il y avait eu panaris des doigts, il y aurait eu du pus.

**Hernie ombilicale congénitale; pincement de l'intestin par la ligature du cordon. —** M. FARABEUF. M. Motte, de Dinant (Belgique), nous a présenté, en octobre dernier, une pièce de hernie ombilicale congénitale, avec fistule stercorale produite par la ligature du cordon. L'examen anatomique de la pièce a démontré qu'une petite partie de la paroi intestinale avait été prise dans la ligature et s'était sphacélée, sur une largeur d'une pièce de cinquante centimes, sans éperon d'abord, puis un éperon s'est formé, et une double invagination.

M. TERRIER. On pourrait aussi interpréter ce fait par la présence d'un vice de conformation assez fréquent (Duplay), d'un diverticulum de l'intestin qui aurait été pris dans la ligature.

COMMUNICATIONS

**Immobilisation et mobilisation des articulations malades; ankylophobie (1). —** M. VERNEUIL. La pratique de la mobilisation des articulations malades est-elle vraiment utile? On mobilise à tort et à travers, sans s'inquiéter du genre de lésion de l'articulation, et comme si cette méthode était une véritable panacée. Il faut distinguer les genres de mobilisation comme les genres d'immobilisation. Il y a la mobilisation par les muscles et la mobilisation artificielle. J'admets bien la mobilisation après une rupture d'ankylose, mais je rejette la mobilisation préventive qui est impuissante, car chez certains sujets elle n'arrive pas à empêcher l'ankylose, ou qui échoue si elle est tardive et s'il y a déjà des adhérences articulaires. On dit qu'elle peut être pratiquée quand la douleur a disparu et que l'inflammation a cessé, mais alors il y a déjà de solides adhérences. Si, au contraire, on pratique plus tôt la mobilisation, on active l'inflammation.

La mobilisation artificielle peut être nuisible; elle éternise les arthropathies, et favorise les raideurs articulaires. J'ai cru autrefois à son efficacité, je l'ai employée après certaines arthrites, je lui faisais honneur de mes succès; je dois dire aujourd'hui que si mes malades ont guéri, c'est « malgré » la mobilisation et non à cause d'elle. A Lyon même, on en est revenu; si l'on y a gardé les nombreuses machines de Bonnet, on les manœuvre avec prudence et lenteur, sans fougue et sans force, et en laissant les malades manipuler eux-mêmes ces engins. Qu'on lise le mémoire de M. Ollier sur la résection du coude, et l'on verra ce qu'il pense de la mobilisation artificielle préventive. Notre collègue, M. Desgranges, partage les mêmes opinions.

La mobilisation artificielle donne des résultats favorables d'abord, mais qui ne se maintiennent pas; ainsi je l'ai mise en pratique avec un certain succès chez un homme robuste, employé de chemin de fer : après six mois, son bras était en bon état, mais, trois mois plus tard, tout était compromis et l'état du coude aggravé.

Pour la thérapeutique des affections articulaires j'accepte l'immobilisation artificielle et la mobilisation naturelle, en les combinant, s'il est nécessaire, à d'autres moyens accessoires, balnéation, compression, extension continue, etc. Tout en maintenant l'immobilisation, je conseille d'électriser les muscles périarticulaires dont l'intégrité fonctionnelle me paraît en péril. On me dira que c'est attendre l'ankylose en spectateur impassible et sans rien tenter pour l'empêcher? Mais la mobilisation peut continuer ou réveiller le travail inflammatoire et assurer l'ankylose d'une façon tout aussi certaine.

L'immobilisation n'empêche pas l'ankylose de se produire, c'est un résultat dont il faut se contenter; c'est, somme toute, la substitution d'une simple infirmité à une affection articulaire grave.

Voici donc quelle est ma manière d'agir : j'immobilise les articulations malades, et j'attends. Après quelques semaines ou quelques mois, si l'ankylose n'est pas complète, je favorise les mouvements par la mobilisation naturelle, celle que produisent les muscles. S'il y a ankylose, j'engage le malade à l'accepter comme un résultat encore avantageux. Toutefois, si je suppose qu'il n'existe qu'une légère ostéophyte, je tente de la rompre, après chloroformisation, par la seule force musculaire; puis j'immobilise dans une bonne attitude jusqu'à ce que l'inflammation soit passée.

Je reconnais volontiers que la science n'a pas dit son dernier mot sur le traitement préventif de l'ankylose; on trouvera mieux que ce dont nous disposons en ce moment. L'extension continue, par exemple, paraît appelée à devenir un sérieux moyen préventif de la symphyse articulaire. La résection préventive est aussi en honneur à l'étranger; M. Ollier l'a aussi préconisée dans ce sens, surtout pour l'épaule et le coude.

En terminant, je me résumerai en disant que l'immobilisation n'amène pas l'ankylose, dont on ne peut attribuer aucun exemple authentique à l'immobilisation. On connaît au contraire beaucoup d'exemples où l'immobilisation, prolongée très-longtemps, a laissé les articulations dans l'intégrité la plus parfaite. Les maladies articulaires aboutissent souvent à l'ankylose, mais c'est par l'effet de beaucoup de causes autres que l'immobilisation. Parmi ces causes l'inflammation occupe le premier rang; or l'immobilisation est un antiphlogistique excellent; elle ne favorise donc pas l'ankylose. L'ankylose est, en définitive, une terminaison assez rare des affec-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux,* 1879, page 493.

tions articulaires ; les craintes des ankylophobes sont exagérées, et il n'est pas besoin de reprendre trop vite la mobilisation.

La mobilisation artificielle n'est admissible que lorsqu'il s'agit de rectifier une attitude vicieuse et lorsque l'ankylose est confirmée, mais je n'admets pas la mobilisation préventive. La mobilisation naturelle est extrêmement utile, quand elle est employée en temps opportun, pour restaurer les fonctions d'une articulation. Mais combattre l'inflammation est la meilleure manière de combattre l'ankylose, et c'est pour cela que je préconise l'immobilisation.

La discussion sur la communication de M. Verneuil est renvoyée au mois prochain ; en raison de son importance, on attendra que ce mémoire soit publié *in extenso* dans les *Bulletins* de la Société.

**Kyste de la langue : cysticerque. — M. LANNELONGUE.** Au mois d'avril dernier, on m'a présenté un petit garçon âgé de deux ans et demi, qui portait depuis un mois, disait la mère, une tumeur de la langue, de la grosseur d'un pois chiche, et située à droite de la ligne médiane. Elle était dure, rénitente, logée dans l'épaisseur même des muscles de la langue, faisant saillie sous la muqueuse inférieure de la langue. Tout en acceptant comme probable le diagnostic de kyste de la langue, porté par mon ami le docteur Isnard (de Saint-Denis), je pensais encore à la possibilité d'une tumeur solide, myome ou fibrome. J'attendis un mois. La tumeur avait à peine augmenté. J'en fis l'ablation : elle s'énucléa facilement, et tout entière. L'ayant portée au Collège de France pour la faire examiner par M. Malassez, une petite piqûre fut faite sur la tumeur, et, par un heureux hasard, nous vîmes sortir quelque chose de louche qui fut reconnu pour un cysticerque. Je revis l'enfant ; je ne trouvai pas trace d'autre tumeur analogue sur la surface du corps.

Cette observation m'a rappelé à la mémoire un précepte de mon maître Denonvilliers : « Toutes les fois qu'il y a une tumeur liquide non inflammatoire au milieu des fibres musculaires, songez aux kystes hydatiques. »

J'ai observé à l'hôpital Sainte-Eugénie deux cas analogues. Le cysticerque siégeait dans le tissu musculaire de la joue, dans un cas, et de l'épaule, dans l'autre cas.

La langue, par sa position à l'entrée du tube digestif, paraît devoir être prédisposée, plus que tout autre organe, à recevoir le ver mélangé aux aliments.

**M. DESPRÈS.** J'ai demandé à M. Lannelongue s'il avait trouvé d'autres tumeurs sur la surface du corps, parce que l'on a prétendu que, lorsqu'il y a des cysticerques quelque part dans l'organisme, il y en a toujours sous la langue.

### SCRUTIN

**M. HOUEL** est, sur sa demande, nommé membre honoraire à l'unanimité.

La séance est levée à cinq heures.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Horteloup, chirurgien de l'Hôpital du Midi, commencera ses conférences cliniques le dimanche, 8 juin, à neuf heures du matin et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— *Muséum.* — M. le professeur Chevreul (de l'Institut) commencera le cours de chimie appliquée aux corps organiques le mardi 10 juin, à neuf heures trois quarts du matin, dans le grand amphithéâtre du Muséum, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Ce cours comprendra : 1° la définition de la matière inorganique en espèces chimiques ; 2° des généralités sur l'exposé des principales propriétés physiques, chimiques et organoleptiques, en ayant égard aux sens de l'observateur ; 3° le résumé de l'histoire de la chimie en ce qui concerne la définition : *a.* des quatre éléments des anciens alchimistes, *b.* des trois éléments de Becker « la terre siliceuse, la terre inflammable et la terre mercurielle » ; 4° l'histoire des principales espèces chimiques concernant les principes immédiats des êtres vivants.

— M. Stanislas Meunier, aide naturaliste au Muséum, fera sa prochaine excursion géologique le dimanche 8 juin, à Jaigne, Toncrou et Lisy-sur-Ourcq. On se réunira à la gare de l'Est, où l'on prendra, à sept heures du matin, le train pour la station de Changis.

— Par suite du prolongement de la ligne de Neufchâtel à Aulnois, le trajet en voiture pour se rendre à Contrexéville n'est plus que de 12 kilomètres au lieu de 28.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie,** par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de la Salpêtrière. — Un vol. in-8° de 624 pages. — Prix : 9 francs. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Estudio sobre la difteria, oportunidad y conveniencia de la traqueotomia en la forma crupal,** por Vidal SOLARES, doctor en medicina y cirujia de la Faculdad de Madrid, externo de los hospitales de Paris (con trazados termicos y 73 grabados en el texto). — Prix : 6 pesetas. — Paris, O. Berthier.

**Étude critique sur les localisations spinales de la syphilis,** par le docteur L.-J. JULLIARD, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Lyon, 1879. Gr. in-8°, 95 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8321.

N° 66. — MARDI 10 JUIN 1879. 52e ANNÉE. MARDI 10 JUIN 1879. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

| | |
|---|---|
| Trois mois. . | 8 fr. 50 c. |
| Six mois. . . | 16 — |
| Un an . . . . | 30 — |

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

### Paralysie faciale d'origine rhumatismale (1).

II

La paralysie a succédé à un refroidissement : notons même cette circonstance, que ce garçon couche, depuis huit mois, auprès d'une fenêtre dont un carreau est percé d'une sorte de fistule; par ce trou, l'air extérieur arrive sur la face, et précisément sur le côté gauche. Sans doute le courant d'air est peu intense, mais il est permanent. De même qu'une cause de refroidissement intense, mais de courte durée, peut amener les accidents de rhumatisme, de même une cause légère, mais permanente, peut avoir réciproquement les mêmes effets.

Je suis donc porté à croire que la part du rhumatisme devait être limitée à la portion du nerf facial, située en dehors de l'aqueduc de Fallope, comme cela se produit le plus fréquemment. Cependant la paralysie peut remonter beaucoup plus haut, et atteindre jusqu'aux portions intra-crâniennes, et il ne faudrait pas, pour cela, conclure qu'elle est l'effet d'une lésion du rocher. Il peut y avoir périostite du canal de Fallope, dont l'effet est la compression du nerf ; plus vraisemblablement, le nerf lui-même se congestionne par continuité; or, comme il se trouve renfermé dans un canal à parois inextensibles, la compression est inévitable par ce mécanisme, et la paralysie en sera la conséquence. Nous devons ici admettre cette cause chez notre malade ; mais une autre question se pose : ce garçon est atteint depuis longtemps de mal d'oreilles et d'une demi-surdité ; cette paracousie est-elle le résultat de la paralysie faciale? Je pense qu'au contraire c'est la paralysie qui est venue s'ajouter et aggraver la diminution de l'ouïe. Lorsque, en effet, la paralysie produit des troubles de l'ouïe, ces troubles consistent, non pas en diminution, mais en exagération de la sensibilité auditive; cette hyperacousie est due à ce que les muscles protecteurs ne fonctionnent plus, ne limitent plus la tension de la membrane du tympan, ou les mouvements de l'étrier: il n'y a diminution de la percussion auditive que pour certains sons, les plus aigus et les plus graves, ceux qui, pour être perçus, nécessitent une adaptation tout à fait spéciale des organes de l'ouïe.

Ce n'est pas ce que nous observons ici : notre malade a été atteint de pharyngite persistante et de douleurs profondes de l'oreille avant que la paralysie apparût. Y a-t-il une lésion grave de la caisse? Les accidents sont trop récents pour avoir pu déterminer de la carie, de la nécrose, voire même des abcès.

La paralysie faciale n'a donc pas du tout produit les troubles auditifs ; mais il est incontestable que l'influence rhumatismale, qui a ultérieurement paralysé le facial, a pu agir d'autant plus efficacement qu'elle a trouvé un nerf déjà préparé à l'inflammation par la lésion préexistante de l'oreille.

C'est donc, encore dans ce cas, une cause traumatique qui a déterminé l'apparition de la cause rhumatismale, et qui a favorisé son évolution.

Quant à la gravité de l'affection, elle exige une certaine réserve. Sans doute, on ne meurt pas d'une paralysie faciale ; mais les chances de rétablissement sont douteuses, et la durée de la maladie est indéterminée. Même la paralysie, qui n'est que rhumatismale, a une durée quelquefois fort longue, parfois indéfinie.

A la période de paralysie que nous venons d'observer et de décrire, succède une période de contracture, pendant laquelle la face est déviée du côté opposé; tous les muscles se contractant, les uns plus, les autres moins, de cette disposition irrégulière naît parfois la grimace la plus désagréable qu'on puisse imaginer. La contracture est souvent suivie d'une rétraction véritable des muscles : cette évolution de la maladie a son importance, et mérite de fixer toute l'attention du médecin, car il peut être obligé, par exemple pour l'œil, de clore les paupières artificiellement, pour éviter l'altération de la cornée et les troubles visuels qui sont produits par la paralysie de l'orbiculaire.

A quels symptômes reconnaîtra-t-on que l'on a affaire à une forme grave comme celle que peut entraîner une maladie du rocher, ou bien que l'affection est encore curable?

Nous pouvons dire, par exemple, que la paralysie de notre malade est une forme curable; mais nous ne savons combien de temps elle peut durer, et nous sommes obligés de garder une réserve assez grande. On a dit que l'on reconnaissait la mesure du danger au degré plus ou moins complet de la disparition de la contractilité électrique des muscles paralysés. Pour que ce signe ait quelque valeur, il

(1) Fin. — Voir le numéro du 5 juin 1879.

faudrait encore attendre quelque temps, parce que, dans tous les cas, cette contractilité persiste pendant les premiers jours de l'affection. Un symptôme plus rassurant chez ce jeune garçon, c'est que, jusqu'à ce moment, du moins, la paralysie est incomplète; elle est très-étendue, et a envahi tous les muscles, mais seulement à un certain degré; ainsi les muscles de la face ne sont pas totalement paralysés: si le malade ne fait aucun mouvement, reste impassible et immobile, on ne remarque guère la déviation des traits, qui ne s'accentue que lorsqu'il rit, ou qu'il prononce quelques paroles. La tonicité musculaire résiste donc encore.

D'ici à quelques jours, à mesure que nous avancerons, nous trouverons seulement les symptômes d'une prochaine guérison, ou les signes de l'aggravation du danger. Si, dans quelques semaines, des tics se produisent, si les muscles se contractent par l'électricité avec une promptitude exagérée; si les mouvements, au lieu de reparaître dans un ordre régulier, dans les muscles de la bouche d'abord, puis le nez, et l'œil en dernier lieu, si les mouvements reviennent irrégulièrement, on pourra craindre la probabilité d'une contracture définitive, et on devra chercher à y remédier, s'il en est temps encore.

Certainement la faradisation (courants induits) contribue à diminuer le degré de la paralysie quand on l'emploie pendant que la paralysie fait encore des progrès; de même, la faradisation aidera à ramener les mouvements dans la période de guérison. Mais son emploi n'est pas sans danger; il faut s'en défier, car elle provoque facilement les contractures.

Une autre manière d'employer l'électricité consiste dans la galvanisation (courants continus). Ce mode de traitement empêche ou diminue la dénutrition des muscles, et maintient leur aptitude à la contractilité.

Il me semble que la faradisation devrait être préférée, au début de la paralysie, pour empêcher la perte de la contractilité musculaire, tandis que la galvanisation serait plus utile dans la période moyenne de l'affection, jusqu'à ce que le mouvement commence à revenir dans les muscles; alors cette dernière phase de la maladie serait de nouveau utilement traitée par la faradisation pour combattre la contracture.

Toutefois cette thérapeutique n'est pas suffisamment établie pour s'en faire une règle absolue, et pour s'abstenir de grandes précautions dans son emploi.

Chez notre malade, je n'ai pas encore cru devoir arriver à ces moyens : j'ai prescrit un vésicatoire derrière l'oreille gauche; ce traitement est si utile dans les cas de rhumatisme localisé aux nerfs sensitifs, que, par analogie, j'ai cru rationnel de l'employer dans ce rhumatisme occupant les nerfs moteurs. Je ne fais que présumer son utilité, d'autant plus que, dans ces cas, il est très-difficile de juger de l'efficacité d'un traitement, puisque la paralysie doit, dans sa marche naturelle, non pas s'améliorer, mais aller progressivement; c'est une circonstance que le médecin ne doit pas ignorer, et dont il doit même prévenir son malade, afin que celui-ci n'accuse pas l'ignorance de son médecin ou le traitement institué d'avoir fait progresser la paralysie.

Le médecin doit veiller à cette précaution et ne pas s'exposer à ces accusations, car il aura d'autres désagréments dans le traitement de la paralysie faciale, surtout s'il a affaire à de jeunes sujets, et particulièrement à des jeunes femmes. Il n'est pas d'affection qui donne plus de tribulation au médecin que la paralysie faciale, non-seulement à cause de la difformité qu'elle produit, mais aussi à cause de la durée indéfinie que peut prendre la maladie, sans qu'on puisse en triompher par aucun mode de traitement.

---

## HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

### Opération de la fistule recto-vaginale.

Aujourd'hui va sortir, complètement guérie, une jeune femme qui était entrée dans le service pour se faire opérer d'une fistule recto-vaginale.

Nous avons pratiqué l'opération il y a quelque temps, et la guérison est radicale. Je vous ai promis de vous faire l'histoire de cette partie de la chirurgie, parce que je n'ai pas toujours eu un pareil succès, et parce que je pense utile de vous indiquer les conditions favorables auxquelles je crois devoir précisément le succès pour cette dernière opération.

La fistule recto-vaginale peut se produire à la suite de modifications pathologiques telles que les abcès de la cloison, les ulcérations syphilitiques; mais, le plus souvent, elle est une conséquence d'accouchement, soit par lésion directe, soit par réunion incomplète à la suite de déchirure du vagin, du rectum et du périnée.

La fistule peut occuper toute la hauteur du vagin, depuis le cul-de-sac postérieur du vagin jusqu'à la vulve, ou bien elle peut n'occuper qu'une portion de cet espace.

J'ai cru devoir adopter une division des variétés de fistules selon leur siège, de sorte que je décris : 1° les fistules supérieures ou recto-vaginales proprement dites, qui se trouvent situées depuis la partie supérieure jusqu'à la vulve; 2° les fistules inférieures ou vulvaires, qui siègent tout près de la fourchette, dans les limites du sphincter du rectum et de la vulve. C'est qu'en effet il existe une grande différence entre les fistules, suivant qu'elles sont à ce niveau inférieur ou dans la partie supérieure, et ce serait une profonde erreur de croire que les plus inférieures, qui sont les plus faciles à atteindre, sont les plus faciles à guérir. Comme je ne veux pas relater ici tout ce qui a été publié à ce sujet, je ne parlerai que de ma propre expérience personnelle.

En 1868, à l'hôpital Lariboisière, j'ai eu l'occasion d'opérer une fistule recto-vaginale. L'opération fut faite avec le plus grand soin et les plus minutieuses précautions.

Les sutures posées, le résultat paraissait devoir être extrêmement satisfaisant. Cinq ou six jours après, les fils sont enlevés, et nous constatons une large plaie béante.

Cette malade, ayant quitté l'hôpital, guérit spontanément, et, deux mois après, je pus constater que la rétraction du tissu cicatriciel s'était faite comme sur une cicatrice ombilicale.

En 1869, une autre fistule recto-vésicale fut opérée avec les mêmes précautions; même insuccès. Et plus tard, après simple avivement de la surface de la plaie, cette femme arriva encore à une guérison spontanée.

Ma troisième malade fut une jeune femme de vingt et un ans, appartenant à la famille médicale.

Toutes les conditions les plus favorables à la réussite de l'opération furent accumulées; je me rendis même en province pour faire l'opération, afin d'éviter l'influence possible de l'atmosphère des grandes villes.

Cette jeune femme était dysménorrhéique: le soir de l'opération, une attaque de dysménorrhée survint, accompagnée

de distension gazeuse du ventre. Elle eut la perception du passage de quelques bulles de gaz par la fistule ; la réunion ne se fit pas. Huit jours après, nous constations un insuccès complet. Les cautérisations furent employées pour amener un avivement, et nous espérions une guérison spontanée comme celle que j'avais observée chez mes deux premières malades. Il n'en fut rien.

Après un intervalle de trois mois, je tentais une nouvelle cautérisation, et, pour l'obtenir avec la plus grande régularité, j'employais le galvano-cautère, pour exciter tout le pourtour de la fistule. Je n'obtins pas plus de succès que précédemment.

Je pense que la cause de ces insuccès successifs est la contraction du sphincter anal : les gaz sont, en effet, très-nuisibles sur une plaie, beaucoup plus que les urines, et ce sont ces gaz intestinaux qui, trouvant un obstacle au niveau du sphincter, font issue au dehors, en passant par la fistule recto-vaginale.

Sans doute, il y a beaucoup de moyens recommandés pour éviter cet accident, et je les connaissais parfaitement. Ils datent de 1839, époque à laquelle Mercier publiait une leçon de Roux sur ce sujet : depuis cette publication, ils ont été réédités successivement par divers chirurgiens qui ont cru apporter des innovations. Le procédé de Roux consistait à inciser le sphincter ; les uns ont préconisé l'incision sur la ligne médiane; les autres, sur la face droite, les autres, enfin, sur le côté gauche.

Je pourrais moi-même revendiquer aussi une réforme : ayant reconnu la présence de vaisseaux dans cette région, je remplaçai l'incision pure et simple par l'emploi de la chaîne de l'écraseur linéaire que je passai au moyen d'un trocart, à trois centimètres au-dessus du rebord anal ; la cicatrisation se fit dans cette plaie, mais les gaz passèrent encore, le quatrième jour, par la fistule.

Je crois ce procédé avantageux, car il a été bien régulièrement suivi de cicatrisation, tout à fait comme si l'on avait appliqué des sutures : j'y aurais encore recours, dans des cas analogues, en employant le thermocautère.

Enfin, je fis une dernière tentative pour guérir cette fistule si rebelle : je fis une incision transversale sur le périnée, sur laquelle je menai ensuite une incision perpendiculaire, séparant le sphincter anal dans toute sa hauteur, de façon à produire un large écartement des lèvres de la plaie de ce sphincter, et, par suite, à éviter toute rétention des gaz qui ne seraient plus arrêtés par aucune contraction du sphincter. L'insuccès fut aussi complet que précédemment ; la malheureuse jeune femme, désolée, refusa depuis toute tentative, et conserva sa fistule qui a été rétrécie par toutes ces opérations successives, mais qui n'était pas guérie définitivement.

En présence de ces insuccès, et convaincu que les accidents ne tenaient qu'au passage des gaz, parce qu'ils n'étaient pas évacués directement par le rectum à cause du sphincter, je songeai alors à transporter dans l'opération de la fistule recto-vaginale un procédé opératoire qui m'avait bien réussi dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

L'an dernier, ayant opéré une petite fistule vésico-vaginale de très-petite dimension, 3 à 4 millimètres à peine, j'eus quatre insuccès de suite. Je n'étais pas habitué à de tels résultats pour la fistule vésico-vaginale, ayant pratiqué déjà, je crois, quatre-vingt-seize fistules de ce genre. Je m'avisai alors de recourir à un procédé signalé et préconisé par un praticien allemand, G. Simon, qui l'avait appris chez Jobert. Ce procédé consistait à appliquer une double suture : une suture profonde et une suture superficielle. Je l'employai, et la fistule vésico-vaginale guérit.

Je pensai alors à appliquer à la fistule recto-vaginale la double suture qui m'avait si bien réussi pour la fistule vésico-vaginale que portait la femme qui fait le sujet de cette leçon. Je complétai encore les précautions en y ajoutant des modifications chaleureusement recommandées par des spécialistes italiens et belges : l'avivement par les caustiques.

Pour comprendre l'utilité de la suture profonde, il faut bien se rendre compte de la disposition de la cloison recto-vaginale au niveau de la fistule. Autrefois, on n'avivait que la portion vaginale du bord de la fistule, de sorte que dans l'épaisseur de la cloison, depuis l'intervalle qui sépare le vagin du rectum, la perte de substance dans la face rectale de la fistule persistait. Le tissu cicatriciel formé sur les bords de cette face lui donnait la forme d'un petit entonnoir, d'un cul-de-sac, d'un diverticulum du rectum, fermé au fond par la suture faite sur la face vaginale. Or les gaz, rencontrant ce diverticulum, éprouvaient de la résistance du côté du sphincter, s'y engageaient, et, par une faible tension, écartaient la suture vaginale, et annulaient ainsi l'opération. Or, si par une suture profonde nous fermons ce cul-de-sac, de façon que les gaz ne puissent s'y engager, la guérison sera assurée. C'est, en effet ce que j'ai obtenu. J'ai passé un premier rang de sutures, portant dans le vagin, bien au-dessus de la fistule, et sortant dans le rectum, pour oblitérer ce petit entonnoir rectal. Je n'ai pas pour but d'obtenir la cicatrisation de cette paroi rectale de la fistule ; je ne l'avive même pas : mon seul but est d'effacer le diverticulum pendant un temps suffisant pour que la suture vaginale soit couverte de bourgeons charnus et se trouve en état de résister aux gaz. Il suffit de vingt-quatre heures pour que cette condition se trouve réalisée.

Pour assurer encore davantage le succès, j'avais employé plusieurs autres précautions que je crois superflues : je pratiquai la dilatation forcée du rectum avec les doigts et avec le spéculum, comme dans les cas de fissure anale, afin d'éviter toute possibilité de contracture du sphincter. J'ai ensuite introduit une grosse sonde en caoutchouc pour faciliter encore l'issue des gaz. Le lendemain de l'opération, lorsque je voulus retirer cette sonde, elle était très-fortement étranglée par le sphincter, ce qui montrait l'inutilité de la dilatation pratiquée la veille. Cette sonde eut encore l'inconvénient de donner à l'opérée des envies continuelles d'aller à garde-robe.

Mais la suture profonde réussit parfaitement à affronter l'entonnoir rectal ; la suture vaginale se cicatrisa ; la guérison était complète.

Nous avions même dépassé le but, car les règles, chez cette malade, étant arrivées, nous n'avons pu retirer les fils et les grains de chapelet interposés à la surface de la peau, que le onzième jour après l'opération.

Ceux de la paroi vaginale étaient en bon état, mais ceux du périnée avaient comprimé la peau et l'avaient ulcérée par l'effet de la rétraction et du gonflement, comme il se produit toujours au niveau des sutures. Ces deux boules de bois avaient donc pénétré à une profondeur de 1 centimètre vers le rectum, et avaient produit une fistule anale complète, artificielle, que nous avons incisée, comme toutes celles de la même nature.

Il serait donc prudent, dans des cas analogues, de couper

les fils le deuxième jour pour diminuer la tension, et d'enlever les points d'arrêt du côté du périnée.

Enfin, l'avivement avait été fait, non pas avec le bistouri, mais avec de l'acide sulfurique; je pense, en effet, que les gaz intestinaux auraient moins d'influence sur les bourgeons charnus ainsi produits que sur une plaie saignante.

Telles sont les précautions multiples que nous avons dû employer dans cette opération, pour arriver au succès. Cette nouvelle modification au manuel opératoire n'a encore donné que ce succès, mais, quoique n'ayant été mise en œuvre qu'une seule fois, elle doit, à mon avis, être recommandée, parce qu'elle est fondée sur des bases logiques.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Duplay.

### De la ténorrhaphie.

Je vais opérer tout à l'heure devant vous un malade qui nous offre un cas intéressant. C'est un homme de quarante-neuf ans, qui, il y a environ huit jours, en fermant une porte vitrée, a reçu un éclat de verre sur la face dorsale de la main droite, au niveau des articulations du carpe et du métacarpe.

Il en est résulté, entre autres lésions, la section du tendon du muscle long extenseur du pouce.

Immédiatement le blessé fut transporté dans une pharmacie où, sans tenir compte de la chute du doigt, on se borna à réunir, par des points de suture, les bords de la plaie.

Celle-ci était presque complètement cicatrisée, quand cet homme, continuant à ne pouvoir se servir de son doigt, se décida à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, il n'y avait pas le moindre doute au sujet du diagnostic : le tendon du long extenseur du pouce était manifestement sectionné.

Que faire dans ces conditions?

La seule intervention qui fût possible consistait évidemment à pratiquer la ténorrhaphie, c'est-à-dire à aller à la recherche des extrémités du tendon rompu et à essayer de le réunir.

Cette réunion des surfaces tendineuses a donné lieu à de nombreuses discussions. Il fut un temps où elle était absolument proscrite de la pratique chirurgicale. On la regardait comme une opération grave, extrêmement douloureuse, et pouvant donner lieu à des accidents redoutables. C'était alors que les notions anatomiques que l'on possédait sur ce sujet étaient encore dans l'enfance, et que l'on confondait les tendons avec les nerfs.

Depuis on a fait justice de ces théories erronées; cependant, au siècle dernier, la suture des surfaces tendineuses était encore une question très-controversée.

Aujourd'hui elle est admise universellement.

Chez notre malade, la ténorrhaphie eût pu être pratiquée séance tenante, immédiatement après l'accident. En pareil cas, il est en effet indiqué de pratiquer la suture des tendons dans l'intérieur même de la plaie.

Mais il arrive souvent que, soit par une négligence volontaire, comme cela a eu lieu chez cet homme, soit au contraire par nécessité, on se borne à chercher à obtenir la réunion immédiate des lèvres de la plaie. Dans ce cas le malade guérit, mais avec une infirmité plus ou moins accusée, dépendant de la section de son tendon; et quand, plus tard, on veut y remédier, on se trouve en présence d'une opération délicate, beaucoup plus difficile à pratiquer que si on était intervenu immédiatement après l'accident.

Enfin il peut arriver que, sous la seule influence d'une contraction extrêmement énergique, le tendon se rompe sous la peau, et qu'alors vous vous trouviez en présence d'un malade ne présentant aucune plaie extérieure, et ayant cependant une perte partielle des fonctions du membre, résultant de la rupture de ce tendon.

J'ai observé tout récemment deux exemples de ce fait : le premier dans ce service même, le second dans ma pratique particulière.

Dans le premier cas, il s'agissait, comme ici, d'une rupture du tendon du long extenseur du pouce.

Ayant à peu près déterminé que le siège de la solution de continuité était situé au niveau de la tabatière anatomique, j'ai pu, en faisant une incision en cet endroit, aller à la recherche des extrémités tendineuses et en opérer la réunion.

Dans le second cas, le tendon rompu était encore celui du long extenseur du pouce; l'accident était survenu après une chute sur ce doigt. Mais le blessé, qui était un homme très-pusillanime, préféra conserver son infirmité plutôt que de se soumettre à une opération.

Dans chacune des trois circonstances que je viens de vous indiquer, il ne faut jamais hésiter à pratiquer la ténorrhaphie.

Examinons donc quelles doivent être les précautions qu'il convient de prendre quand on veut opérer la réunion des extrémités tendineuses séparées, quelle est la marche qu'il faut suivre, quels sont les différents cas que vous pouvez rencontrer dans cette opération.

C'est ce que je vais vous indiquer aussi brièvement que possible.

Une première précaution à prendre, c'est de produire l'ischémie locale avec la bande d'Esmarch. La recherche des extrémités tendineuses, surtout celle du bout supérieur, est, en effet, une opération longue, difficile par elle-même, et qui serait bien autrement pénible s'il fallait la pratiquer au milieu d'un flot de sang s'épanchant par les lèvres de la plaie.

Vous pourrez rendre cette opération plus facile encore en ayant soin d'endormir votre malade. On évite ainsi ces contractions musculaires qui entraînent le bout supérieur, celui qui adhère aux fibres charnues, à des distances souvent considérables.

En général, on peut faire la suture des tendons dans la plaie elle-même, surtout lorsqu'on est appelé auprès du malade immédiatement après l'accident. Lorsqu'au contraire la plaie est déjà cicatrisée, ou qu'il s'est produit une rupture sous-cutanée, il faut faire à la peau une incision suivant la direction connue du tendon.

Quand vous êtes arrivés à ce moment de l'opération qui consiste à rechercher les parties tendineuses pour les réunir, voici ce qui se passe :

Il est toujours facile de trouver l'extrémité inférieure, car elle est simplement influencée par les mouvements de la partie à laquelle elle s'insère, et ne peut, par conséquent, s'éloigner considérablement; mais il n'en est plus de même pour l'extrémité supérieure. Dans ce cas, en effet, non-seulement il se produit des contractions musculaires qui entraînent au loin cette partie du tendon sur laquelle les fibres charnues viennent se réunir, mais il se fait, de la part de ce dernier, un travail de régression lent et continu, qui rend très-difficile la recherche du bout supérieur. Cela se voit

surtout lorsque la rupture remonte déjà à une époque assez éloignée.

Quand vous avez réussi à découvrir le bout supérieur, deux cas peuvent se présenter.

Ou bien vous pouvez arriver sans de grandes difficultés à amener au contact les surfaces tendineuses, soit en les étirant, soit en imprimant au membre des positions inverses à l'action que le muscle coupé est chargé de produire. Dans ce cas, si la rupture est récente, vous n'avez qu'à effectuer la réunion ; dans le cas contraire, il faut avoir soin de rafraîchir, suivant l'expression consacrée, les surfaces tendineuses, avant de les appliquer l'une contre l'autre.

Ou bien, obéissant aux diverses influences que je viens de vous signaler, le bout supérieur s'est considérablement rétracté, il est séparé de l'inférieur par une distance de quatre à cinq centimètres par exemple, et vous avez beau faire, il vous sera complètement impossible de l'amener au contact.

Dans ces conditions, on peut, à l'aide de certains moyens déterminés, parer à cet inconvénient.

L'un de ces moyens est le suivant :

Dans ces derniers temps, M. Mollière (de Lyon) a communiqué à la Société de chirurgie un procédé particulier auquel il a donné le nom de vagino-plastie tendineuse. Il consiste à disséquer ce qui, d'après ce chirurgien distingué, constitue la gaîne tendineuse, et, par son intermédiaire, à rétablir la communication entre les deux bouts du tendon. Mais je crois bien que M. Mollière s'est fait illusion au sujet de cette gaîne tendineuse, et que, le plus souvent, il dissèque un canal constitué simplement par le tissu cellulaire commun à la région. Toujours est-il que cette gaîne fibreuse aurait la propriété de reconstituer le tendon. En un mot, il se produirait dans ces cas quelque chose d'analogue à ce que M. Ollier obtient avec l'étui périostique dans une résection.

Ce serait donc un moyen auquel vous pourriez, à la rigueur, avoir recours lorsqu'il existe un écartement considérable.

Dans ces mêmes conditions, je crois que vous feriez bien d'adopter un procédé qui a réussi, dans un cas, à mon collègue M. Benjamin Anger.

Ne pouvant amener le contact entre les deux extrémités des tendons, il fait la suture à distance, c'est-à-dire qu'il passe un fil à travers chacun des deux bouts, et les maintient ainsi aussi rapprochés que possible. M. Anger aurait obtenu de la sorte une réunion parfaite.

Mais dans certains cas cette réunion, même à distance, est impossible. Néanmoins on n'est pas pris au dépourvu, car on peut recourir à l'anastomose tendineuse. Autrement dit, dans l'impossibilité de réunir le bout inférieur au muscle auquel il appartient, on l'unit à un muscle voisin. C'est ainsi que, chez la malade dont je vous parlais tout à l'heure, j'ai réuni le long extenseur du pouce au premier radial externe. J'en ai obtenu d'excellents résultats. La même opération a également réussi entre les mains de M. Tillaux, dans un cas analogue.

Quant à la suture des tendons, elle se fait avec les substances ordinaires, avec des fils de soie ou de lin, et mieux, avec des fils métalliques. Je n'ai pas, par-devers moi, de faits relatifs à l'emploi du catgut qui, dans l'espèce, pourrait donner de sérieux avantages en permettant de tenter une réunion immédiate.

En effet, quand vous avez fait la suture avec des fils végétaux ou métalliques, il faut toujours laisser au niveau du point par où passent ces fils une ouverture. Or ce point est appelé à suppurer ; le tendon, par suite, vient adhérer à la cicatrice, et il en résulte quelques inconvénients dans le fonctionnement du muscle. En Angleterre où l'on emploie surtout, dans le pansement des plaies, le procédé de Lister, et où l'on ne fait usage, par conséquent, que des fils de catgut, ce procédé aurait réussi. C'est celui que je me propose d'employer chez notre malade.

Quoi qu'il en soit, les résultats fournis par ces différents moyens sont en général parfaits.

Une question qui a été soulevée dans ces derniers temps, c'est celle qui est relative au mode de cicatrisation des tendons. On a dit que la ténorrhaphie ne réussissait jamais que d'une façon indirecte, en ce sens que les deux bouts rapprochés viendraient adhérer à la cicatrice de la peau, et que le résultat de la suture des extrémités tendineuses serait presque illusoire.

Il est certain que la peau et les parties molles périphériques prennent une part assez notable dans la réunion du tendon.

Cela est vrai dans un grand nombre de cas ; mais il est vrai aussi que l'on obtient, par la ténorrhaphie, une réunion réelle des deux bouts du tendon coupé. Non-seulement ce fait est démontré par la clinique, mais aussi par l'examen histologique qui a permis de constater à l'autopsie une continuité directe entre les deux extrémités tendineuses ainsi rapprochées.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 31 mai 1879. — Présidence de M. Bert.

### COMMUNICATIONS

**Action physiologique du chlorure de magnésium.** — M. Laborde ajoute quelques mots à la communication qu'il a faite, sur ce sujet, dans la dernière séance. Il présente des tracés qui montrent les modifications que le chlorure de magnésium exerce sur les battements du cœur. Ces modifications sont les suivantes : amplitude des battements du cœur, et, au bout d'un certain temps, arrêt de ces battements, s'accentuant de plus en plus, pouvant durer de cinq à six minutes après lesquelles le cœur se remet à battre sous l'influence de l'excitation électrique. Le chlorure de magnésium présente dans son action physiologique beaucoup d'analogie avec le sulfo-cyanure de potassium. Ce ne sont pas là, comme on a dit, des poisons musculaires ; ces corps agissent sur le système nerveux du cœur et non pas sur le muscle lui-même.

M. Paul Bert rappelle à la Société que MM. Jollyet et Lafont ont présenté un travail sur l'action physiologique du sulfate de magnésie dans lequel ils arrivaient à peu près aux mêmes conclusions que celles que vient de présenter M. Laborde au sujet du chlorure de magnésium. Ces deux corps, le sulfate de magnésie et le chlorure de magnésium, paraissent donc avoir la même action physiologique.

M. Rabuteau fait observer que la similitude des effets physiologiques de ces deux sels, chlorure de magnésium, sulfate de magnésie, semble bien indiquer que c'est au métal magnésium qu'il faut rapporter ces effets.

**Du mode d'action du fer dans l'anémie.** — M. Hayem a déjà plusieurs fois entretenu la Société de ce sujet. Il vient apporter des faits nouveaux. Il ne parlera, dans cette communication, que des faits d'anémie chlorotique, d'anémie chronique, si fréquents dans nos hôpitaux. Sous l'influence du fer on voit, chez ces malades, disparaître les altérations globulaires. M. Hayem a fait,

avec M. Raynaud, des recherches sur l'action du ferro-cyanure de potassium. Ce médicament passe dans l'économie sans être fixé par les globules. Les chlorotiques traitées par le ferro-cyanure de potassium ne s'améliorent pas comme celles qui sont soumises au fer. Le repos seul et l'alimentation améliorent l'état de ces malades, mais cette amélioration n'est que passagère. D'ailleurs cette alimentation réparatrice, au moins pour un certain temps, est le plus souvent impossible chez les chlorotiques à cause des troubles gastriques dont elles sont habituellement atteintes et qui amènent un dégoût profond pour tous les aliments. M. Hayem a tourné cette difficulté en soumettant ces malades aux inhalations d'oxygène. Sous l'influence de ces inhalations, des chlorotiques qui se trouvaient antérieurement dans des conditions déplorables, qui ne se nourrissaient pas, n'éliminaient que 4 grammes d'urée par jour et vomissaient tout ce qu'on tentait de leur faire prendre, reprenaient de l'appétit, mangeaient et digéraient bien, ne vomissaient plus, pouvaient prendre jusqu'à six portions et rendaient jusqu'à 30 grammes d'urée par jour. On arrive donc, par ce moyen, à obtenir une véritable réparation des forces, à engraisser même ces malades ; mais l'état du sang ne se modifie pas, et, quand elles sortent de l'hôpital, cessent d'être soumises à l'oxygène et se retrouvent dans leurs mauvaises conditions hygiéniques habituelles, elles perdent en moins de huit jours tout ce qu'elles avaient gagné et retombent dans leur état antérieur. L'oxygène est un moyen qui permet de les nourrir, mais qui ne produit pas la globulisation. Le fer seul donne ce résultat et fait définitivement disparaître tous les accidents. Le fer agit donc, non pas en traversant seulement l'organisme et en réveillant l'appétit, mais en se fixant dans le sang de façon à produire des globules physiologiques.

M. BERT, relativement à ce que M. Hayem a dit de l'action de l'oxygène, se demande si l'air comprimé ne produirait pas les mêmes effets. Il y aurait là de nouvelles recherches à entreprendre.

PRÉSENTATIONS

M. RABUTEAU présente le compte-rendu du congrès international contre l'alcoolisme. Ce compte-rendu contient un grand nombre d'articles de M. Rabuteau, qui a été heureux de voir se confirmer tout ce qu'il a dit de l'alcoolisme et particulièrement cette opinion, qu'il a soutenue, que les accidents de l'alcoolisme étaient dus à la présence de sels toxiques dans les alcools.

M. POUCHET présente, au nom d'un savant étranger, un travail sur les lymphatiques des animaux.

M. ALBERT ROBIN lit un éloge de Gubler. Cette lecture est accueillie par des marques unanimes d'approbation.

La séance est levée.

---

Séance du 7 juin 1879. — Présidence de M. PAUL BERT.

PRÉSENTATIONS

M. LABORDE présente : 1° de la part de M. Delaunay, un travail sur diverses questions de biologie ; 2° de la part de M. le docteur Ch. Avagon, sa thèse intitulée : *Des phénomènes consécutifs à la constitution des nerfs.*

**De la sudation des pulpes digitales du chat.** — M. BOCHEFONTAINE, au nom de M. Vulpian, fait une communication sur ce sujet. M. Vulpian a pu constater que, chez le chat comme chez le chien, l'excitation du bout périphérique du sciatique déterminait une sudation assez marquée des pulpes digitales. Le chien et le chat présentent, à ce point de vue, les mêmes conditions physiologiques ; la sueur ainsi produite est alcaline chez l'un comme chez l'autre.

M. MATHIAS DUVAL demande si M. Vulpian a étudié histologiquement les glandes sudoripares des pulpes digitales du chien. Il a pu lui-même constater que ces glandes sont atrophiées, comme arrêtées dans leur développement.

**De l'éther oxalique.** — M. RABUTEAU, continuant ses recherches sur les éthyles, a pu voir que les animaux à sang froid étaient anesthésiés sous l'influence de l'éther oxalique, tandis que les animaux à sang chaud ne le sont pas.

**De la reproduction de l'œil.** — M. GRÉHANT, au nom de M. Philippeaux, présente un travail et des pièces qui ont pour but de montrer que lorsqu'on enlève le cristallin et l'humeur vitrée chez des lapins ou des cochons d'Inde, ces parties, après six mois, se reproduisent au point que l'œil reprend un volume à peu près égal à celui de l'œil sain. Ces expériences s'accordent avec les faits de reproduction de cataracte opérée qu'on observe quelquefois en clinique.

**Circulation des invertébrés.** — M. CADIAT, continuant ou ayant repris les recherches de Legros sur ce sujet, a constaté que, s'il est vrai qu'il y a une circulation lacunaire chez ces animaux, il n'est pas moins vrai qu'il y existe aussi des vaisseaux capillaires. M. Cadiat a injecté des seiches, et il a vu qu'il existait très-nettement des capillaires précisément dans des points où on prétend qu'il existe des lacunes.

En pratiquant ces injections, M. Cadiat a observé un autre phénomène : c'est que, lorsqu'on fait une injection dans le cœur, la grosse veine que portent ces animaux sur la partie postérieure de l'abdomen, présente des mouvements péristaltiques très-intenses.

**Influence des anesthésiques sur les végétaux.** — M. BERT rappelle les expériences qu'il a faites sur ce sujet et qu'il a communiquées à la Société. Il rappelle qu'il a montré la différence qui existe entre les mouvements spontanés et les mouvements provoqués de la sensitive, par exemple, et que ce sont précisément les anesthésiques qui montrent les causes de ces différences. Un physiologiste italien, M. Sarragousa, vient de publier un travail considérable sur les anesthésiques végétaux ; il dit être arrivé à des résultats différents de ceux qu'avait obtenus M. Bert. M. Sarragousa place des soucis sous une cloche chargée de vapeur d'éther, et constate que l'éther arrête les mouvements de ces fleurs, contrairement aux résultats qu'avait donnés M. Bert dans ses premières expériences. M. Proust a repris ces expériences avec des marguerites des champs. Il a vu, en effet, que certaines de ces plantes ne se refermaient pas le soir, quand elles étaient placées sous une cloche à éther. Mais, en y regardant de plus près, il a pu constater que ces plantes ne se refermaient pas parce qu'elles étaient mortes et que, comme on sait, la marguerite meurt ouverte. Les faits observés par M. Sarragousa étaient exacts, mais mal interprétés.

Continuant ses expériences sur ce sujet, M. Bert a constaté que le protoxyde d'azote n'agit en aucune façon sur les mouvements spontanés des plantes.

**Anesthésie par le protoxyde d'azote sous pression.** — M. BERT, à cette occasion, rappelle à la Société qu'il continue, avec M. Péan, à expérimenter le protoxyde d'azote sous pression comme anesthésique chirurgical. On en est aujourd'hui à la dixième opération. Ces opérations, toutes sanglantes, ont été très-variées ; ablation de tumeurs de sein, de tumeurs axillaires, résection du nerf maxillaire supérieur, évidement du tibia, réduction d'une luxation de l'épaule, amputation du doigt, ablation de tumeurs papillaires du pied, etc. Chaque fois les résultats furent les mêmes ; on obtint chaque fois la même soudaineté d'action et la même soudaineté de réveil ; absence complète de malaise, de troubles quelconques ; deux fois seulement il y eut des vomissements, mais qui furent produits probablement par des causes étrangères. Mais presque toujours il y a de la contracture. M. Bert attribue ces contractures à une insuffisance de gaz. Il pense pouvoir y remédier en remplaçant le sac en caoutchouc par un récipient métallique qui sera chargé à 6 atmosphères de 3,000 litres de gaz. On intercalera l'appareil de Denayrouse qui a pour but de ne débiter le gaz qu'à la sollicitation de la respiration.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Programme des concours ouverts par la Société protectrice de l'enfance de Marseille pour l'année 1879-80. — Prix de 200 francs et médaille d'or, médailles d'argent, de bronze et mentions honorables :* Aux meilleurs mémoires en réponse à cette question : Réformes à introduire dans l'assistance publique des enfants en bas âge.

*Médailles d'or, d'argent, de bronze et mentions honorables :* Aux meilleurs mémoires en réponse à cette question : Des consomptions et des maladies chroniques de l'enfance, engendrées par une alimentation vicieuse. — Étudier leur origine, leur marche et leur traitement.

*Médailles d'or, d'argent, de bronze et mentions honorables* : Aux inventeurs, importateurs ou producteurs d'objets nouveaux, utiles au premier âge (de la naissance à l'âge de trois ans).

Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. le président de la Société, rue de Rome, 58, à Marseille. La clôture de ces divers concours aura lieu le 15 décembre 1879, terme de rigueur.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes,** par le docteur MARTINEAU. Deuxième partie : *Pathologie spéciale.* 1 vol. gr. in-8°. — Prix : 8 francs. — L'ouvrage complet, première et deuxième parties réunies : 14 francs. — Paris, Germer Baillière et Ce.

**Anatomie pathologique de l'œil,** par F. PANAS, professeur de clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine, etc., et le docteur A. RÉMY. 1 vol. in-8° avec 26 planches, dont 6 en chromolithographie. — Prix : 12 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Traité des maladies de l'estomac,** par le docteur LEVEN, médecin en chef de l'hôpital Rothschild, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**De l'accouchement prématuré artificiel,** particulièrement envisagé dans les moyens d'exécution, thése présentée à la Faculté de médecine de Bruxelles pour obtenir le grade de docteur-agrégé, par M. Eugène DE SAINT-MOULIN, chirurgien-adjoint à la Maternité. In-8° de 144 pages. — Bruxelles, H. Manceaux.

**De l'épididymite blennorrhagique dans les cas de hernie inguinale, de varicocèle ou d'anomalies de l'appareil génital,** par le docteur LEDOUBLE, chef des travaux anatomiques à l'École de médecine de Tours, etc. 1 vol. in-8° avec 3 planches. — Prix : 7 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Guide élémentaire du médecin praticien,** par le docteur BUCHHOLTZ (de Wissembourg). 1 vol. in-18. — Prix : 5 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Essai sur les symptômes protubérantiels de la méningite tuberculeuse,** par le docteur DREYFOUS, interne des hôpitaux, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Impressions et aventures d'un diabétique à travers la médecine et les médecins.** Ouvrage traduit de l'anglais par le docteur X... 1 vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**De l'utilité des lavages intra-utérins antiseptiques dans l'infection puerpérale,** par le docteur JOANNY RENDU. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**De la déviation en dedans du genou** (**genu valgum**), pathogénie et traitement, par le docteur PEYRE. In-8°. — Prix : 3 fr. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Guide médical à Contrexéville (Vosges),** par le docteur DEBOUT D'ESTRÉES, 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Étude sur la contracture musculaire syphilitique,** par le docteur DESBRON. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8327.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Pasteur est un de ces savants immenses que bien peu osent contredire.

C'est, en effet, chose colossale que ses travaux et les services qu'il a rendus à la science positive. Rien de plus juste que de l'entourer d'une auréole de respect et de l'écouter encore en silence quand il soulève autour de lui les étonnements les plus véhéments.

L'histoire de cette femme, morte en couches d'[illegible] tonite que l'on considéra comme puerpérale et dans le sang de laquelle on trouva les bactéridies du charbon, de sorte qu'en définitive on la regarda comme ayant succombé, vingt jours après son accouchement, à une maladie charbonneuse contractée durant sa grossesse, à une époque indéterminée, maladie qu'on expliquerait par le voisinage d'une écurie où le charbon n'aurait jamais paru d'une manière patente, cette histoire a paru étrange à nos chers maîtres en gynécologie. Mais aucun ne s'est levé pour exprimer les doutes qui se peignaient si visiblement sur le visage de la plupart.

Croire qu'on ait ainsi confondu un cas de charbon avec un cas de péritonite puerpérale, cela paraît bien difficile.

Mais comment alors expliquer dans le sang de cette femme la présence des bactéridies caractéristiques de la maladie charbonneuse?

Se serait-on trompé de flacon en inoculant les produits de la culture du sang infecté?

Ou bien, au contraire, faudrait-il admettre que les bactéridies du charbon peuvent exister sans charbon?

Toutes ces questions étaient posées à demi-voix autour de nous, et la solution proposée par M. Pasteur était celle de toutes qui rencontrait le moins de créance.

M. Pasteur a signalé en même temps dans ses derniers travaux une nouvelle théorie qui renverserait de fond en comble toutes les idées reçues sur la respiration et sur le rôle de l'oxygène dans l'économie animale.

Nous parlerons prochainement de cette théorie, qu'il serait trop long d'examiner dans cet article.

Le rapport de la commission d'hygiène de l'enfance lu dans cette séance, mais imparfaitement entendu, doit être imprimé avant discussion. M. Larrey a demandé que la question des tours qui s'y trouve soulevée fût inscrite à l'ordre du jour pour être étudiée prochainement à fond et sous toutes ses faces par l'Académie de médecine, avant qu'elle fût décidée par un acte législatif.

Dr Victor Revillout.

## HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Depaul.

### Des contractions utérines dans l'accouchement.

La femme est prévenue qu'elle va accoucher par l'apparition de plusieurs phénomènes prodromiques, tels que l'abaissement de l'utérus, la facilité plus grande de la respiration, [illegible] des grandes lèvres, un écoulement glaireux par le vagin, une sensation de pesanteur dans la région rectale.

Cependant certaines femmes n'éprouvent rien de semblable; elles sont surprises soudain, au milieu d'une promenade ou d'une visite, par la contraction utérine. C'est l'accouchement qui va commencer.

La contraction utérine ne doit pas être confondue avec la douleur : celle-ci peut manquer, et manque souvent.

Ce sont les contractions qui produisent les douleurs, mais les deux termes ne sont pas synonymes : il y a des contractions sans douleurs.

La contraction utérine existe bien avant que le travail commence, et, pendant toute la durée de la grossesse, il y a des contractions de l'utérus : il semble que cet organe s'essaye, pour ainsi dire, au travail musculaire qu'il aura à produire à la fin de la grossesse.

Les contractions ne présentent pas les mêmes caractères pendant les diverses périodes du travail : peu fortes et peu rapprochées au début, elles prennent ensuite une intensité et une fréquence plus grandes. Elles se reproduisent d'abord toutes les trois ou quatre minutes : vous les verrez souvent se succéder, de quatre en quatre minutes, avec une régularité presque chronométrique.

Pendant toute la période de dilatation du col, il faut vous attendre à une certaine régularité dans les contractions utérines. Mais il est bien évident que je ne parle que de la généralité des cas, et que cette règle souffre de nombreuses exceptions.

Pour être régulières, les contractions de la matrice

doivent être tout à fait et nettement intermittentes, et se reproduire à des intervalles à peu près réguliers; elles doivent avoir une certaine durée, mais ne pas se prolonger trop longtemps. On voit parfois des contractions permanentes, tétaniques de l'utérus, le plus souvent sous l'influence du seigle ergoté, mais, quelquefois encore, sans l'influence d'aucun médicament, et d'une façon spontanée. Ces éventualités sont dangereuses, parce que la contraction diminue la circulation utérine, resserre les vaisseaux et gêne la nutrition du fœtus par la respiration placentaire. C'est là souvent une cause de mort de l'enfant, après l'administration du seigle ergoté : je m'explique beaucoup mieux la mort par ce mécanisme que par l'hypothèse trop répétée de la compression exagérée du fœtus par l'utérus fortement contracté. Disons, en passant, qu'il y a des moyens de faire cesser cette contracture ou tétanie utérine : quelquefois je l'ai fait disparaître par la saignée, quand l'état général de la femme le permettait. Si l'on n'y est pas autorisé par une certaine pléthore, on pourra avoir recours aux bains prolongés, aux injections émollientes dans le vagin, additionnées de belladone, aux applications de pommade belladonée sur l'abdomen, etc.

Les contractions n'ont pas toutes la même intensité : si vous appliquez la main sur l'abdomen, vous ne sentirez pas toujours la même dureté de l'utérus. Les femmes ont une certaine façon de l'exprimer, et vous diront souvent : « Voici une petite douleur, mais la suivante va être une grosse douleur. » On constate, en effet, une certaine alternance.

Vous observerez assez souvent du ralentissement et de véritables suspensions dans le travail : la femme, fatiguée par un travail commencé dans la soirée, s'endort vers le matin, et l'utérus ne rentre en activité que cinq, dix ou quinze heures plus tard. Cette somnolence n'est pas grave lorsqu'elle n'est compliquée d'aucun autre accident.

L'arrêt du travail est causé souvent par une influence extérieure, une émotion morale. Il y a trente-cinq ans environ, dans ce même amphithéâtre de la clinique d'accouchements, Dubois fit une expérience intéressante. Une femme était en travail : les élèves arrivent dans la salle en courant de la façon bruyante que vous connaissez ; la femme, qui n'avait pas encore vu les étudiants, fut très-surprise, et les contractions utérines cessèrent immédiatement.

Le maître fit constater aux assistants l'effet produit, et les pria de quitter la salle de travail, et d'aller attendre dans l'amphithéâtre du cours. Un quart d'heure après le départ des élèves, le travail reprit sa marche normale. Dubois fit rentrer les étudiants dans la salle de travail : leur présence arrêta aussitôt les contractions utérines, qui ne reparurent qu'après un nouveau départ des assistants. L'expérience fut répétée trois fois de suite, et, trois fois de suite, l'arrivée des spectateurs fit cesser les contractions. Nous avons répété, sans le vouloir, cette même expérience un grand nombre de fois, et nous avons souvent observé le même résultat. Dans la clientèle privée, vous verrez souvent le travail retardé ou arrêté par la présence, dans la chambre de la patiente, d'une personne importune : n'hésitez pas à congédier, sous un prétexte quelconque, la tante, la belle-mère, ou tout personnage inutile qui déplaît à la femme en travail.

Le travail prend une physionomie particulière, suivant les présentations, et même suivant les positions. La nature des douleurs n'est pas la même dans une occipito-postérieure, où elles sont plus énervantes, plus fatigantes, et plus localisées à la région des reins que dans les occipito-antérieures. Une présentation de l'épaule n'a pas non plus les mêmes douleurs qu'une présentation du sommet.

Les contractions utérines sont aussi modifiées par l'état du muscle utérin lui-même ; s'il est enflammé ou troublé par une métrite antérieure, s'il est parsemé de petits corps fibreux, la contraction sera irrégulière et moins efficace. Si les myomes utérins étaient pédiculés au lieu d'être situés dans l'épaisseur du parenchyme lui-même, leur influence ne serait pas la même. J'ai vu cependant une femme qui portait un corps fibreux de la paroi antérieure de l'utérus, de la grosseur d'une noix : il s'est pédiculé dans la suite, et n'a présenté rien d'extraordinaire ; pendant le cours de la grossesse, il avait acquis le volume d'une mandarine, et, après l'accouchement, il est revenu à son volume primitif.

Pendant la contraction utérine, la femme souffre : nous ne pouvons bien juger de ce qu'est la douleur que par ce que les femmes nous en disent. Or leur tolérance est très-variable ; il y a beaucoup de femmes qui sont pleines de courage, et qui l'expriment très-doucement, ne soulignant une contraction utérine que par un pincement des lèvres, par l'interruption d'une phrase commencée. D'autres y mettent une vivacité beaucoup plus violente : cette variété dépend de l'impressionnabilité de ces femmes, de leur éducation, de leur manière d'être. On en voit quelques-unes qui perdent vraiment la tête, poussent des cris comme si on les écorchait, se jettent en bas du lit, se cramponnent aux habits, aux cheveux ou à la barbe du médecin qui les assiste, et lui prodiguent même parfois les injures les plus grossières, dans un langage d'autant plus étonnant qu'il n'est pas du tout celui de leurs salons. Un jour, dans une famille du meilleur monde, je m'évertuais à encourager et à consoler la jeune parturiente, qui poussait les hauts cris, elle me repoussait avec colère, et, à la fin, elle s'écria vivement : « Mais, s.... n... de D...! laissez-moi donc tranquille. »

En présence de situations aussi désespérées, nous possédons des moyens de calmer ces malades, et d'atténuer leur douleur. Il y a bien longtemps déjà, en 1842, Chailly-Honoré, qui était alors chef de clinique de Dubois, publia un mémoire sur « l'atténuation des douleurs par le chloroforme ». Quoique je ne sois point partisan de l'emploi systématique du chloroforme dans les accouchements, je l'emploie de temps en temps, et je reconnais très-volontiers qu'il peut rendre de grands services dans une certaine catégorie d'accouchements de ce genre.

---

## HOPITAL COCHIN. — M. Bucquoy.

### Des formes cliniques de la pneumonie.

Au point de vue purement clinique, nous pouvons constituer plusieurs formes de pneumonie en nous appuyant sur trois ordres de faits : 1° sur l'anatomie pathologique, 2° sur la symptomatologie, 3° sur l'étiologie.

A. D'après les caractères tirés de l'anatomie pathologique, nous pouvons admettre qu'il y a deux formes de pneumonie : la pneumonie franche aiguë, pneumonie lobaire, et la pneumonie lobulaire ou broncho-pneumonie. La pneumonie lobaire est constituée par la présence dans les alvéoles pulmonaires d'une exsudation fibrineuse, remplissant ces alvéoles, dont elle permet même de retrouver le moule

dans les produits de l'expectoration, et amenant une véritable hépatisation du poumon. Cette exsudation se prolonge quelquefois dans les dernières ramifications des petites bronches, au voisinage des alvéoles pulmonaires, soit que l'exsudation se produise au niveau même de la muqueuse de ces petites bronches, soit qu'elle appartienne uniquement à la surface des vésicules elles-mêmes. C'est à cette forme de pneumonie que les Allemands ont donné le nom de « croupale » ; c'est là faire une extension forcée d'application d'un terme auquel nous avons assigné un sens beaucoup plus précis : il est bien plus logique de conserver à cette forme un nom tiré de son anatomie pathologique et de l'appeler *pneumonie fibrineuse*. A côté de cette forme, nous trouvons la pneumonie *catarrhale* (dite encore pneumonie *lobulaire* ou *broncho-pneumonie*) : on lui a donné ce nom en raison des conditions spéciales qui la déterminent en même temps que les autres affections des muqueuses. Son anatomie pathologique est caractérisée par une sécrétion abondante analogue à celle des catarrhes de toutes les muqueuses, sécrétion plus liquide, muco-purulente, qui se distingue complètement du bloc fibrineux de la première forme que nous avons étudiée. La pneumonie lobulaire se circonscrit dans un ou plusieurs lobules, sans s'étendre jamais à un lobe tout entier ou à une portion de lobe ; elle a ses noyaux plus restreints et plus disséminés. On l'appelle aussi broncho-pneumonie parce qu'elle tire son origine de l'inflammation des petites bronches propagée aux alvéoles pulmonaires. Lorsqu'on parle de broncho-pneumonie, il faut faire une distinction, selon qu'il s'agit d'enfants ou d'adultes. Chez les enfants, la broncho-pneumonie n'est pas une pneumonie : c'est l'extension du catarrhe à l'extrémité des alvéoles, mais le processus a respecté le parenchyme ; c'est une pneumonie sans inflammation du parenchyme. Chez les enfants qui ont succombé, surtout dans les deux premières années de la vie, on peut parfaitement insuffler le poumon ; il y a eu encombrement des vésicules, d'où atélectasie simple et congestion qui empêche l'accès de l'air et paralyse la vésicule pulmonaire, mais il n'y a rien au delà. Chez l'adulte, au contraire, vous entendrez tous les jours parler de broncho-pneumonie ; quelquefois on la rencontre avec ces simples caractères de l'atélectasie pulmonaire, comme chez les enfants ; mais il y a ordinairement inflammation du parenchyme. C'est une affection catarrhale des voies respiratoires, une bronchite généralisée, compliquée de pneumonie franche, de pneumonie fibrineuse circonscrite. Il ne faut donc pas croire que c'est une bronchite simple, sans inflammation du parenchyme, comme chez les enfants : il y a, chez l'adulte, toujours de la pneumonie fibrineuse, mais avec des noyaux petits, une expectoration très-abondante, des débuts insidieux, accompagnés de bronchite plus ou moins généralisée. Ce n'est plus le début brusque de la pneumonie franche ; aussi les signes physiques généraux sont aussi caractéristiques, ils disparaissent promptement ; au quatrième ou au cinquième jour, la défervescence s'est manifestée. C'est là, en un mot, une forme infiniment plus bénigne que la première, elle est volontiers justiciable du traitement par l'expectation.

Les anatomo-pathologistes considèrent encore d'autres formes de pneumonie ; pour eux, le tissu pulmonaire, la trame fibro-vasculaire des alvéoles est ménagée dans les deux formes que nous venons d'examiner, et qu'ils regardent comme des exemples de pneumonie intra-vésiculaire, les parois étant respectées ; mais ils admettent, en outre, une pneumonie interstitielle. Cette forme étant rare en clinique, je la laisserai de côté dans cette étude, d'autant plus que je ne puis guère admettre que, dans l'hépatisation de la pneumonie franche, le parenchyme pulmonaire est intact ; sans doute, la résolution se fait, et il est sauvé, mais cela ne veut pas dire qu'il n'a pas subi l'hyperémie inflammatoire et que la localisation du processus dans l'alvéole seul n'est pas trop théorique. Je reconnais, d'ailleurs, que l'anatomie pathologique peut, avec raison, insister sur une localisation plus spéciale de la pneumonie interstitielle dans le parenchyme qui est spécialement enflammé dans les formes chroniques.

En dehors de ces deux formes, sur le terrain clinique nous retrouvons encore la pneumonie hypostatique (Piorry), à la suite d'une congestion plus ou moins prolongée, sous l'influence de la stase des liquides et du décubitus ; mais ce n'est pas de la véritable pneumonie ; il faut distinguer la congestion de l'inflammation. Cependant, après une fièvre typhoïde grave, par exemple, on constate parfois des râles sibilants, avec un véritable souffle et des signes non douteux de pneumonie ; il n'y a, à vrai dire, ni hépatisation, ni état fibrineux, mais, au milieu du tissu congestionné, il y a des noyaux circonscrits, dont l'état se rapproche un peu de l'hépatisation et dont l'aspect rappelle celui de la chair musculaire ; c'est un tissu condensé, laissant suinter, lorsqu'on le panse, un liquide séreux. C'est ce que l'on appelait autrefois la carnification du poumon et ce que M. Charcot, récemment, a décrit sous le nom de « carnisation » du poumon. Dans ce cas, il y a plus que de l'atélectasie, il y a des phénomènes de véritable inflammation de la trame pulmonaire elle-même.

B. La symptomatologie nous fournit une deuxième catégorie de formes de la pneumonie. Si l'on ouvre les traités classiques, on trouve immédiatement la description des deux formes *bilieuse* et *typhoïde*. On parle beaucoup de la première et on ne la connaît guère ; tout au plus, après les chaleurs de l'été, voit-on survenir quelques exemples de pneumonies franches compliquées de l'état bilieux de l'embarras gastrique ordinaire. La forme typhoïde est beaucoup plus fréquente : cette variété de pneumonie apparaît tantôt avec le caractère adynamique, tantôt avec des phénomènes nerveux et ataxiques. Les pneumonies typhoïdes ont, en général, une tendance assez marquée à la suppuration. Je ne m'arrêterai pas à la pneumonie *latente*, qui s'observe chez les vieillards ordinairement, et dont les signes sont très-peu marqués.

Telles sont les formes adoptées par les auteurs, mais on est en droit de s'étonner qu'ils n'aient pas insisté sur la forme *catarrhale ;* cette pneumonie se rencontre fréquemment sous l'influence d'un refroidissement au milieu de constitutions médicales particulières ; elle est caractérisée par des foyers circonscrits, avec un début moins brusque et précédé de symptômes de grippe, un léger point de côté, une abondante expectoration, une fièvre moins vive et une résolution rapide. Malgré son début un peu effrayant, cette pneumonie se termine ordinairement par la résolution vers le quatrième ou le cinquième jour.

Une autre forme, enfin, mérite aussi de fixer l'attention : je veux parler de la pneumonie *intermittente*, dont j'ai moi-même observé un exemple au début de mes études de clinique médicale, et un autre exemple, à l'Hôtel-Dieu, chez un malade arrivant d'Algérie. Le sulfate de quinine donne de bons résultats dans cette affection, dont les auteurs ont,

à tort, nié l'existence. Elle se présente avec tous les caractères de la pneumonie franche, puis soudainement disparaît pendant un jour ou deux, et les symptômes reparaissent aussi intenses que pendant les premiers jours.

C. Les particularités que nous venons de trouver dans l'intermittence et les constitutions médicales démontrent déjà que l'étiologie permet d'établir les formes diverses de la pneumonie. L'importance des causes est surtout remarquable dans les maladies où la pneumonie survient comme complication. Ainsi l'on admet l'existence d'une pneumonie *rhumatismale*, dans laquelle les phénomènes pulmonaires disparaissent aussi rapidement que les phénomènes articulaires et se dissipent en un temps très-court. Ces cas sont rares. Cette pneumonie rhumatismale, présentant les caractères de la pneumonie fibrineuse aiguë, participe aussi de la broncho-pneumonie par son étendue, mais elle n'a aucune tendance à passer à l'état chronique.

La pneumonie *puerpérale* n'offre rien de particulier, non plus que certaines pneumonies secondaires, consécutives, par exemple, à la fièvre typhoïde, aux fièvres éruptives ou à des traumatismes tels que dans les duels, les plaies produites par un coup d'épée : ces ponctions du poumon guérissent, ordinairement, avec la plus grande facilité.

Le temps ne me permet pas de m'étendre sur quelques *variétés* de pneumonies : cependant je ne veux pas terminer sans vous dire un mot des localisations de la pneumonie. Vous savez ce que l'on a dit maintes fois des pneumonies du sommet : Andral pensait qu'elles étaient plus graves que les autres ; Briquet n'avait observé aucune différence dans la mortalité ; Grisolle concluait, au contraire, que les pneumonies du sommet étaient plus graves que les autres formes. Est-ce parce que la lésion pulmonaire est plus rapprochée du cerveau ? Il n'en est rien ; cependant, le fait est vrai : ces sortes de pneumonies sont plus souvent accompagnées d'adynamie ou de phénomènes ataxiques, c'est là ce qui leur donne leur caractère spécial de gravité.

Il faut se défier, en général, des pneumonies qui sont localisées en des points autres que le siège ordinaire ; les pneumonies du sommet guérissent assez bien, lorsqu'elles n'occupent pas toute l'épaisseur du poumon ; si vous retrouvez la pneumonie également sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse, le pronostic est mauvais ; de toutes ces pneumonies « qui traversent », je n'ai observé qu'une guérison, et encore la pneumonie était plutôt superficielle et disposée en écharpe, se diffusant simplement sur la périphérie, à la manière d'un érysipèle.

Quant à la pleuro-pneumonie, c'est une complication ordinaire de la pneumonie franche aiguë ; la pleurésie s'explique par le voisinage du poumon enflammé, et surtout par la corrélation intime de la circulation des deux organes. C'est elle qui produit le point de côté, mais elle n'ajoute que peu de chose à la pneumonie et se termine ordinairement avec elle. Cependant, en certains cas, l'épanchement pleurétique se continue pendant quelque temps, mais il est toujours d'une grande bénignité et n'exige jamais le traitement par la thoracentèse.

On voit, par contre, ces inflammations pleurétiques qui conduisent à l'inflammation pulmonaire, à la carnification du poumon au-dessous des points où la plèvre s'est enflammée : dans ce cas, on trouve souvent, à l'autopsie, une couche de poumon congestionnée et carnifiée dans une épaisseur de 4 à 5 centimètres, au-dessous de la pleurésie diffuse.

---

## HOPITAL DU MIDI. — M. Ch. Mauriac.

### Du bubon d'emblée.

I

Parmi les adénopathies inguinales spécifiques, celle qu'on a désignée sous le nom de bubon d'emblée avait le privilège d'occuper, il y a trente ou quarante ans, une place considérable dans la pathologie des maladies vénériennes.

Comme le chancre, c'était une espèce de champ clos où se donnaient rendez-vous les doctrines contraires. Là, souvent elles combattirent avec cette ardeur et même cette âpreté de polémique, un peu trop à la mode alors dans les discussions médicales.

Et pourquoi ces controverses, ces subtilités théoriques ? N'aurait-il pas mieux valu quelques faits, un seul, si l'on veut, précis, complet, ne laissant aucune prise à la critique et réunissant toutes les conditions d'exactitude, toutes les garanties d'authenticité qu'une clinique sévère est en droit d'exiger, surtout quand il s'agit d'un évènement pathologique aussi rare, aussi extraordinaire que le bubon d'emblée, de l'aveu même de ses partisans.

Qu'arriva-t-il ? C'est que, de guerre lasse, on finit par ne plus s'occuper de cette étrange adénopathie. Il y eut une sorte de trêve imposée par l'ennui, la lassitude et l'impossibilité de s'entendre.

Pouvait-on dire que la question du bubon d'emblée fût résolue ? Non. L'a-t-elle été depuis ? C'est ce que nous verrons.

Toujours est-il qu'elle avait bien vieilli. Elle était tellement surannée qu'on ne s'en occupait plus. Il était temps que quelques faits vinssent la ranimer. C'est ce qui a eu lieu dans ces derniers temps.

Les partisans du bubon d'emblée ont repris de l'espoir ; quelques incrédules se sont convertis.

Peut-être ne sera-t-il pas sans intérêt de reprendre ce sujet. Nous y trouverons au moins un prétexte pour étudier certaines variétés d'adénopathies inguinales peu connues.

Le bubon d'emblée est une adénite virulente qui devient chancreuse et se développe, bien que le chancre simple qui la précède ne se soit pas produit dans la région d'où naissent les lymphatiques aboutissant au ganglion malade. Cette adénite implique donc l'absorption du pus virulent sur le point contaminé et son transport jusqu'à la glande, sans l'intermédiaire d'une lésion ou solution de continuité appréciable, soit de la muqueuse ou de la peau, soit des lymphatiques.

J'ai observé une grande quantité d'adénites virulentes ; mais je commence par déclarer que je n'en ai jamais vu aucune de cette nature survenir dans les conditions que je viens d'indiquer. Quelques adénopathies ulcéreuses se présentent cependant quelquefois avec des apparences qui pourraient induire en erreur et les faire prendre pour des bubons d'emblée. Ces cas de pseudo-bubons d'emblée sont intéressants à étudier, et je vais en rapporter quelques-uns.

Obs. I. — Ch. D..., âgé de trente-huit-ans, entra, en novembre 1874, dans mon service à l'hôpital du Midi pour se faire soigner d'une vaste ulcération de l'aine droite qui mesurait 10 cent. de longueur et 7 ou 8 de largeur. Elle était irrégulière, à bords épais, décollée et taillée à pic, à fond inégal, grisâtre et putride. Elle suppurait abondamment et présentait la physionomie d'un chancre serpigineux.

Depuis plusieurs mois, cet homme fréquentait souvent différentes femmes suspectes et il avait eu la chance de ne contracter ni chancre ni blennorrhagie. Toutefois, au commencement d'octobre de la même année, il commença à éprouver de la gêne, puis de la douleur dans l'aine droite, et il ne tarda pas à découvrir dans cette région une grosseur qui devint rapidement volumineuse, rouge, molle, et s'ouvrit spontanément au bout de huit ou dix jours. Il en sortit une matière jaune, épaisse, et une vaste ulcération succéda à la tumeur. Comme elle s'agrandissait sans cesse et n'avait aucune tendance à se cicatriser, le malade se décida à venir se faire soigner par moi, le 6 novembre, convaincu qu'il avait une affection

vénérienne contractée tout récemment. Elle remontait environ à vingt-cinq ou trente jours avant son entrée.

Il affirmait de la manière la plus positive qu'il ne s'était produit aucune ulcération sur les parties génitales. Elles furent explorées, ainsi que les régions voisines, avec la plus scrupuleuse attention, et on n'y découvrit aucune lésion, aucun vestige ayant pu servir de point de départ à l'adénopathie inguinale. Il existait bien sur le gland une perte de substance du méat à droite, au voisinage du frein, mais elle provenait d'un chancre que le malade avait contracté en 1867. Ni avant cette époque, ni depuis, le malade n'avait eu aucune maladie vénérienne. Sa santé générale avait toujours été bonne. On ne découvrait dans ses antécédents aucune trace de maladie constitutionnelle, héréditaire ou acquise.

Le chancre en question n'était apparu, disait-il, que quinze jours ou trois semaines après le dernier coït. Il avait été ulcéreux, rongeant, et s'était cicatrisé au bout d'un mois et demi sans complication de bubon suppuré.

Du reste, pas de manifestations syphilitiques sur la peau, sur les muqueuses ou ailleurs. Jamais de maux de gorge ni de croûtes dans les cheveux, ni d'ulcérations sur la langue ou les lèvres, etc. Aussi, pas de traitement hydrargyrique ou ioduré.

Depuis le milieu de l'année 1867 jusqu'au mois d'octobre 1874, la santé de cet homme avait toujours été excellente et aucun indice n'avait fait soupçonner chez lui l'existence de la syphilis.

L'ulcération phagédénique de l'aine ressemblait d'une manière si frappante aux chancres qui succèdent aux bubons virulents, que je lui attribuai ce caractère. Je supposai que la chancrelle initiale avait existé, mais qu'elle était petite, qu'elle avait échappé à l'attention du malade et s'était cicatrisée avant son entrée à l'hôpital.

Je voyais dans ce cas l'exemple frappant de ce qu'on a pris sans doute bien souvent pour des bubons d'emblée.

Je prescrivis d'inoculer la plaie, puis de la cautériser. Malheureusement on la cautérisa d'abord et on l'inocula ensuite. Le résultat de l'inoculation fut négatif. Mais cela ne pouvait-il pas tenir à la destruction par le caustique du principe virulent ?

Je soumis le malade à un traitement ferrugineux, et j'employai comme topiques plusieurs agents parmi lesquels la solution ferrico-potassique occupait la première place. La cicatrisation n'eut lieu qu'au bout d'un mois.

Parmi les accidents que produisit cette ulcération, je noterai des douleurs irradiantes très-vives se propageant dans l'aine et dans la cuisse et une rétraction de la jambe sur la cuisse qui dura quinze jours et disparut peu à peu à mesure que l'ulcération se cicatrisait.

La cicatrice, résultant de cette vaste perte de substance, avait 4 centimètres de longueur et un centimètre à sa partie moyenne.

Depuis le 30 novembre, jour de sa sortie, jusqu'à la fin de janvier 1875, il n'eut aucun accident, soit du côté des organes génitaux, soit sur d'autres parties du corps. Il reprit ses rapports avec des femmes suspectes qui ne lui communiquèrent ni chancre ni blennorrhagie.

Cependant, vers la fin de janvier, la partie interne de la cicatrice susindiquée s'ulcéra, et, au bout de quelques jours, le scrotum du même côté devint rouge, tuméfié et douloureux. Le malade rentra dans mon service le 12 février.

Outre l'ulcération principale de la partie interne de l'aine, il en existait deux ou trois autres plus petites, profondes comme elle, taillées à pic, irrégulières et très-suppurantes. On aurait pu les prendre pour des chancres d'inoculation. Toute la moitié droite des bourses était occupée par une tumeur inflammatoire et fluctuante qui ne tarda pas à s'ouvrir et qui se convertit aussitôt en une vaste ulcération qui prit bientôt l'aspect d'une ulcération phagédénique.

Cette fois, plusieurs inoculations furent pratiquées avec tout le soin possible à des intervalles de quelques jours, et elles furent toutes négatives. Dès lors il n'était pas douteux que ces nouvelles lésions n'avaient en elles rien de la virulence du chancre simple. Le processus, du reste, n'avait point été semblable à celui de la première ulcération inguinale, puisqu'il n'y avait pas eu de bubon préalable.

Néanmoins, en voyant cette succession de phénomènes ulcéreux dans une même région si exposée à être contaminée, n'était-il pas naturel de supposer *à priori* qu'elles résultaient de l'inoculation ou de l'absorption de produits morbides dont l'origine remontait à un chancre simple inaperçu et rapidement guéri.

Le résultat catégoriquement négatif de l'inoculation artificielle rendait maintenant cette hypothèse inadmissible.

L'idée me vint alors que ces mêmes phénomènes pourraient bien être la conséquence d'un chancre contracté en 1867, quoiqu'il fût étrange au premier abord que l'action du virus syphilitique, restée absolument latente pendant sept ou huit ans, se concentrât sur une région aussi limitée, sans s'être manifestée en aucun temps sur tout autre point de l'organisme.

Quelques circonstances nouvelles ne tardèrent pas à justifier cette manière de voir. Ainsi, autour de la vaste ulcération du scrotum et des deux ou trois autres ulcérations inguinales à caractère phagédénique, il se produisit des cercles et des demi-cercles très-étroits d'ulcérations superficielles, caractéristiques de certaines syphilides ulcéreuses et tout à fait incompatibles avec l'irrégularité de contours propre aux chancres simples.

Il était remarquable, du reste, que ces ulcérations, malgré les toniques internes et les traitements locaux multipliés et variés, restaient à peu près stationnaires.

Convaincu, dès lors, qu'il s'agissait d'une manifestation tardive de la syphilis sur les organes génitaux, j'instituai un traitement spécifique composé de sirop de bi-iodure ioduré et d'iodure de potassium. Les ulcérations étaient alors en pleine activité et ne montraient aucune tendance à la guérison. Je fis cesser toute espèce de traitement local afin de laisser au traitement spécifique seul la responsabilité des résultats ultérieurs.

Ces résultats ne se firent pas longtemps attendre. Il se produisit, en effet, presque à vue d'œil, un changement profond dans l'aspect des parties malades : leurs bords s'affaissèrent, leur fond se releva et se combla ; la suppuration devint de moins en moins abondante et sur plusieurs points se formèrent des bourgeons charnus de bonne nature. Au bout de quinze jours, les trois quarts de l'ulcération scrotale étaient cicatrisés, et, au bout de vingt-cinq jours, la cicatrisation était à peu près complète.

Mais, chose curieuse, en même temps que le pronostic de la guérison marchait si rapidement, sous l'influence de deux cuillerées à bouche de sirop de bi-iodure et de 3 grammes d'iodure administré quotidiennement, il se produisait une ulcération nouvelle sur le pubis. Elle fut très-inflammatoire, creusée à pic, irrégulière, douloureuse, à suppuration abondante, à concrétions pultacées et tout à fait semblable d'aspect à un chancre simple, mais non inoculable. Évidemment c'était une ulcération syphilitique comme celle qui l'avait précédée. Et pourtant le traitement spécifique ne l'avait empêché ni de naître ni de suivre imperturbablement son processus phagédénique. Il fallut en venir à des pansements et augmenter les doses de l'hydrargyre et de l'iodure. Après plusieurs mois, le malade finit par guérir.

Je le voyais souvent, et jamais je n'ai pu constater chez lui, en dehors de la sphère des organes génitaux, aucune autre manifestation syphilitique.

Les lésions inguino-génitales étaient donc survenues dans des conditions telles qu'on aurait pu les prendre, si on n'y eût pas prêté quelque attention, pour des ulcérations virulentes symptomatiques d'un chancre simple larvé. La première surtout avait, comme mode d'origine et comme processus, les apparences d'un bubon d'emblée, puisqu'elle avait débuté, sans chancre préalable et après plusieurs coïts suspects, par une tumeur inflammatoire de l'aine, rapidement purulente et suivie d'une vaste ulcération phagédénique. Et plus tard l'abcès scrotal, devenu lui aussi ulcéreux et phagédénique, ne ressemblait-il pas à certains abcès chancreux de la même région ?

Mais les inoculations furent toujours négatives, et l'hypothèse de la syphilis, pour expliquer ces ulcérations génitales, quoique les

antécédents fussent muets à son égard, se trouva justifiée, d'abord par l'impossibilité de trouver une autre cause et surtout par les résultats du traitement spécifique et l'apparition de quelques syphilides circinées autour des lésions principales.

## LA CHLOROSE ET L'ANÉMIE.

La chlorose et l'anémie sont deux maladies parfaitement distinctes. Dès lors elles réclament le plus souvent un traitement différent. En effet, la chlorose est une maladie simple tenant presque toujours à la même cause, qui est l'époque de la puberté, et elle affecte de préférence la jeune fille, tandis que l'anémie n'est pour ainsi dire qu'un symptôme. Ses causes, toujours multiples, sont le plus souvent extérieures, et, en dehors du traitement spécial, il faut toujours savoir les reconnaître pour pouvoir les combattre efficacement et avoir ainsi raison de la maladie qui en est le résultat.

De là l'indication que dans la chlorose, « j'entends la chlorose essentielle, sans cause appréciable, chez la jeune fille à l'époque de la puberté », le fer seul peut et doit avoir raison de la maladie, tandis que dans l'anémie, si vous n'attaquez pas en même temps la cause occasionnelle, vous n'arriverez jamais à une guérison radicale.

La chlorose se produit presque toujours spontanément sans causes appréciables. Elle s'accompagne de troubles menstruels, de palpitations, de flueurs blanches, etc. Les malades présentent en général ce teint spécial de la face dont la couleur rappelle celle de la cire vierge et qui a fait donner à cette affection le nom si connu dans le monde de *pâles couleurs*. Et cependant ce symptôme est loin d'être constant. Nous avons tous vu des jeunes filles profondément chlorotiques garder leurs fraîches couleurs et toutes les apparences extérieures de la santé et il est alors bien difficile d'arriver à convaincre des parents qui ne peuvent admettre que leur enfant ait les pâles couleurs, lorsque son apparence donne un démenti complet au nom de la maladie. C'est ici que le traitement servira de vraie pierre de touche. Donnez des préparations martiales à la malade, et, si elles sont bien supportées, vous aurez touché juste; car c'est le véritable spécifique.

Mais sous quelle forme les administrer?

Ici les opinions diffèrent. Pendant que les uns proposent le fer nature à l'état de limaille ou à celui d'oxyde, d'autres emploient de préférence les sels ferreux ou ferriques.

D'autres, enfin, n'accordent leur confiance qu'aux préparations solubles qui sont, comme le fer dialysé Bravais, toujours bien supportées par l'estomac, dont l'activité est bien plus grande et l'action bien plus prompte.

Mais il ne faut pas se borner à ordonner aux chlorotiques les préparations martiales; il faut aussi régler leur existence avec soin, surveiller le régime alimentaire, exiger un exercice corporel modéré, empêcher l'activité trop grande des centres nerveux et proscrire les excitations sexuelles précoces, sans croire ces praticiens d'un autre âge qui voient encore dans le mariage le remède de la chlorose.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juin 1879. — Présidence de M. Paul Richet.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce envoie les comptes-rendus des épidémies observées en 1878 dans les départements de la Lozère, des Hautes-Alpes, de la Haute-Savoie, des Basses-Alpes, da la Meuse et de l'Ariège.

La correspondance non officielle comprend : 1° un rapport sur le service de la médecine cantonale dans le département de la Sarthe, par le docteur Mordret; 2° un travail intitulé : *Projet d'une statistique mensuelle des causes de la mortalité en France*, par M. le docteur Bloch.

M. Laboulbène présente une observation de douve ou dystome hépatique du foie chez l'homme, communiquée avec pièce anatomique à l'appui par M. le docteur Prunac.

### RAPPORT

**M. Devilliers**, au nom de la Commission de l'hygiène de l'enfance, lit le rapport général sur les travaux de cette année et les résultats du concours ouvert pour un prix de de 1,000 francs.

Sur la proposition de M. Depaul, l'Académie décide que l'on attendra l'impression de ce rapport pour en discuter les conclusions.

### COMMUNICATIONS

**M. Pasteur**, après avoir offert en hommage à l'Académie une brochure intitulée : *Examen critique d'un écrit posthume de Claude Bernard sur la fermentation*, et appelé particulièrement l'attention sur ce qui concerne une nouvelle théorie de la fermentation, communique à l'Académie les derniers résultats obtenus par l'étude d'un fait d'abord caractérisé par le titre de *Péritonite et septicémie puerpérales.*

Il s'agit d'une femme morte, vingt jours après être accouchée, dans un des services hospitaliers de la Faculté de Nancy. Déjà deux jours avant sa mort, M. Feltz avait constaté dans le sang de cette femme la présence de petits organismes immobiles, en chapelets ou bâtonnets, qui, cultivés suivant la méthode de M. Pasteur et inoculés à des animaux, les avaient tués par infection. Les mêmes organismes se retrouvèrent également dans le sang après la mort, et M. Feltz les considéra comme représentant le poison spécial septicémique de la puerpéralité. Mais M. Pasteur, ayant demandé des échantillons de ces petits corps, reconnut que c'étaient les mêmes qu'il avait étudiés dans le charbon. M. Feltz s'étonna d'abord, car cette femme n'avait présenté aucun des signes du charbon, mais tous les symptômes classiques de la maladie puerpérale. Pour le convaincre, M. Pasteur dut lui envoyer trois cabiais inoculés l'un avec un liquide contenant des bactéridies provenant de la culture de celles de cette femme, et les autres des bactéridies provenant de la culture de celles de deux animaux charbonneux, le premier mort il y a trois ans à Chartres, et, le second tout dernièrement en Franche-Comté.

Les cabiais moururent sous les yeux de M. Feltz, et il dut s'incliner : les lésions étaient identiques de part et d'autre, le sang avait le même aspect.

On s'informa alors du passé de cette femme, et on sut que durant sa grossesse elle demeurait non loin de l'écurie d'un maquignon, écurie dans laquelle on ne se rappelait pas qu'il fût jamais passé d'animaux charbonneux; mais enfin la chose parut évidente : du moment où le sang de cette femme renfermait les bactéridies du charbon, elle était atteinte du charbon, elle en était morte, et elle n'avait pu en prendre la source que par le voisinage de cette écurie.

A ce propos, M. Pasteur rappelle que d'autres professeurs et agrégés de la Faculté de Nancy avaient déjà cru avoir découvert le ferment spécial des maladies puerpérales dans un petit organisme mobile qu'ils avaient trouvé dans le sang d'une malade morte en couches et qu'ils avaient décrit avec soin.

C'était une erreur; la preuve en est que M. Pasteur a trouvé une troisième sorte d'organisme microscopique qui est la vraie cause de cette affection.

A quatre heures et quart, l'Académie se forme en comité secret.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 9 juin 1879, M. le docteur Thulié, membre du conseil municipal de Paris, a été nommé membre du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, en remplacement de M. Lauth, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours pour deux places de chef de clinique médicale s'ouvrira le 8 juillet prochain.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine âgés de moins de trente-quatre ans. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au 21 juin courant, tous les jours, de une heure à quatre heures du soir.

— Pendant le mois d'avril il y a eu à Lyon 742 décès, soit 25,6 par an et pour 1,000 habitants; 711 naissances (mort-nés exclus), soit 25 par an et pour 1,000 habitants; 248 mariages, soit 8,6 par an et pour 1,000 habitants. Le nombre des mort-nés s'est élevé à 53, soit 1 mort-né sur 14, 4 naissances.

A Marseille, dans le même mois, le nombre des décès a été de 692, soit 26 par an et pour 1,000 habitants; celui des naissances de 770, soit 28,9 par an et pour 1,000 habitants; celui des mariages de 257, soit 9,6 par an et pour 1,000 habitants. Il y a eu 57 mort-nés, soit un mort-né sur 14,7 naissances. (*Lyon méd.*)

— M. le professeur Chatin (de l'Institut) fera sa prochaine herborisation le dimanche 15 juin prochain, dans la forêt de Fontainebleau. Rendez-vous à huit heures quarante-cinq minutes à la gare de Lyon où l'on prendra le train qui part à neuf heures cinq minutes pour la station de Bois-le-Roi.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera, dimanche prochain 15 juin, une excursion géologique à Meudon, Issy et Vanves.

On se réunira à la gare Montparnasse, où l'on prendra à onze heures du matin le train pour Meudon.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Avis.* M. Huber est prévenu qu'il subira le quatrième examen de doctorat le lundi 16 juin.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité d'hématologie dynamique pour servir de fondement à un système de pathologie vitaliste,** par le docteur Bassaget. 2 forts vol. in-8°. — Prix : 20 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie,** par le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière. — Un vol. in-8° de 624 pages. — Prix : 9 francs. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Traité de la gastrostomie,** par le docteur Henri Petit, ouvrage précédé d'une introduction, par le professeur Verneuil. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Recueil de questions** posées aux cinq examens de médecine et aux accouchements. 18 vol. — Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**L'Opération césarienne aux États-Unis.** Étude analytique de cent observations, traduit et annoté, par le docteur Eustache. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8334.

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

## Liqueur de Laprade

A L'ALBUMINATE DE FER

Seule employée par les médecins des hôpitaux de Paris : *MM. Féréol, M. Raynaud, Dolbeau, Demarquay, Dujardin-Beaumetz, Nicaise*, et les gynécologistes les plus compétents, cette préparation, d'un goût agréable, est acceptée sans répugnance par les malades, ce qui la rend précieuse pour les jeunes filles chez lesquelles la menstruation est pénible.

« Contre l'anémie des femmes atteintes d'affec-« tions utérines chroniques, les résultats ont tou-« jours été remarquables; il en fut de même d'un « nombre respectable de chloroses traitées par la « même préparation..... Nous préférons la forme de « liqueur pour l'albuminate, parce qu'elle est plus « absorbable et surtout parfaitement supportée par « l'estomac. » (*Gaz. des Hôp.*)

La LIQUEUR DE LAPRADE, à l'albuminate de fer, se prend à la dose d'une cuillerée à chaque repas. A la phie, 20, fbg Poissonnière, toutes les pharm.

## Sirop du docteur Demesse,

diurétique (Codex no 380) et sédatif, *à la cissampeline*.

Heureuse modification des formules diurétiques du codex (cissampelos caapeba, associé à la digitale, à la scille, etc.).

Vingt années d'expériences comparatives prouvent la supériorité incontestable de cette préparation dans les *hydropysies, œdèmes rebelles, pleurésies et bronchites chroniques, albuminuries*, et dans tous les cas où les *diurétiques* et les *sédatifs* sont indiqués.

Dépôt général chez M. Legras, pharmacien-préparateur, 222, faub. St-Denis, à Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies. Prix : 5 fr. le flacon

## Solution Coirre au

**au chlorhydro-phosphate de chaux**

préparation de phosphate de chaux la plus rationnelle et la seule physiologique, puisque c'est la forme que doit prendre ce sel qour être absorbé. — Reconsiituant énergique dans PHTHISIES, ANÉMIES, SCROFULES, RACHITISME, etc.

Gros : 79, rue du Cherche-Midi. — Détail : 97, rue de Rennes et dans les pharmacies.

## Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

*Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique*

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

## Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DEPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

## Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

## Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie Collas, 8, r. Dauphine, Paris.

## Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS. Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

## Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

## Fumouze — Albespeyres

FOURNISSEUR DES HÔPITAUX MILITAIRES.

Les produits sont préparés sous la surveillance de MM. FUMOUZE, docteurs en médecine, pharmaciens de 1re classe.

## Vésicatoire d'Albespeyres.

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action prompte et régulière. — Exiger sur le côté du vésicatoire la signature d'*Albespeyres*.

## Papier ÉPISPATIQUE d'Albespeyres

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action sure et régulière. La Préparation la plus commode pour entretenir les vésicatoires avec une extrême propreté.

La boîte porte la signature *Fumouze-Albespeyre*.

## Capsules de Raquin

AU COPAHU, AU GOUDRON, A LA TÉRÉBENTHINE,

*Approuvées par l'Académie de médecine.*

Les Capsules Raquin à enveloppe de gluten constituent le meilleur moyen d'administrer le *Copahu*, le *Goudron*, la *Térébenthine*. — Elles sont parfaitement tolérées par l'estomac.

Exiger sur l'enveloppe la signature *Raquin*.

## Papier et Cigares ANTI-ASTHMATIQUES

de Bin BARRAL.

Ils contiennent les mêmes substances que le carton anti-asthmatique du Codex, associées au *Cannabis indica*.

## Pulvérisateur Marinier

*admis dans tous les hôpitaux.*

Il est facile à nettoyer et s'applique sur tous les flacons; — la pulvérisation peut être graduée, l'obstruction est évitée, les trous n'étant pas capillaires.

## Sirop de dentition du Dr Delabarre

ex-chirurgien dentiste des hôpitaux de Paris. Employé en friction sur les gencives des enfants, il facilite la sortie des dents et prévient les accidents de la première dentition.

Dépôt à Paris, pharmacie d'ALBESPEYRES, 80, faub. Saint-Denis; vente des pulvérisations chez Fumouze frères, 78, faubourg Saint-Denis.

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

## Capsules molles de Bourgeaud

**A LA CRÉOSOTE VRAIE**

et à l'**Huile de Foie de Morue**,

Formules des docteurs Bouchard et Gimbert.

*Les seules employées dans les hôpitaux.*

BOURGEAUD, pharmacien, fournisseur des hôpitaux, 20, rue de Rambuteau, Paris.

Ces capsules, à *enveloppe très-soluble*, d'*odeur agréable, à saveur sucrée*, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indication contraire, 2 centigr. de *créosote vraie* du goudron de hêtre et 50 centigr. d'huile de foie de morue. Les grosses, 5 centigrammes de *créosote vraie* et 2 grammes d'huile de foie de morue.

Dose : 5 à 10 *petites capsules* et 2 à 4 *grosses capsules* matin et soir, ou avant le repas, suivant l'avis du médecin. — LA BOITE : 4 FRANCS.

VIN ET HUILES CRÉOSOTÉS. La Blle 5 fr.

## Granules antimonio-ferreux et

**antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.**

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, rue Montmartre.

## Épilepsie. Hystérie. Névroses

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

## Iode diastasé assimilable

du Dr V. BAUD.

Plus résolutif et plus dépurateur que l'*huile de foie de morue*, l'*Iode diastasé* en granules est indiqué contre la *scrofule, ulcères, tumeurs, maladies osseuses, etc.*

Paris, nos 22 et 19, rue Drouot.

Dr V. Baud

## Thermes de Dax

(LANDES)

Fondée par les docteurs Delmas et Larauza

Ouverts toute l'année.

*Méd. d'arg. avec dipl., Exp. Univ., Paris* 1878.

Résidence hivernale remarquable par l'uniformité de sa température intérieure (16° C) et son atmosphère minéralisée chaude et moite.

Unique en Europe *pour les malades de la poitrine, de la gorge, les arthritiques et les diabétiques, y séjournant.*

Eaux sulfatées, calciques, ferrugineuses, thermales. Boues végétales, minérales, chaudes. Eaux-mères des Salines de Dax, — appliquées avec succès contre :

Les *rhumatismes* simples, goutteux, noueux et leurs accidents consécutifs curables ; *affections utérines, des voies génito-urinaires, névralgies, névroses, paralysies, anémie, lymphatisme, scrofule.*

APPARTEMENTS ET INSTALLATION BALNÉAIRE TRÈS-CONFORTABLES.

## Bain de Pennès, stimulant,

RECONSTITUANT et SÉDATIF des plus efficaces, employé avec un grand succès depuis 1854 contre *l'anémie, l'engorgement lymphatique, les rhumatismes.* Remplace les **bains alcalins, ferrugineux**, surtout les **bains de mer**. — Le rouleau : 1 fr. 25 (exiger le timbre de l'Etat).

Gros : rue de Latran, 2, à Paris. — Détail : dans les pharmacies.

TRAITEMENT DES

## Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUIGHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et les Pharmaciens.

## L'Acide Phénique

à l'état naissant enlève le goût de poisson et facilite la digestion de l'huile DE MORUE PHÉNIQUEE, du Dr Déclat. . . . . . . 3 fr.

Glyco-phénique-sirops et injections s.-cutanées à l'acide phénique, phénate, sulfo et iodo-phénique, 6, avenue Victoria, Paris, Chassaing.

## Sirop et Pâte Lebeault

AUX FRUITS BÉCHIQUES

Les seuls pectoraux exempts de narcotiques.

COCA FIÉVET. Vin tonique, réparateur, fébrifuge et digestif.

Pharmacie LEBEAULT, FIÉVET successeur, 53, rue Réaumur, Paris, et pharmacies.

## Elixir Prothière

A LA CRÉOSOTE VÉGÉTALE PURE

contre la Phthisie. Accepté sans répugnance et bien supporté par les malades. (Tarare.)

N° 68. — SAMEDI 14 JUIN 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 14 JUIN 1879. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### La théorie des cellules-ferments dans la physiologie humaine.

Nous avons vu la pathologie envahie et changée de face par la théorie des ferments.

De toutes parts on fait effort pour classer dans de nouveaux cadres le plus grand nombre de maladies possible, en les rattachant à des organismes-ferments microscopiques venus du dehors : organismes aérobies, c'est-à-dire vivant par l'air ; organismes anaérobies, c'est-à-dire vivant sans air ; les uns et les autres pouvant produire des résultats tout aussi funestes, car, si dans le premier groupe figure le germe de la pustule maligne et du charbon, dans le second on fait rentrer celui de la septicémie.

Ainsi les ferments nous entourent et nous menacent de toutes parts, suivant les doctrines de ceux qui s'inspirent de M. Pasteur, soit en médecine, soit en chirurgie.

Au maître lui-même il était réservé d'appliquer à la vie normale, à la physiologie dans l'état de santé, ces théories, déjà triomphantes lorsqu'il s'agissait de maladies et de physiologie pathologique.

M. Pasteur a signalé à toute l'attention de ses collègues, dans la séance de mardi, à l'Académie de médecine, le chapitre de son dernier livre dans lequel il fait ce pas décisif.

En voici l'idée capitale, telle que nous l'avons comprise : L'homme, qui est au milieu de ferments étrangers, est composé lui-même de cellules-ferments, qui se comportent à la façon de cellules de levure de bière.

La levure de bière est anaérobie : elle fonctionne en dehors de l'air. Les cellules du corps humain sont également anaérobies.

Mais si l'oxygène n'intervient pas directement dans le fonctionnement des cellules de la levure et des autres ferments semblables, si même son intervention trop prolongée et à trop hautes doses aurait pour effet de troubler ce fonctionnement et la fermentation qui en résulte, en revanche, quand il intervient discrètement pendant un temps court, il est utile, en ce qu'il agit comme un excitant des cellules, lesquelles fonctionnent ensuite avec plus de vigueur.

C'est ce qu'on observe quand on soutire du moût de raisin.

La fermentation devient plus active et plus rapide, les cellules de ferment ayant reçu de l'air et *respiré*, pour ainsi dire.

Tel serait aussi le secret de la respiration de l'homme et des animaux supérieurs.

L'oxygène, introduit sans cesse dans le sang par les mouvements respiratoires, n'aurait pas à y jouer un rôle capital, celui d'un agent intervenant directement dans des combustions et des combinaisons chimiques.

Il irait seulement exciter les cellules, dont le corps humain est composé, de même que la levure de bière, et il les préparerait ainsi à un fonctionnement pour lequel elles devraient se passer de lui ; car elles seraient anaérobies, comme les ferments alcooliques.

Ainsi la seule différence entre ces ferments alcooliques et la trame du corps humain, relativement à l'oxygène, ce serait un moindre besoin d'excitation pour les cellules constitutives de ces ferments que pour celles de la trame humaine.

Les premières pourraient se passer de cette sorte de coups de fouet, sauf à de très-longs intervalles ; les dernières, au contraire, en exigeraient sans cesse, et c'est pourquoi la respiration ne saurait être interrompue sans qu'il en résultât des inconvénients graves.

Reproduisons textuellement un passage dans lequel M. Pasteur développe cette idée :

« Je suis très-porté à croire que, dans l'économie animale, l'oxygène n'agit pas seulement comme source d'oxygène qui s'absorbe et qui opère des combustions, mais qu'il donne aux cellules une activité, une jeunesse, si l'on peut se servir de cette expression, d'où elles tirent la faculté d'agir ensuite et aussitôt après, en dehors de l'influence de l'oxygène libre, à la manière des cellules-ferments.

« L'oxygène porté par les globules du sang n'irait donc pas opérer par tout le corps des combustions, mais donner seulement aux cellules des organes une excitation, un état de vigueur et de santé propre à les faire fonctionner comme des cellules anaérobies, c'est-à-dire vivant en dehors de toute participation du gaz oxygène libre et provoquant des phénomènes de fermentation. Sans cesse, dans le temps d'une inspiration et d'une expiration, l'oxygène communiquerait aux cellules l'activité dont il s'agit, suivie du fonctionnement de ces cellules comme cellules-ferments. Les com-

bustions directes seraient de peu d'importance, excepté peut-être dans l'état de croissance des individus, c'est-à-dire quand il y aurait multiplication de cellules.

« *La fermentation devient dans cet ordre d'idées un phénomène général, universel, propre à toutes les cellules vivantes*, mais qui revêt un état habituel particulier dans les cellules des ferments, uniquement par cette circonstance que ces cellules peuvent vivre plus longtemps que les cellules des autres êtres en dehors de l'intervention du gaz oxygène libre. Mais tous les êtres seraient le siège de phénomènes de fermentation d'une durée variable avec les conditions et la durée de la vie sans air, succédant à l'excitation donnée par le gaz oxygène. »

Ainsi le fonctionnement de toutes les cellules constitutives du corps humain, tous les phénomènes de la vie seraient, en dernière analyse, des phénomènes de la *vie sans air*.

L'air interviendrait comme un condiment intervient dans la nutrition, non comme un aliment réel, un réactif indispensable.

L'acide carbonique exhalé ne représenterait pas un dernier terme de son action dans l'organisme, une combustion achevée. Ce serait le produit d'un dédoublement tel qu'il s'en opère dans la fermentation alcoolique, alors que le sucre, digéré par les cellules du ferment, donne à la fois de cet acide carbonique et de l'alcool.

De même, la chaleur du corps humain ne résulterait en aucune façon d'oxydations, d'actions purement chimiques. Ce serait la chaleur des fermentations, celle du vin nouveau qui bouillonne, celle du fumier qui s'échauffe sous l'action des germes-cellules.

Déjà on avait depuis longtemps abandonné la première idée que l'on s'était faite après l'admirable découverte de Lavoisier. On ne croyait plus que les combustions dont on reconnaissait les deux termes dans l'air inspiré, puis expiré, s'opérassent dans les poumons mêmes. On savait que le sang, au lieu d'y acquérir de suite toute la chaleur à distribuer dans le corps entier, y éprouvait plutôt un refroidissement, résultant d'une évaporation rapide.

On admettait donc que l'oxygène, fixé sur les globules rouges et transporté avec eux dans la trame des tissus, y allait accomplir son rôle, opérant partout des combinaisons, des combustions, de la chaleur.

Mais voilà qu'aujourd'hui, suivant M. Pasteur, dans tous les cas où autrefois on aurait parlé de combustion, c'est fermentation qu'il faut dire.

« La plupart des phénomènes physiologiques, » continue-t-il plus loin, « devraient être revisés à la clarté des vues que je viens d'exposer. Dans les applications qu'on en peut faire, je suis frappé de la simplicité des explications qu'elles suggèrent. Elles rendent compte des faits les plus obscurs pour la théorie de la combustion directe.

« *a*. Un muscle en activité produit un volume d'acide carbonique supérieur au volume d'oxygène absorbé dans le même temps. La consommation d'oxygène n'est donc pas en rapport exact avec la production d'acide carbonique. Pour la théorie nouvelle, ce fait n'a rien que de naturel, puisque l'acide carbonique produit résulte d'actes de fermentation qui n'ont aucune relation nécessaire avec la quantité de gaz oxygène absorbée et fixée.

« *b*. On sait que, dans des gaz inertes, dans l'hydrogène, l'azote, l'acide carbonique, le muscle peut se contracter et qu'il produit alors de l'acide carbonique. Ce fait est une conséquence obligée de la prolongation de la vie des cellules dans leur état anaérobie, sous l'influence de l'excitation qu'elles ont reçue antérieurement du contact du gaz oxygène apporté par les globules du sang. Il est inexplicable dans les théories des combustions respiratoires.

« *c*. Les muscles ont, après la mort et dans l'asphyxie, une réaction acide. On le comprend aisément si des actes de décomposition et de fermentation s'accomplissent et se prolongent au-delà de la vie dans toutes les cellules fonctionnant comme cellules anaérobies.

« *d*. On asphyxie un animal, et l'on constate que, sur l'heure, sa température augmente, tandis qu'elle devrait diminuer aussitôt par la suppression des combustions, si la chaleur était la conséquence de ces combustions. Quoi de plus naturel que ce fait, au contraire, si l'on considère que le corps de l'animal asphyxié est livré, sans travail musculaire quelconque, à des phénomènes de fermentation qui dégagent de la chaleur ?

« *e*. La fièvre elle-même, dont l'explication est si difficile aujourd'hui, ne sera-t-elle pas envisagée dans l'avenir comme un des effets d'un trouble survenu dans le fonctionnement des cellules anaérobies du corps, d'où résulterait une exaltation des fermentations qu'elles provoquent? »

Je ne sais pas jusqu'à quel point la théorie des fermentations par les cellules anaérobies expliquerait mieux la fièvre, par exemple, que celles jusqu'ici admises.

Actuellement, avec la doctrine de l'équivalence des forces, on reconnaît plusieurs genres de causes qui peuvent élever la température. Ce sont : 1° les actions chimiques, entre autres les oxydations ; 2° les actions mécaniques, les mouvements violents ou rapides, entre autres la course, la gymnastique, etc. ; 3° les actions physiques, les changements de forme de la force proprement dite, en tant que fluide impondérable, en tant que lumière, électricité, fluide nerveux, etc.

La complexité des problèmes est ce qui en fait surtout la difficulté, car, ces sources de chaleur diverses pouvant être à la fois en cause, on ne sait souvent quelle part il convient de faire à chacune d'elles.

Mais il n'en serait pas autrement si l'on remplaçait les actions chimiques par des actions chimico-vitales, si l'on voyait des fermentations où l'on voit des oxydations.

Ce remplacement était prévu, du reste, dans l'évolution des idées de M. Pasteur.

Après être devenu illustre, et à bon droit, par ses admirables études sur le mécanisme des fermentations, après avoir montré d'une façon certaine qu'il fallait faire rentrer désormais dans les phénomènes vitaux, d'une vie inférieure, incomplète, mais incontestable, bien des réactions jusqu'alors considérées comme rentrant dans le domaine de la chimie pure, n'était-il pas tout naturel qu'il voulût élargir son cadre et, de tout côté allant jusqu'au bout, comprendre enfin dans les actions semi-vitales, semi-chimiques si admirablement mises en lumière par lui, jusqu'aux plus hautes manifestations de la vie pleine, supérieure, telles qu'on les observe dans les êtres les plus complets?

**Exostoses chez un adulte.**

L'étude des exostoses et des hypertrophies osseuses reçoit en ce moment un surcroît d'intérêt de la discussion à peine fermée à l'Académie de médecine sur les périostites ou os-

téomyélites épiphysaires de l'adolescence, discussion qui va sans doute se rouvrir bientôt à propos des nouvelles recherches entreprises par M. Colin sur les ostéites expérimentales chez les animaux.

Bien proches, en effet, des ostéites, et spécialement des ostéopériostites épiphysaires, sont ces exostoses qui, le plus souvent, surviennent également chez les adolescents, au voisinage des épiphyses, vers les mêmes sièges de prédilection, et qui très-fréquemment s'accompagnent, au début, d'un peu de douleur, de rougeur et de chaleur au point affecté.

Je parle des cas les plus fréquents, de ceux dans lesquels on ne trouve aucune diathèse, ni scrofuleuse ni syphilitique, pour expliquer le gonflement des os et l'irritation très-légère mais manifeste du périoste.

Ces cas sont connus depuis longtemps; les exostoses épiphysaires de l'adolescence ont été classiquement décrites, et elles sont généralement considérées comme un résultat de la croissance, comme représentant en quelque sorte les *nœuds de sève* d'un arbre qui grandit.

Mais il ne faut pas perdre de vue que des exostoses, très-analogues, tant par leur marche que par leur siège, peuvent également se produire quand la croissance est terminée, souvent même longtemps après.

Nous en avons donné un exemple dans notre dernière Revue clinique par une observation empruntée au service de M. Damaschino.

Je vais aujourd'hui rapporter un fait que j'observe depuis près de deux ans chez un jeune homme de ma clientèle, et qui présente avec le précédent de frappantes analogies.

Cette fois surtout, il n'est pas possible de supposer une diathèse scrofuleuse ou syphilitique.

Ce jeune homme est né en Savoie, dans le voisinage d'Aix-les-Bains, de parents qui vivent encore et sont très-robustes. Il n'a jamais eu d'indisposition pendant son enfance, jamais de ganglion gonflé, jamais un jour de maladie. Pour la première fois, vers quatorze ou quinze ans, il eut sa santé, toujours excellente jusqu'alors, troublée pendant quatre ou cinq jours par un érysipèle de la face. Le même accident se reproduisit à la même saison pendant les trois années suivantes, mais sans durer plus d'un ou deux jours. Depuis lors, il n'a jamais eu que quelques maux de dents, sauf ce qui touche les tumeurs dont nous allons avoir à parler, et encore, nous allons le voir, les premières se développent-elles sans causer aucune douleur.

Ses parents ont eu huit enfants, tous vivants, tous forts et bien portants. Jamais aucun d'eux n'a eu de glandes au cou, ni de maux d'yeux, ni de suppuration d'aucune sorte. Il ne se rappelle pas qu'aucun ait jamais été un seul jour sérieusement indisposé. Seulement le second frère et la sœur qui vient après sont sujets aux migraines, la sœur surtout; mais ce sont là des malaises tout à fait passagers, qui durent à peine quelques heures.

La grand'mère paternelle est morte de vieillesse à l'âge de quatre-vingt-dix ans. Trois jours avant sa mort, elle avait pu encore faire près de quatre heures de marche sans paraître trop fatiguée.

Les oncles et les tantes étaient également et sont des types d'excellente santé, sauf une tante maternelle âgée de trente-neuf ans, et qui, depuis l'année dernière, est atteinte de nodosités des os, des doigts et des orteils, sans que ce rhumatisme noueux l'ait jusqu'ici rendue impotente.

A quel moment peut bien remonter la première manifestation de l'affection dont est atteint ce jeune homme? il ne saurait le dire au juste.

Ce dont il s'est d'abord aperçu, c'est d'une grosseur sur la septième côte, grosseur tout à fait indolente siégeant à peu près sur le point d'union de l'os avec le cartilage. Il avait alors environ seize ans. Il approche maintenant de sa vingt-cinquième année. Sur la sixième et sur la huitième côte se développèrent au même niveau des tumeurs semblables, mais moins saillantes. Celle de la septième côte, par sa forme, aurait donné l'idée d'une ancienne fracture consolidée à angle obtus.

La croissance de ce jeune homme paraissait terminée avant qu'il eut atteint l'âge de vingt ans, et jusqu'alors les tumeurs costales que nous venons de mentionner étaient les seules qu'il eût vues paraître.

Il vivait au grand air, s'occupait beaucoup de botanique, faisait souvent de longues courses dans les montagnes, et était vraiment infatigable, car il lui est arrivé un jour de marcher vingt-deux heures de suite, et le surlendemain il n'y paraissait plus : il était aussi reposé que s'il n'eût pas marché l'avant-veille.

Serait-il donc vrai de dire qu'il y eût eu surmenage, quand la fatigue se faisait si peu sentir?

Je sais qu'on a voulu faire jouer au surmenage un très-grand rôle dans la genèse des périostites et des ostéites phlegmoneuses de l'adolescence.

Mais d'abord, dans le cas qui nous occupe, il ne s'agissait pas de ces accidents aigus que puisse provoquer le surmenage, et d'ailleurs toute la période de la maladie qui a concordé avec cet exercice violent et le séjour à la campagne, a été plutôt d'allures bénignes, sans aucune sensation douloureuse et sans trouble d'aucune fonction.

Cette période, pendant laquelle il s'était déjà développé un certain nombre d'exostoses, a duré jusqu'il y a deux ans.

Vers l'âge de vingt ans, une exostose, qui fait une saillie de plus de deux centimètres, avait paru au côté externe du fémur gauche vers la ligne d'union de la diaphyse avec l'épiphyse, puis d'autres sur les deux tibias, vers leur face externe, et sur les péronés non loin de la tête de l'os. Du côté gauche ces exostoses se multiplièrent principalement vers le côté externe de la jambe sur le péroné et sur le tibia, et ce dernier os, hypertrophié d'une manière diffuse par le développement de ces petites tumeurs, qui en sont venues à se confondre, s'est incurvé sur sa face interne.

Jusqu'à l'arrivée à Paris de ce jeune homme, il n'avait jamais éprouvé de gêne dans la marche, de douleurs, soit osseuses, soit musculaires.

Seulement, depuis trois ans déjà il se plaignait de se sentir les pieds froids; cette sensation ne le quittait pas même alors que sous l'influence du mouvement il était en pleine transpiration. En sueur ou non, ses pieds ne se réchauffaient jamais, à ce qu'il lui semblait.

Une fois arrivé à Paris, faisant un jour une promenade qui n'était rien à côté de celles auxquelles il était accoutumé, il ressentit subitement dans le mollet gauche une douleur si vive que ce fut à peine s'il put arriver où il allait. Cette douleur se reproduisit les jours suivants toutes les fois que le malade voulait faire quelques pas. Elle se calmait par le repos et devenait alors très-supportable. D'autres douleurs, plus permanentes, mais moins aiguës, se firent sentir sur l'extrémité inférieure du tibia gauche, puis du péroné du même côté, puis des mêmes os du côté droit, etc. Chaque fois elles précédaient de quelques jours l'apparition

de nouvelles exostoses au point où elles se faisaient sentir.

Dans cette nouvelle phase de la maladie, c'est une règle : partout où s'est montrée une exostose, à l'extrémité supérieure de l'humérus droit, vers l'extrémité inférieure de l'un et l'autre radius, sur les os du carpe, sur la deuxième côte du côté droit en dessous de l'articulation scapulo-claviculaire, sur la corne droite de l'os hyoïde, etc., on a pu prévoir le gonflement osseux qui allait se produire à cause de la douleur parfois très-vive qu'accusait le malade. Depuis quelques mois, la douleur du mollet gauche s'est un peu calmée, mais en s'étendant à la cuisse et même plus haut, jusque vers le bas de la région dorsale de la moelle épinière.

Actuellement cette douleur, qui a revêtu tout à fait une forme névralgique, a pour principaux foyers : en arrière, la fesse, au niveau du point d'émergence du nerf sciatique, et en avant, le point d'émergence du nerf crural. Quand on touche ce dernier point, il semble au malade qu'une sorte d'ondulation pénible partant de là remonte vers le dos jusqu'au niveau des fausses côtes. Loin d'être exaspérée par la marche, comme celle du mollet, cette douleur actuelle de la cuisse en devient moins vive, mais certaines fausses positions la font reparaître. Quand elle s'apaise, le malade ressent des ondulations, des frémissements semblables à ceux qu'on peut provoquer par une pression en-dessous de l'arcade crurale.

L'appétit est toujours excellent, les digestions se font bien ; la santé générale reste parfaite, dans cette phase de la maladie comme dans la précédente.

Il n'y a de plus que les douleurs, douleurs de trois sortes, les unes périostales ou osseuses, alors que vont paraître de nouvelles exostoses ; d'autres musculaires, celles du mollet qui tenaient peut-être à la présence de quelque exostose profonde, irritant les muscles par leur contact, alors qu'ils entraient en action ; d'autres nerveuses, qui doivent tenir elles-mêmes à une irritation causée par des exostoses développées sur le trajet du nerf crural et sur le trajet du nerf sciatique. Cette hypothèse est d'autant plus probable qu'on sent à la région du cou, sur les côtes, des saillies osseuses qui doivent être des exostoses vertébrales.

A un autre jour l'observation d'une troisième malade, que nous comparerons aux deux cas précédents.

Dr Victor Revillout.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Chancre oculaire, siégeant dans le repli semi-lunaire de la conjonctive, par M. Boucheron.** — Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, qui a présenté la rougeur d'une conjonctivite assez intense, l'injection périkératique de l'iritis, l'hypertrophie du repli semi-lunaire comme dans certains cas de granulations, et les manifestations symptomatiques d'un corps étranger enfoncé dans l'angle interne de l'œil. Mais un examen plus attentif permit de reconnaître une petite rainure ulcérée à bords grisâtres, sur le repli semi-lunaire ; on constata, en outre, une chaîne ganglionnaire indolente, débutant par le ganglion préauriculaire et se terminant au-dessous et en arrière de la mâchoire inférieure, sur la région latérale du cou, par une réunion de trois ou quatre ganglions, saillants sous la peau, de la grosseur d'une olive ou d'une cerise.

Or, cette affection monoculaire datant de quinze jours n'était pas causée par la présence d'un corps étranger, que l'exploration aurait révélée.

Ce n'était pas une iritis, malgré la rougeur périkératique, car il n'y avait ni douleurs oculaire et périorbitaire, ni photophobie, ni synéchies ; la pupille était libre et mobile.

Ce n'était pas une conjonctivite lacrymale, malgré le larmoiement, car les voies lacrymales étaient libres ; ni une conjonctivite catarrhale, car il n'y avait pas de sensation de graviers, pas de sécrétion muco-purulente, pas de gêne de la vision à la lumière. Il n'y avait pas de granulations conjonctivales. Un néoplasme ne se serait pas développé si rapidement, et n'aurait pas si vite retenti sur les ganglions. Le diagnostic ne pouvait être que celui d'un chancre infectant du repli semi-lunaire de la conjonctive, ayant provoqué l'adénopathie indolente, préauriculaire et sous-maxillaire concomitante.

L'examen des organes génitaux a démontré l'absence de toute ulcération suspecte et même la conservation de l'hymen.

Cependant le diagnostic fut confirmé par l'apparition d'une éruption confluente de taches de roséole. L'inoculation paraît avoir été produite par un baiser sur l'œil.

On a déjà observé plusieurs cas analogues ; entre autres celui d'un professeur de la Faculté de Paris, mort récemment, qui avait été inoculé au grand angle de l'œil, sur le repli semi-lunaire également : quelque temps après, cette syphilis tardive se manifesta par l'iritis, la choroïdite, etc. Citons encore celui d'un avocat, porteur d'un chancre induré du grand angle de l'œil : il se rappela qu'étant couché avec une femme, et après certains attouchements, il fut pris d'une certaine démangeaison à l'œil où il porta la main et il le frotta pendant un temps assez long.

Les modes de contagion sont ordinairement le jet de salive imprégné de pus contagieux, ou le contact du doigt maculé de pus virulent, ou enfin le baiser sur l'œil par une personne atteinte de plaques muqueuses buccales.

« C'est, a dit Ricord, un accident qui ne *saute* que rarement aux yeux ; et ce n'est pas, dans tous les cas, celui qui rend le plus ordinairement l'*Amour aveugle.* » (*Un. méd.*)

**Trois opérations de laparotomie pratiquées, dans l'espace de trois ans, sur la même patiente.** — Le docteur Baumgartner raconte (*Berl. Klin. Wochens.*) l'observation, probablement unique dans la science, dont voici le résumé :

La première opération est une ovariotomie pratiquée à la fin de septembre 1875. La malade, âgée alors de trente-trois ans, était atteinte d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Le pédicule long et mobile fut fixé dans l'angle inférieur de la plaie, qui se cicatrisa rapidement.

En décembre 1876, à l'occasion d'un effort, la malade éprouve une douleur intense à la partie inférieure de la cicatrice ; malgré tous les traitements, les souffrances deviennent de plus en plus intenses. L'examen le plus attentif ne permet de leur reconnaître d'autre cause que la tension excessive du pédicule serré dans la cicatrice, et uni à la vessie par des adhérences très-intimes. Au mois de mars 1877, sur la demande de la malade, l'auteur se décide à ouvrir le ventre et à dégager le pédicule. La seconde plaie guérit rapidement et sans complication.

En janvier 1878, la malade recommence à souffrir dans la région de l'ovaire qui s'enflamme ainsi que la trompe de Fallope, et ne tarde pas à plonger la malade dans un état des plus graves. Au mois d'août de la même année, l'auteur pratique la castration avec succès, profitant de l'occasion pour exciser la cicatrice des opérations précédentes qui s'était laissée distendre, et formait une hernie ventrale inquiétante pour l'avenir. Cette fois encore, l'opérée se remit promptement. (*Ann. méd. du Calv.*)

**Traitement des douleurs musculaires violentes par la faradisation.** — Le docteur Parmentier insiste sur l'emploi des courants d'induction pour le traitement des douleurs musculaires survenant à la suite de fatigues répétées et de surmènement. Il en a fait avec succès l'expérience sur lui-même, après avoir employé en vain les préparations narcotiques même à doses élevées. (*Rev. de thér.*)

**De quelques indications nouvelles d'extirpation de la glande lacrymale,** par M. Abadie. — Lorsque le larmoiement est dû à une imperfection de l'appareil excréteur, on arrive généralement à le guérir par les sondes de Bowmann. Mais il est des cas où les sondes du plus gros calibre (nº 6) peuvent facilement être introduites, sans que le larmoiement ait le moins du monde diminué; il est alors permis de penser que le larmoiement est dû à un état pathologique de l'organe sécréteur lui-même. L'hypersécrétion des larmes peut être l'effet d'une irritation conjonctivale quelconque, d'une simple émotion morale. Mais il est un certain nombre d'affections chroniques de la conjonctive ou de la cornée qui sont entretenues par une hypersécrétion des larmes. Que de granulations, par exemple, se développent à la surface de la conjonctive et provoquent une hypersécrétion réflexe de la glande lacrymale! Que cet acte réflexe, à force de se reproduire, finisse par déterminer une suractivité constante de la glande, aussitôt un cercle vicieux s'établit pour ainsi dire: la muqueuse enflammée irrite la glande; celle-ci réagit en sécrétant incessamment des larmes qui, à leur tour, irritent la muqueuse, et l'on voit échouer alors tous les moyens qui réussissent d'ordinaire.

C'est dans ces cas, avec un diagnostic certain de non-rétrécissement du canal nasal, que l'on ne peut plus compter que sur l'ablation de la glande lacrymale. Plusieurs observations confirment complètement l'efficacité de cette méthode thérapeutique. (*Gaz. hebd.*)

**Nouvelle méthode extemporanée pour appliquer les ventouses.** — *Il Morgagni* publie un moyen de se procurer en tout temps et en tous lieux une ventouse gigantesque, puissante comme l'appareil de Junod, et présentant moins de dangers que celle-ci. Ce moyen n'est pas autre chose qu'*un simple morceau de papier imprégné d'eau tiède,* et dont les dimensions seront celles de l'ouverture du verre à ventouses. L'humidité du papier préserve la peau de la chaleur, et empêche, par l'évaporation aqueuse qui se produit, que le vide ne dépasse ce qui est nécessaire.

Avant d'introduire pour la seconde fois le papier enflammé dans la ventouse, on aura soin d'en rafraîchir les bords en les trempant dans l'eau.

En se servant d'une demi-douzaine de récipients quelconques (verres à boire, pots de confitures, soupières, etc.), présentant 10 à 15 centimètres d'ouverture et de profondeur, et en renouvelant le vide pendant deux à trois minutes, on obtient en moins d'un quart d'heure des effets prodigieux d'hémostase et de révulsion.

On peut également scarifier la peau au préalable, et avoir une émission sanguine plus ou moins abondante. (*Rev. méd. fr. et étr.*)

**Cysticerque de l'œil et du cerveau** (Josef Pollak). — M... (J.), âgé de huit ans, fils d'un menuisier, avait été traité un an auparavant pour diverses ulcérations scrofuleuses qui aboutirent à la guérison. L'enfant n'avait point été revu depuis ce moment. Au mois d'avril 1877, l'auteur fut appelé de nouveau près de lui à cause d'une céphalalgie extrême arrachant des cris continuels au petit malade. Il était amaigri, mais le pouls et la température étaient normaux, et l'on ne trouvait rien dans les organes thoraciques ou abdominaux.

D'après le récit de la mère, il y aurait souvent de l'incontinence de l'urine ou des matières fécales. Applications de glace sur la tête et plus tard sangsues.

14 mai. — Affaissement, fièvre, sueur sur la face et la poitrine. Dilatation des pupilles, incontinence d'urine et des matières fécales; paroi abdominale tendue, se plaint de vives douleurs de tête. Il a eu de la contracture.

16 mai. — Rémission complète. Appétit, plus de trace de céphalalgie.

18 mai. — Réapparition des symptômes d'hydrocéphalie le soir à six heures, coma. Mort à neuf heures.

L'auteur, se fondant sur la succession irrégulière des périodes d'excitation hydrocéphalique et d'apyrexie, songea à un néoplasme intra-crânien, à une tumeur parasitaire. Il regarda la seconde hypothèse comme la plus plausible à cause de la dilatation persistante des pupilles et de la présence d'helminthes chez ce malade. Le 18, lorsque le malade était dans le coma, la pupille fut examinée avec soin; elle était tantôt sombre, tantôt claire; on eût dit qu'un corps jaunâtre s'élevait dans son champ et disparaissait pour bientôt reparaître. Ce symptôme devint encore plus évident lorsque l'on eût placé le malade bien au jour près d'une fenêtre. On eût dit qu'un être animé se mettait en mouvement dans ce corps vitré. L'auteur croit qu'il s'agissait d'un cysticerque oculaire; les phénomènes cérébraux résultaient de l'irritation produite par sa présence. L'autopsie ne fut pas permise. (*Wien. med. Presse.*)

**Action du fer, de l'huile de foie de morue et de l'arsenic sur la quantité des globules du sang** (Elbridge, G. Cutler et Eward, H. Bradford). — Les auteurs ont fait une piqûre au doigt et compté les globules du sang ainsi obtenu d'après les méthodes d'Hayem et de Malassez. Outre ces trois médicaments, les personnes en expériences ne prenaient rien qui pût donner de l'incertitude aux résultats obtenus. Voici ce que l'on a constaté:

1º Chez les individus sains, le fer n'augmente nullement le nombre des globules rouges; chez les anémiques, au contraire, ils deviennent beaucoup plus nombreux sous l'influence de cet agent.

2º Chez les personnes bien portantes, l'usage de l'huile de foie de morue augmente la quantité des globules rouges et un peu celle des globules blancs. Elle est indiquée dans la pneumonie chronique, dans les affections à marche rapide accompagnées d'anorexie; elle seule est insuffisante pour empêcher l'anémie secondaire.

3º L'arséniate de soude diminue le nombre des globules rouges et des globules blancs chez les individus en bonne santé. Dans l'anémie simple, le même médicament produit une augmentation suivie bientôt d'une diminution. On a vu les blancs diminuer notablement chez un leucémique. Au début, la proportion des uns aux autres était de 1 à 2,85. Après avoir employé pendant dix semaines la liqueur arsenico-sodique, à dose de trente gouttes d'abord, puis de soixante gouttes, la proportion devint de 1 à 38 et sept semaines plus tard de 1 à 211. (*American journal of med. sc.*)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 juin 1879. — Présidence de M. Tarnier.

**M. le Président,** vu la nomination de M. Houel au titre de membre honoraire, déclare vacante une place de membre titulaire. Les candidats devront adresser ou renouveler leur demande par lettre; dans un mois la Société nommera une commission chargée d'examiner leurs titres.

### RAPPORTS

**Traitement de l'inversion totale de l'utérus par la ligature élastique.** — **M. Guéniot** lit un rapport sur un travail de M. Hue (de Rouen) qui a adressé à la Société une observation d'inversion totale ancienne de l'utérus, traitée par la ligature élastique. L'auteur a fait précéder son observation de considérations préliminaires sur la question. On n'est pas d'accord sur ce qu'il faut appeler inversion « complète ». D'après M. Courty, ce serait celle où le col prend une certaine part à l'inversion, le museau de tanche restant en place. La plupart des observations d'inversion complète ne sont pas des observations d'inversions totales : le col n'était pas inversé en totalité. M. Hue pense que son observation se rapporte à un cas d'inversion « totale »; le renversement aurait été absolu, tel que l'orifice externe du col utérin regarde en haut, du côté du diaphragme, et non plus vers le vagin, comme à l'état ordinaire. Il n'y a dans la science qu'une observation d'inversion totale, chez une malade amenée à la Charité dans le service de Boyer (1828), et encore elle n'était pas absolument totale. Je ne crois pas qu'il en existe un cas véritablement authentique.

Le traitement le meilleur est, d'après M. Hue, la section de l'utérus, faite au moyen de la ligature élastique. C'est celui qu'il a employé chez sa malade. Voici le résumé de cette observation :

Il s'agit d'une femme qui, après six grossesses normales, était arrivée à un septième accouchement qui fut laborieux et difficile, bien que terminé spontanément en vingt et une heures. A la suite de l'expulsion du fœtus, l'utérus étant resté dans l'atonie, une hémorrhagie se déclara, et le médecin tira un peu sur le cordon pour amener le placenta. Le placenta vint, mais amenant au dehors le fond de la matrice dont le médecin le détacha, fragments par fragments. Une hémorrhagie épouvantable survint, et il ne put faire rentrer l'utérus plus haut que dans le vagin. (C'est, en effet, ce qui arrive ordinairement aux accoucheurs dans les cas analogues; ainsi, je fus appelé une fois par les internes de la Charité, qui avaient réduit la matrice, mais elle était restée dans le vagin. Je déprimai le fond de l'utérus avec les doigts réunis en cône, et je repoussai le fond jusqu'à l'orifice du museau de tanche, qu'il franchit : dès lors l'utérus se réduisit, se détendant spontanément, un peu comme un chapeau mécanique.)

Les hémorrhagies ayant persisté pendant dix jours, M. Hue fut appelé avec un de ses collègues et constata l'inversion de l'utérus. Les culs-de-sac vaginaux étaient très-remontés. Nos confrères pensèrent que l'inversion était totale, parce que, dit M. Hue, en cherchant à rapprocher les doigts enfoncés dans les culs-de-sac, on ne les trouva séparés que par une faible épaisseur de tissus, dans dans laquelle ne pouvaient être compris le col et la matrice inversée. La malade étant dans un état d'anémie profonde, on ne put la chloroformiser, et l'on se contenta de lui faire une injection hypodermique de morphine pour atténuer les douleurs, car la tumeur était très-sensible. La réduction fut tentée, d'abord simplement, en cherchant à faire rentrer la première la partie sortie la dernière. Il existe d'autres moyens de réduction : 1° refouler le fond de l'utérus avec un morceau de bois en forme de pilon; 2° réduire d'abord une des cornes de l'utérus; 3° introduire deux doigts dans le rectum pour accrocher le col utérin et le maintenir en place pendant qu'on refoule la masse utérine (Courty); 4° employer une coiffe en caoutchouc: M. Hue tenta ce moyen, mais la coiffe de caoutchouc creva, et il fallut songer à d'autres procédés; 5° le ballon, analogue au pessaire Gariel; il ne fut pas supporté quarante-huit heures par la malade. Les hémorrhagies continuèrent pendant quatre mois. Il fut décidé de faire de nouvelles tentatives après ce délai. Tout ayant échoué, M. Hue résolut de faire l'ablation de de l'utérus dix jours après la période menstruelle. Il chargea sur des pinces un anneau de caoutchouc et le glissa sur la base de la tumeur. Il ne nous dit pas la grosseur de cette ligature élastique. Il serait bon, en général, que l'on précisât toujours ce détail, car les résultats obtenus dans ce procédé de ligature ont été très-variables; cela peut tenir déjà à ce que l'on s'est servi de fils de grosseur différente. Il serait bien simple, par exemple, de classer les tubes de caoutchouc comme on numérote les bougies d'après la filière Charrière.

Pendant quinze heures, une hémorrhagie très-abondante persista : M. Hue fut étonné que la malade pût encore supporter une telle perte sans succomber. Il fit le tamponnement. Quinze jours après, la tumeur se décortiqua; les parties superficielles, musculaires dans le cas présent, se détachèrent par lambeaux, tandis que la portion sous-péritonéale résista. Une nouvelle ligature fut appliquée, et la tumeur tomba complètement le quarantième jour.

Bien que M. Hue crût que l'utérus était complètement excisé, il ajoute qu'en explorant la région, il sentit le museau de tanche parfaitement conformé comme si le col était normal. Je ne puis croire que cette portion se soit réduite spontanément, et je pense qu'ici encore il ne s'agissait pas d'une véritable inversion totale, mais l'observation de M. Hue n'en conserve pas moins un intérêt considérable.

**M. DESPRÈS.** Je rappellerai à cette occasion l'observation d'une femme amenée jadis dans le service de Nélaton, atteinte d'un renversement complet de l'utérus. M. Depaul fut appelé par son collègue et tenta la réduction avec le pilon de bois : la malade poussa des cris violents pendant tout ce temps et succomba douze heures après l'opération. Le bâton avait perforé l'utérus. Je demanderai aussi si le pessaire est véritablement utile dans ces cas? Il retient dans le fond du vagin une quantité de produits septiques qui peuvent être nuisibles dans l'état puerpéral.

**M. FORGET.** Y a-t-il eu des hémorrhagies dans les autres faits où la ligature élastique a été employée pour cette opération? Dans ce cas, ne serait-il pas préférable de revenir au procédé de l'écraseur linéaire ou du serre-nœuds, qui étreint *illico* le pédicule et amène une mortification immédiate de la tumeur? J'apporterai, à la prochaine séance, le dessin fait par Gratiolet, dans le service de Lisfranc, d'une pièce anatomique que nous y avions recueillie et qui me paraît provenir d'un renversement total.

**M. TILLAUX.** Il faut bien distinguer entre l'action du serre-nœuds avec lequel on coupe séance tenante le pédicule, et celle de l'écraseur ou des ligatures qui ont une action prolongée et progressive. Je pense qu'il ne serait pas prudent de sectionner par le premier procédé des vaisseaux aussi volumineux que ceux de l'utérus.

**M. GUÉNIOT.** L'écraseur est un bon procédé, mais je crois la ligature élastique préférable; il faudra, ultérieurement, déterminer la grosseur du tube en caoutchouc. Je ne puis dire combien de fois l'hémorrhagie a été observée dans les ligatures élastiques : mais il ne s'agit pas seulement de cet accident. Il y a d'autres dangers à redouter, notamment la péritonite, dans l'emploi du serre-nœuds, parce que l'on intéresse le péritoine, et que ce traumatisme rapide n'assure pas du tout que le canal péritonéal restera oblitéré aussi bien qu'après la ligature progressive. Le ballon de caoutchouc ne produit pas les dangers que suppose M. Desprès, parce qu'on peut l'enlever pour faire les lavages et injections autant qu'il est nécessaire.

**M. TARNIER** demande si la pièce anatomique a été examinée, et si l'on a mesuré avec l'hystéromètre la profondeur de la cavité qui restait après l'opération, pour bien s'assurer de l'ablation de l'utérus.

**M. GUÉNIOT.** L'examen anatomique n'a pas été fait directement; la tumeur s'est sphacélée, décortiquée, etc. Mais les détails de l'observation ne laissent pas de doute sur le diagnostic; un lambeau mortifié, tombé le dix-neuvième jour, a même été reconnu appartenir à une corne de l'utérus avec les insertions de la trompe. Après l'opération, la malade n'a plus revu d'écoulement mensuel. L'hystérométrie n'a pas été pratiquée, parce que M. Hue craignit de produire une perforation.

**Résection sous-périostée de l'omoplate et de la tête de l'humérus. — M. NICAISE** lit un rapport sur une observation de résection faite par M. Brigham (de San Francisco). Le malade a été présenté depuis à la Société de chirurgie. Il était atteint de carie et portait quatorze fistules au moment où il fut opéré (23 octobre 1877). L'humérus fut réséqué au niveau du col chirurgical; l'omoplate fut enlevée après dissection des muscles. Les suites furent simples; plusieurs petits séquestres furent encore éliminés. La tête de l'humérus était toute cariée; l'omoplate nécrosée, l'épine détruite, la partie inférieure effilée, la cavité glénoïde détruite.

Le malade a recouvré l'usage de certains mouvements : abduction limitée, en avant les mouvements sont plus étendus qu'en arrière. La rotation en dehors est presque nulle. Les mouvements les plus faciles sont les mouvements en avant et en dedans.

Il n'y a pas eu reproduction osseuse régulière; en haut de la région scapulaire on sent une masse osseuse; ailleurs, il n'y a qu'un épaississement fibreux et résistant, formé par la réunion des tendons, des muscles qui ont été ruginés au niveau même de leur insertion.

### PRÉSENTATION DE MALADE

**Régénération d'un tibia. — M. DUPLAY** présente un jeune homme de vingt ans, auquel, il a y quatre ans et demi, il a enlevé la plus grande partie du tibia, à la suite d'une périostite phlegmoneuse diffuse. La diaphyse a été enlevée. Lorsque l'os fut présenté

à la Société, M. Panas, entre autres, exprima quelques craintes sur la reproduction future de l'os, parce que la partie épiphysaire inférieure avait été enlevée. L'épiphyse supérieure avait pu être mieux respectée. La régénération s'est faite cependant d'une façon très-satisfaisante. Le membre n'a qu'un centimètre et demi de moins que celui de l'autre côté. Le malade marche sans boiter et sans se fatiguer.

La séance est levée à cinq heures.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de Médecine de Paris vient d'arrêter comme il suit la liste de présentation pour la chaire de thérapeutique, vacante par suite du décès de M. Gubler :

En première ligne, M. Hayem ;

En deuxième ligne, M. Constantin Paul ;

En troisième ligne, M. Damaschino.

— *Faculté de Médecine de Paris.* — 1° *Inscriptions.* — Le registre des inscriptions sera ouvert le lundi 30 juin et sera clos le jeudi 17 juillet, terme de rigueur. Passé ce délai, nulle inscription ne sera reçue sans une autorisation rectorale ou ministérielle, qui ne peut être accordée que pour des motifs graves.

Les élèves qui ont trois ou sept inscriptions prendront la quatrième ou la huitième inscription du 30 juin au 5 juillet.

Les élèves qui ont onze inscriptions prendront la douzième du 7 au 17 juillet.

Les élèves qui ont plus de douze inscriptions prendront l'inscription du trimestre du 10 au 17 juillet.

Les inscriptions seront reçues à leur date les lundis, mardis, mercredis et jeudis de 9 heures à 11 heures du matin, et de 1 heure à 4 heures du soir.

2° *Examens de fin d'année.* — Les étudiants qui ont opté pour le nouveau régime d'examens, ne subissent pas les examens de fin d'année.

Les étudiants qui n'ont pas opté pour le nouveau régime d'examens subiront les examens de fin d'année dans les conditions ordinaires.

Les examens de fin d'année commenceront le mardi 1er juillet.

MM. les étudiants actuellement pourvus de 4, 8, 12 inscriptions, et qui n'ont pas subi les examens de fin d'année réglementaires, ou qui ont échoué à ces examens, devront consigner, pour ces examens, pendant le mois de juin (les vendredis et samedis, de une heure à quatre heures).

Les élèves qui ont trois ou sept inscriptions et qui n'ont pas opté pour le nouveau régime d'examens, devront consigner pour le 1er ou le 2e examen de fin d'année du 30 juin au 5 juillet.

Les élèves qui ont onze inscriptions et qui n'ont pas opté pour le nouveau régime, devront consigner pour le troisième examen de fin d'année du 7 au 17 juillet.

Le doyen rappelle aux étudiants de première, deuxième et troisième année qu'ils sont obligés de subir les examens de fin d'année à la session de juillet et que la session du mois de novembre n'est réservée qu'aux étudiants qui ont échoué au mois de juillet, et aux étudiants qui accomplissent leur année de volontariat.

Le doyen rappelle également que le stage est obligatoire pour la prise de la neuvième inscription (doctorat) ou de la cinquième inscription (officiat).

MM. les étudiants peuvent accomplir ce stage à partir du 1er juillet. A cet effet, ils devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration générale de l'Assistance publique (3, avenue Victoria).

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 15 juin, dans la forêt de Fontainebleau. On se réunira à la gare de Lyon, pour prendre le train à sept heures trente minutes.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8342.

**Sirop de digitale de Labélonye**

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre: *Maladies du cœur*, diverses *Hydropysies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Le SIROP DE LABÉLONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

---

**Maltine Gerbay,**

*Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées*

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

*Dépôt dans toutes les pharmacies.*

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

---

**Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de médecine de Paris**

*N. B.* L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

*Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

---

**Solution-Aubin**

AU PHOSPHATE FERRIQUE ARSÉNIÉ.

Médication névrosthénique et reconstituante par l'emploi simultané du phosphore, du fer et de l'arsenic combinés à doses thérapeutiques équivalentes, contre : *anémies*, *chloroses*, *névroses*, *chorée*, *dyspepsie*, *scrofule*, *rachitisme*, *tuberculose*, *cachexies paludéennes*, *maladies de la peau*, *cachexies des maladies chroniques*, *atonie* sous toutes ses formes. Vente dans les principales pharmacies de France. — Dépôt à Paris : Pharmacie centrale, rue de Jouy, 7, et chez E. Fournier et Cie, rue de Londres, 15 ; Détail : rue d'Anjou Saint-Honoré, 56. — En gros : chez J. Aubin, traverse du Chapitre, à Marseille, 13.

---

Phie GUIBOURT, MAYET sr, 9, rue St-Marc.

**Vin, Huile et Sirop créosotés**

CAPSULES d'huile de f. de morue créosotée à 0,04

CAPSULES d'huile de faînes créosotée à 0,10.

M. MAYET s'étant occupé le premier, avec MM. les Drs Bouchard et Gimbert, de l'emploi en thérapeutique de la créosote de goudron de bois, ces médicaments sont exactement préparés suivant les indications de ces savants praticiens.

---

**Capsules Gardy D'HUILE DE Gabian**

(*Medecinal-naphta*)

contre *Maladies des voies respiratoires*, *Bronchite chronique*, *Asthme*, *Bronchorrhée*, *Toux*, *Rhume*, *Catarrhe pulmonaire*.

Dépôt général : Pharmacie, 45, rue Caumartin, Paris. (Dans toutes les pharmacies.).

Prix du flacon, avec notice : 3 francs.

---

**Vin Mariani à la Coca du Pérou**

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

---

**Rhumatismes. Guérison par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.**

RENAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

---

PHTHISIE PULMONAIRE, BRONCHITES, CATARRHES, etc.

**Vin et Huile de foie de Morue**

**CRÉOSOTÉS** du Dr G. FOURNIER, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, contenant chacun 0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe. (*Exiger sa signature.*)

**Capsules d'Huile créosotée à 0,05.**

Préparations créosotées SEULES récompensées à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, et 10, rue de l'Arcade (Paris).

---

VIANDE ET QUINA.

**Vin Aroud au quina**

*et aux principes solubles de la* VIANDE.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

---

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

**Eaux-Bonnes** (*Basses-Pyrénées*)

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches ; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

---

**Poudre anti-asthmatique**

du docteur LEFEBVRE.

Vingt-cinq années d'expérimentation sur lui-même de toutes les vapeurs médicamenteuses (cigarettes, papiers et poudres anti-asthmatiques) permettent au docteur Lefebvre d'affirmer la supériorité et l'infaillibilité de cette préparation. Les vapeurs dégagées par sa combustion calment à l'instant même le spasme dyspnéique, éloignent les crises et amènent la guérison. Un brûloir portatif inventé par ce docteur assure au malade le moyen de combattre tout accès d'oppression qui le surprendrait hors de chez lui.

Dépôt : Phie CHIRON, 19, boulev. Magenta, Paris.

---

**Fer dialysé Bravais**

*pharmacien-chimiste à Paris*

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption ; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris 1875. Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabr. et la signature ci-contre

Raoul Bravais

---

RÉCOMPENSE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE 1878.

**Pilules et poudre de fer Coquet**

Ce ferrugineux nouveau, combinaison du fer pur et du sucre pur, est bien toléré ; il ne constipe pas, n'altère pas les dents. Maladies *adynamiques*, rebelles et chroniques. (Rapport du Dr CABROL, *Union médicale*, 26 fév. 1878.) — GROS : Pharmacie centrale, 7, rue de Jouy. Paris.

---

**Épilepsie. Hystérie. Névroses**

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

---

**Élixir CHLORHYDRO-PEPSIQUE Grez**

Nouvelle préparation TONI-DIGESTIVE, d'un goût agréable, basée sur les dernières découvertes de la physiologie, contenant les principes actifs des amers (QUINAS-COCA) associés aux ferments digestifs, PEPSINE CHLORHYDRIQUE et PANCRÉATINE. Employée avec succès contre *dyspepsies*, *anémies*, et dans les *convalescences*, à la dose de 1 à 2 cuillerées à bouche aux repas. — Gros : LAYAT, r. Rambuteau, 26. Détail : phar.

---

**Eau FERRUGINEUSE ACIDULE, GAZEUSE d'Orezza**

(CORSE).

THÉRAPEUTIQUE

*Faculté de médecine. — Cours de M. Gubler.*

Les Eaux minérales de France... « Pourquoi « allons-nous chercher à l'étranger les Eaux ferrugineuses, acidulées, gazeuses dont nous sommes admirablement pourvus ? La Corse ne « fournit-elle pas la *première eau de ce genre*, « comme richesse en acide carbonique libre et en « carbonate de fer ? En effet, l'eau d'Orezza, d'après la belle analyse de M. Poggiale, ne contient pas moins de 12 cent. de sel ferrugineux par « litre, tandis que Pyrmont n'en a guère que 5 cent.. « Schwalback 7 et le Pouhon de Spa 9 seulement. »

---

**Eau de Contrexéville**

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DEPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

---

**Vin bi-digestif de Chassaing**

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

---

**Maison de santé du Dr Carles**

Ancienne maison du Dr Duval, 34, avenue du Roule, Neuilly-Paris, pour opérations, maladies aiguës et chroniques, orthopédie. — Les médecins peuvent y soigner leurs malades.

---

**Ver solitaire**

Guérison certaine par les *Globules* de SECRETAN (à l'extrait vert des rhizomes frais de fougère mâle des Vosges). Le seul remède infaillible, expérimenté avec le plus grand succès dans les hôpitaux ; pas d'insuccès possible. — Dépôt : *Secretan*, pharm., 37, avenue Friedland, Paris. — Envoi fo contre mandat 10 fr. (Éviter les contrefaçons.)

N° 69. — LUNDI 17 JUIN 1879. 52e ANNÉE. LUNDI 17 JUIN 1879. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

### Adéno-phlegmon de la fosse iliaque interne.

Nous venons d'examiner, dans la salle Notre-Dame, une femme, âgée de vingt-quatre ans, qui est atteinte d'un adéno-phlegmon ilio-lombaire, pour lequel nous allons l'opérer.

Cette fille, primipare, est accouchée, il y a six semaines, d'un enfant volumineux; mais l'accouchement s'est fait spontanément, et les grandes douleurs n'ont pas duré plus de trois heures. Dès le lendemain de l'accouchement, une hémorrhagie utérine survint, et la malade se décida à entrer à l'hôpital, dans les salles de M. G. Sée, où l'hémorrhagie fut arrêtée. Mais, peu de temps après, les douleurs abdominales augmentèrent, des frissons éclatèrent. L'affection prenant un caractère chirurgical, cette malade fut envoyée dans nos salles avant-hier. Voici l'état dans lequel nous l'avons trouvée :

La fosse iliaque droite est volumineuse, soulevée par une tumeur; il existe de l'œdème des parties molles voisines, une rougeur rosée au niveau de l'arcade crurale, sur le trajet oblique du ligament de Fallope, et s'arrêtant juste sur son bord, sans empiéter sur la cuisse. Cette rougeur occupe donc la région iliaque, et non pas la région ilio-inguinale. Une tumeur pâteuse remplit toute la fosse iliaque interne : elle soulève le cæcum et l'englobe; la fluctuation est constatée; les parties profondes font percevoir un semblant de fluctuation; vers l'arcade crurale, nous trouvons de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané.

Au-dessous de l'arcade crurale, la peau est soulevée à la région supérieure et externe de la cuisse, mais il n'y a pas encore de rougeur à ce point. Toutefois nous y trouvons déjà l'œdème, et la douleur à la pression. Il n'y a pas encore de fluctuation bien nette; mais je suis convaincu qu'au-dessous, dans les parties profondes, il y a du pus.

Nous avons ensuite examiné la vulve, car il n'est pas très-rare de voir certains abcès du bassin, ceux du ligament large notamment, être accompagnés d'œdème de la grande lèvre (thèse d'agrégation de Marchal, de Calvi). Cette relation s'explique par ce fait que les veines de la grande lèvre communiquent avec les veines intra-pelviennes. Ici, nous n'avons rien observé de semblable.

Au toucher vaginal, on ne trouve pas l'utérus, le col ne peut être perçu : au fond du cul-de-sac supérieur, à droite du vagin, on sent une induration qui remplit toute la moitié droite du petit bassin. On sent qu'elle est le prolongement de la tumeur qui est perçue extérieurement dans la fosse iliaque interne. Elle est pâteuse, pas très-douloureuse; on a la sensation du doigt s'y enfonçant et laissant une dépression comme sur un membre œdématié : c'est l'indice d'un œdème de la tunique érythroïde du vagin, et d'une tumeur occupant le tissu cellulaire du bassin.

Ce phlegmon occupe donc toute la cavité droite du bassin, fosse iliaque interne et ilio-inguinale. Nul doute que ce phlegmon n'ait été déterminé par l'état puerpéral, comme on en rencontre si fréquemment dans cette circonstance. Mais nous devons chercher à préciser son siége anatomique et sa nature, en raison des symptômes généraux qui sont survenus chez la malade.

Des frissons et de la fièvre ont marqué le début de la maladie; la température était de 39°2 à 39°6. Aujourd'hui matin, subitement, elle est tombée à 37°, et le pouls à 84, en même temps que nous avons observé que la flexion de la cuisse sur le bassin, qui avait commencé hier, était plus prononcée.

Les phlegmons consécutifs à l'accouchement peuvent siéger dans le péritoine, ou dans le tissu cellulaire des ligaments larges, ou dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, autour des ganglions ilio-lombaires, où vont aboutir les lymphatiques de l'utérus. Lorsque ces abcès occupent le péritoine, ils restent dans le petit bassin; le pus y reste confiné, il remonte rarement dans la fosse iliaque, et ne fuse pas vers la cuisse, dont il est séparé par des aponévroses résistantes.

Dans le phlegmon des ligaments larges, c'est sur les côtés de l'utérus que commence le mal; on y observerait, dans le cas particulier, une suppuration plus avancée, un ramollissement plus marqué que dans le reste du bassin. D'autre part, nous n'avons pas d'œdème des grandes lèvres, ni de la vulve, ni du vagin : l'affection n'a donc pas débuté par les ligaments larges; nous devons cependant reconnaître qu'il y a actuellement de l'engorgement de ces ligaments.

Mais le corps de l'utérus est indemne, le col seul est pris, dissimulé dans l'œdème vaginal; l'utérus et la vessie sont beaucoup plus libres que dans les cas de phlegmon du ligament large. La vessie est atteinte d'un léger degré d'inflam-

mation, qui se traduit par l'expulsion de mucosités, de corpuscules abondants, d'acide urique.

Je pense donc que nous avons affaire à une adénite iléo-lombaire ; en effet, à la suite de l'accouchement, la lymphangite utérine est plus fréquente que la phlébite. On trouve alors l'engorgement des ganglions lombaires et iliaques, caractérisé par le gonflement des bords du détroit supérieur du bassin. Puis ce gonflement s'étend, envahit le tissu cellulaire abondant qui les entoure, et soulève la paroi abdominale. L'inflammation gagne rapidement le petit bassin, s'y prolonge et l'envahit consécutivement. Or, la fosse iliaque nous a, en effet, présenté les phénomènes pathologiques les plus avancés, tandis que le petit bassin n'est encore arrivé qu'à un degré plus primitif, à l'empâtement. C'est bien la preuve de notre diagnostic.

Quant à la nature des liquides contenus dans la tumeur inflammatoire : c'est du pus assurément. Cependant il ne faut pas croire que ces adéno-phlegmons soient toujours disposés à passer à la suppuration. Rien n'est plus fréquent que de les voir se résorber, et même rapidement.

La seule opération utile que nous ayons à faire ici est l'ouverture de ces foyers. Nous ne la ferons point par ponction : il faut éviter le péritoine, l'artère épigastrique, la circonflexe.

Il n'y a qu'un moyen d'arriver au foyer sans produire de lésion considérable : c'est de pénétrer dans le bassin par le même procédé que celui qui est indiqué pour pratiquer la ligature de l'artère iliaque externe. Cette opération nous permet de rester en dehors des artères, et de nous maintenir près du cul-de-sac du péritoine, qui se réfléchit à ce niveau, sans pénétrer dans la cavité de cette séreuse. Dans certains cas, on peut ensuite passer le doigt jusque vers le pubis, et y faire une contre-ponction qui facilite le drainage du foyer purulent.

En général, aussitôt que l'ouverture a été faite, le pus est refoulé au dehors par la pression des intestins ; le trajet tend à se refermer rapidement. Parfois, cependant, la suppuration persiste ; des fusées purulentes se font vers le petit bassin, vers le vagin, vers le rectum, et déterminent des accidents redoutables.

L'opération indiquée a été pratiquée : le pus s'est écoulé dès l'ouverture du *fascia transversalis ;* ce pus était caillebotté, aqueux, mélangé de flocons, il ressemblait au pus des séreuses. D'abord il est sorti une faible quantité de pus, puis le doigt, introduit avec précaution dans la direction des ganglions iléo-lombaires, arrive à un vaste foyer, d'où il s'écoule un flot de pus. Le doigt sent, à ce niveau, les battements des vaisseaux, et le paquet nerveux. Le lendemain matin, la température s'était élevée à 40°, et le soir à 41°,2 ; mais ces phénomènes s'arrêtent immédiatement. L'exploration du petit bassin fait reconnaître l'entière disparition de la tumeur pelvienne ; l'œdème vaginal a aussi disparu ; le col de l'utérus s'est restitué. Dès le surlendemain, la température tombe à 37°, la suppuration est presque nulle, le trajet presque refermé, le tube de drainage est expulsé de la plaie ; la malade demande à manger. Sur la plaie, on observe un exsudat pseudo-membraneux, dont la production s'explique par le tempérament lymphatique de la malade, déjà manifesté par l'apparition de flocons dans le pus du phlegmon. L'état continue à s'améliorer rapidement.

---

## HOPITAL NECKER. — M. Potain.

### Parallèle de l'hystérie et du rhumatisme.

I

Au n° 20 de la salle Sainte-Adélaïde est couchée une malade dont l'histoire est très-intéressante, puisqu'elle a présenté, depuis un mois, des phénomènes assez complexes pour tenir en échec un très-habile confrère, qui a porté successivement le diagnostic de méningite, d'otite suppurée, de fièvre typhoïde, d'hystérie, de rhumatisme, etc., sans obtenir le moindre résultat. La malade est entrée hier à l'hôpital, et, par une coïncidence fort remarquable, le traitement, que nous avons institué d'après le diagnostic porté, a apporté aujourd'hui même, par ses effets inespérés, la meilleure preuve de l'exactitude de nos prévisions.

Il s'agit d'une femme âgée d'une trentaine d'années, mère de deux enfants, exerçant la profession de concierge. Ordinairement bien portante, douée d'une constitution robuste, elle descend de parents vifs et nerveux. Pendant son jeune âge, elle raconte qu'elle était assez nerveuse, mais sans avoir éprouvé rien de particulier. Il y a quatre ou cinq ans, elle a été prise d'accidents qu'elle décrit mal : elle aurait été prise d'agitation violente, de délire, avec inconscience de son état ; tous phénomènes que nous pouvons rattacher très-vraisemblablement à l'hystérie. Depuis qu'elle s'est rétablie, à la suite de ces accidents, elle était encore plus nerveuse, plus impressionnable ; pleurant facilement, s'irritant aisément ; aigrie, énervée, d'autant plus que, depuis quelque temps, elle a été exposée à des fatigues plus considérables et à des préoccupations domestiques. Ses douleurs de tête s'aggravèrent progressivement. Un jour, ayant lavé assez longtemps sur un bateau, elle eut un peu froid, et la douleur qu'elle ressentait depuis longtemps du côté gauche de la tête s'exaspéra ; en sortant au dehors, elle était obligée de porter la main sur le côté gauche de la tête pour éviter le contact de l'air frais. Huit jours après ce premier malaise, elle retourna laver au même bateau, où elle travailla encore avec vigueur : en revenant au logis, elle était dans cet état de chaleur quand elle fut surprise par une pluie fine et froide qui lui mouilla tout le corps, mais qui lui refroidit surtout la tête. En rentrant chez elle, elle souffrait d'une douleur très-intense ; toute la moitié gauche de la tête, de la face et du cou était endolorie, au point que le moindre mouvement provoquait une douleur intolérable. La malade ne pouvait manger, et à peine boire.

Il n'y avait pas de fièvre. Au milieu de ces crises, survinrent des vomissements de sang ; l'oreille, le conduit auditif externe, devint aussi sensible ; les douleurs restèrent toujours aussi violentes, malgré une médication énergique et variée. Le chloroforme réussit à peine à les suspendre, mais seulement pour le temps de l'anesthésie chloroformique : aussitôt après, les crises étaient aussi douloureuses qu'avant l'administration de cet agent anesthésique. C'est dans ces conditions que se trouvait la malade, hier, au moment de son entrée à l'hôpital Necker.

L'apyrexie était complète ; le pouls un peu faible, mais normal et régulier. La respiration ne présentait rien de particulier. La douleur de tête était encore très-violente, localisée surtout au sinciput, où elle fut toujours si intense que précédemment on l'avait rasée à cette place pour y appliquer un vésicatoire. La douleur irradiait au front,

à l'occiput, au pavillon de l'oreille qui était très-sensible. Cette douleur était continue, exaspérée encore par des élancements qui se produisaient aussi à la moindre pression exercée sur les parties douloureuses. Du même côté gauche du corps, la sensibilité cutanée était diminuée; il y avait anesthésie et analgésie de ce côté. De même les organes des sens participaient aux troubles qui étaient surtout prononcés du côté gauche. La malade voyait mal; l'oreille gauche n'entendait pas le bruit d'une montre; par la narine gauche, la malade reconnaissait à peine l'odeur du vinaigre; le goût même ne paraissait pas normal. Tous les sens étaient donc altérés. Cependant le mouvement était resté intact, à l'exception d'une petite particularité qui m'avait conduit autrefois à supposer de la simulation, mais que j'ai depuis constatée assez souvent pour penser qu'elle mérite de vous être signalée. Lorsque, après avoir masqué les yeux de la malade, on touchait légèrement sa main gauche avec l'extrémité des doigts, cette main gauche s'ouvrait et saisissait avec vigueur, les doigts d'abord, puis toute la main. Ce fait prouve donc que, l'anesthésie n'étant pas simulée et existant réellement, il existe une certaine sensibilité indépendante de la sensibilité au tact, sensibilité à la pression que je suis tenté de rapporter à la sensibilité musculaire. C'est ce que Duchenne (de Boulogne) a appelé autrefois l'aptitude motrice indépendante de la vue; c'est le même phénomène que j'ai observé limité aux muscles interosseux de la main chez une hystéro-épileptique.

Quant au mécanisme, je ne suppose pas que ces effets soient dus à une aptitude spéciale, à une sensibilité spécialement limitée au muscle; mais je pense que, lorsque la sensibilité a disparu à la surface cutanée de la main, il peut très-bien arriver qu'il persiste une sensibilité en vertu de laquelle la malade a conscience des objets qu'elle tient entre ses mains, et sait exécuter les mouvements pour les saisir convenablement.

Tels sont les symptômes que nous avons observés chez cette femme : restait à les interpréter, et à déterminer la nature de la maladie.

Un premier point est parfaitement établi par ces considérations, c'est que cette femme est hystérique. L'hémianesthésie exactement limitée à toute une moitié du corps, comprenant la sensibilité tactile et les sens spéciaux, et sans être accompagnée, ni de troubles musculaires, ni de troubles intellectuels, cette hémianesthésie ne peut appartenir qu'à l'hystérie. Cette opinion est corroborée par la coexistence de l'épigastralgie, de la rachialgie, de la pleuralgie du côté gauche. L'hystérie est donc incontestable : cette malade se trouvait sous l'influence de troubles hystériques dont l'apparition a encore été hâtée par les soucis, les chagrins domestiques et les fatigues prolongées.

Mais, de ce qu'une femme est manifestement hystérique, il ne faut pas conclure que tous les accidents pathologiques qu'elle présente doivent être des effets de l'hystérie : ce serait une grave erreur. De même qu'un saturnin, qu'un alcoolique peuvent être atteints de lésions indépendantes de l'empoisonnement par le plomb ou par l'alcool; de même l'état général particulier de l'hystérie n'entraîne pas nécessairement la nature hystérique des accidents pathologiques qu'on peut observer chez cette femme. L'étiologie, en effet, ne se prête pas à ce diagnostic, dans le cas particulier : les accidents ont apparu ici sous l'influence d'une cause bien déterminée, le froid produit par une pluie fine et froide mouillant cette femme, alors qu'elle s'était fatiguée au lavoir et qu'elle avait le corps couvert de sueur. Cette cause est bien évidemment le point de départ de tout le processus pathologique qui a suivi : or elle n'appartient guère à l'hystérie, mais elle est la cause la plus commune du rhumatisme.

Nous devons donc accepter l'hystérie, d'un côté; le rhumatisme, de l'autre. Mais quelle part devons-nous faire à l'hystérie? Quelle part au rhumatisme?

L'une et l'autre affection présentent des rapports d'analogie dans les symptômes, dans l'étiologie, dans les organes mêmes qu'elles envahissent. En effet, l'hystérie, comme le rhumatisme, envahit tous les viscères, peau, muscles, articulations, viscères. Chez l'hystérique, l'hyperesthésie ou l'anesthésie de la peau sont phénomènes quotidiens : mais le rhumatisant présente aussi l'épicrânie qui n'est qu'une hyperesthésie excessive; parfois même on a observé l'anesthésie, mais ces faits sont beaucoup plus rares; l'anesthésie rhumatismale est liée à la contracture rhumatismale.

Les muscles sont le siège de douleurs dans l'hystérie; le rhumatisme musculaire est bien connu; il suffit de le citer. Les paralysies musculaires, localisées, ou souvent généralisées, sont communes chez les hystériques : chez les rhumatisants, on observe aussi des paralysies des muscles innervés par une même branche nerveuse (paralysie radiale, faciale); mais il y a aussi certaines paraplégies d'origine rhumatismale. Ces paralysies, en général, sont plus étendues chez les hystériques; puis, le caractère exactement hémiplégique leur manque dans les cas de rhumatisme. On connaît les contractures, primitives, ou consécutives aux arthralgies dans l'hystérie; elles existent, mais moins intenses chez les rhumatisants. Les convulsions sont l'apanage de l'hystérie; toutefois on en a vu dans des cas de rhumatisme : la chorée, par exemple, est de nature rhumatismale.

Les lésions des nerfs existent aussi dans les deux ordres de phénomènes, hystérie et rhumatisme. On voit des névralgies dans les deux cas : seulement, chez le rhumatisant, la névralgie est mieux limitée aux branches musculaires; chez l'hystérique, elle est plus mal limitée. Dans le premier cas, rhumatisme, la névralgie atteint un groupe anatomique; dans le deuxième cas, hystérie, elle atteint plutôt un groupe fonctionnel.

Les lésions articulaires donnent au rhumatisme son cachet pathologique : mais elles peuvent exister dans l'hystérie, où l'on a vu souvent la douleur articulaire avec la congestion, et même l'exsudation dans la cavité articulaire; mais ce qui caractérise ces symptômes qu'on a pris souvent pour des signes de tumeurs blanches, c'est qu'ils disparaissent un jour subitement, et comme par enchantement, après avoir résisté pendant longtemps à tous les traitements.

Les troubles des organes des sens paraissent aussi prédominer dans l'hystérie; mais on en trouve dans le rhumatisme. On sait que certaines amauroses sont liées au rhumatisme, de même que certaine cophose ou diminution de l'ouïe a été attribuée au rhumatisme des articulations des osselets de l'ouïe. Quant au goût et à l'odorat, je n'en connais pas de troubles dus au rhumatisme, tandis qu'ils sont très-fréquents dans l'hystérie, et, d'ailleurs, toujours accompagnés d'anesthésie cutanée, ce qui facilite le diagnostic.

Les troubles viscéraux dans l'hystérie sont nombreux, et peuvent simuler toutes les maladies (Sydenham), la toux, l'asthme, l'angine, etc., les hémorrhagies muqueuses ou

cutanées. Le rhumatisme s'accompagne de gastralgies analogues, d'entéralgie, de douleurs rénales, non pas de ces douleurs rénales qui, chez un goutteux, annoncent la présence de calculs ou dépôts uratiques, mais des douleurs absolument indépendantes de la présence de calculs dans le rein. Les hémorrhagies même ne sont pas inconnues dans le rhumatisme ; outre les hémorrhagies cutanées, le purpura rhumatismal, les hémorrhagies dans l'intérieur des articulations (faits observés par Constantin Paul), on ne doit pas oublier l'hémorrhaphilie.

Les hémophiles se recrutent, en effet, parmi les rhumatisants ou parmi les nerveux, les hystériques : on n'en rencontre que dans des familles d'hystériques ou de rhumatisants.

## REVUE DE GYNÉCOLOGIE.

I. **Des myomes utérins et de leur traitement par les injections d'ergotine dans le tissu de l'utérus,** par le docteur Paul Gérard ; Paris, Ve A. Delahaye et Ce, 1879. — II. **Des moyens de généraliser l'allaitement maternel,** par le docteur Segay, chirurgien honoraire des hôpitaux de Bordeaux ; Paris, Germer Baillière, 1879. — III. **De la rétroversion utérine pendant la grossesse,** par le docteur Ducor ; Paris, Ve A. Delahaye et Ce, 1879.

I. — On s'occupe beaucoup, depuis quelque temps, des moyens thérapeutiques qu'il est possible de diriger contre les fibromes de l'utérus. Cela tient, sans doute, à la fréquence de cette maladie, et peut-être aussi à l'insuffisance des divers traitements préconisés.

Le travail de M. Paul Gérard comprend trois parties, toutes très-intéressantes. Celle qui est consacrée à la clinique proprement dite a été inspirée par un honorable professeur de la Faculté de Lyon, M. Delore. Cette école a fait ses preuves, et peut-être obtiendra-t-elle, en gynécologie, la place qu'elle a su conquérir en syphiligraphie, place qu'aucune rivale ne peut contester.

D'après Virchow, c'est Vogel qui, le premier, découvrit, en 1843, que les tumeurs fibreuses de l'utérus contiennent, de même que cet organe, une grande quantité de fibres musculaires lisses. M. Broca, voulant sans doute préciser leur nature, leur donna le nom d'hystéromes, indiquant ainsi qu'il y avait identité entre leur tissu et celui de l'utérus. Aujourd'hui on les désigne généralement sous le nom de myomes ou fibromes. L'identité dont nous venons de parler a été suffisamment établie, suivant nous, par les travaux de Vogel, Lebert, Virchow, Robin et Broca, pour qu'il soit utile d'insister sur ce point.

Lors de la nécropsie, les fibromes utérins paraissent souvent comme isolés de la substance utérine ; parfois même ils sont revêtus d'une couche de tissu conjonctif. — Quoique tous les auteurs classiques aient particulièrement insisté sur cet isolement, tel n'est point l'avis de l'auteur de la *Pathologie des tumeurs*, car pour lui, à l'origine, tout fibrome est en continuité avec le tissu utérin ; ce n'est que plus tard seulement qu'il peut s'isoler, par suite de sa rétraction et de son durcissement. L'existence des vaisseaux ne peut être niée, car Combernon, Broca et Virchow l'ont démontrée.

Ces quelques préliminaires posés, M. Gérard étudie l'action de l'ergot de seigle sur la fibre musculaire lisse de l'utérus. Nous regrettons qu'il se soit contenté de faire un résumé, brillant il est vrai, mais trop rapide, des expériences entreprises sur ce sujet. Quelle que soit au surplus l'opinion des auteurs sur le mode d'action de l'ergotine, relativement à la contraction de la fibre utérine, cette action est établie.

De là au traitement des myomes par cette substance, il n'y avait pas loin. On l'employa tout d'abord comme médicament interne, dans le but de satisfaire à ces trois indications principales : amener la résorption de la tumeur ou empêcher son accroissement, provoquer l'expulsion du myome, arrêter les hémorrhagies. Les résultats ne confirmèrent pas la théorie. Aussi le professeur Hildebrandt (1872) songea-t-il aux injections hypodermiques. Entre ses mains, cette méthode donna des succès, puisqu'il affirme avoir ainsi obtenu l'atrophie d'un certain nombre de fibro-myomes. Plusieurs gynécologistes américains et allemands ont publié les résultats heureux qu'ils ont obtenus au moyen de ce traitement. Il est certain qu'il y aurait bien des choses à dire là-dessus, car la monographie des tumeurs de ce genre est bien curieuse. Toujours est-il qu'en France les injections hypodermiques d'ergotine ont arrêté les métrorrhagies; les malades ont été soulagées, mais on n'a pas constaté de diminution de volume.

Préférant la médication topique à la médication générale, parce que la tendance localisatrice de l'ergot de seigle est surabondamment démontrée, et d'autre part parce que l'action exercée par une substance sur un organe est proportionnelle à la masse des éléments anatomiques dont il est composé, M. Delore fit des injections d'ergotine dans le tissu de l'utérus. Il se servit d'une seringue de Pravaz, dont il modifia le trocart à injection. La solution employée était de 1 gramme d'ergotine pour 2 grammes d'eau distillée. Il commençait par injecter 15 centigrammes de la substance pour arriver à 40 et même 60 centigrammes.

Les résultats obtenus ont amené M. Gérard à formuler les conclusions suivantes :

1° L'ergotine, dans le traitement des myomes de l'utérus, donne des résultats satisfaisants ;

2° Il est préférable de l'injecter directement dans le tissu de l'utérus ;

3° Dans les métrorrhagies, il sera plus commode d'employer la voie hypodermique.

Ces indications sont trop vagues, à notre avis. Aussi la reprise de cette étude nous paraît-elle nécessaire, à la condition d'y apporter tous les soins qu'elle mérite.

Le travail de M. Gérard est une excellente thèse que voudront lire tous les médecins qui s'occupent de gynécologie.

II. La Société protectrice de l'enfance de Paris a couronné un mémoire, remarquable à plus d'un titre, sur les *Moyens de généraliser l'allaitement maternel*, que l'auteur, M. le docteur Segay, chirurgien honoraire des hôpitaux de Bordeaux, a bien voulu nous envoyer.

Un certain nombre de causes ont fait négliger l'allaitement maternel. Sans parler de l'affaiblissement du sentiment moral qu'on ne peut mettre en doute, il est absolument évident que la *vie moderne* peut revendiquer une large part de cet oubli du premier devoir de la femme mère. M. Segay l'a démontré dans son livre avec une éloquence réelle, et qui est à la hauteur de la noble et humaine cause qu'il défend.

Un chapitre, qui trouve son cadre naturel dans cette revue, est celui que l'auteur a consacré aux maladies diverses produites par le défaut d'allaitement maternel, et principalement à celles de l'utérus.

Nous devons avouer que la science est encore peu fixée là-dessus. Nous ne possédons, en effet, outre les observations de M. Segay, que celles de Gubian père, et aussi l'opinion de Scanzoni, qui a écrit quelque part que rien ne ramène mieux l'utérus à son volume normal, après l'accouchement, que l'allaitement.

Instruit par une longue pratique hospitalière, M. Segay a constaté que la congestion utérine, l'engorgement, par suite les déviations, la métrite chronique et ses conséquences sont rares chez les femmes mères qui ont nourri. S'appuyant, d'autre part, sur cette opinion de Velpeau, qu'il n'y a pas d'engorgement de l'utérus sans déviation, l'auteur croit que si quelque temps après l'accouchement une malade est atteinte de métrite chronique, suite naturelle (d'après la proposition qui précède) d'une déviation, cette dernière a été la conséquence d'un manque de dégorgement de la matrice, dû, dans la majeure partie des cas, à ce que la mère n'a pas nourri.

Cette manière de voir est peut-être trop absolue, mais on ne peut s'empêcher de remarquer, dans la pratique, que les maladies utérines affectent de préférence, chez les femmes mères, celles qui n'ont pas allaité. Aussi l'importance étiologique de l'allaitement maternel, dans la pathogénie des affections de l'appareil utéro-ovarien, doit-elle être prise en considération. Il ne nous est pas permis de suivre l'auteur dans les diverses parties de son mémoire. C'est, du reste, un livre qu'il faut lire, et nous souhaitons que tous les médecins, les *dissidents* au moins, cherchent à s'assimiler les belles et grandes pensées qui y sont contenues.

III. — L'étude que M. Ducor vient de consacrer à la rétroversion utérine pendant la grossesse est suffisamment complète. Les points les plus importants à retenir de ce travail sont les suivants:

Les accidents consécutifs à la rétroversion se manifestent généralement entre le troisième et le quatrième mois. Nous n'insisterons pas sur la position oblique postérieure de l'utérus gravide. Ce point a été discuté amplement.

On doit remarquer, d'après le nombre considérable d'observations relevées par l'auteur, que, dans un grand nombre de cas, la rétroversion est antérieure à la grossesse.

Quelle que soit la cause, et ce chapitre aurait pu être traité plus complètement par M. Ducor, le traitement consiste à vider en premier lieu la vessie et le rectum. Si ces moyens sont insuffisants, on recourra à la méthode manuelle bien connue, qu'on doit, suivant nous, préférer à la méthode instrumentale. Enfin, si la réduction était impraticable par ces divers moyens, on devrait se résoudre à pratiquer l'avortement. Docteur V. de Fourcauld.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 juin 1879. — Présidence de M. Paul Bert.

### COMMUNICATIONS

M. LE PRÉSIDENT dépose sur le bureau, de la part de M. Leven, un volume intitulé : *Traité des maladies de l'estomac*. Dans ce volume se trouvent réunis la plupart des travaux dont M. Leven a souvent entretenu la Société.

**Des paralysies.** — M. BROWN-SÉQUARD rappelle les faits qu'il a produits devant la Société et qui montrent que la section d'une grande partie de la base de l'encéphale détermine des paralysies du côté correspondant à la lésion. Aujourd'hui il vient communiquer des faits d'un autre ordre. Ces faits lui permettent de conclure que neuf fois sur dix la galvanisation du pédoncule cérébral et des parties environnantes détermine des mouvements du côté correspondant. Ces effets sont donc comparables à ceux dans lesquels on a pratiqué des sections.

M. Brown-Séquard produit encore d'autres faits relatifs à la même question : il s'agit, entre autres faits, d'un lapin chez lequel il a mis à nu la couche optique du côté droit. Ce lapin a présenté une paralysie du membre antérieur droit.

M. LABORDE présente des lapins et des cochons d'Inde chez lesquels il a pratiqué la section du sciatique. Ces animaux, sous l'influence de la plus petite excitation, sont pris d'attaques épileptiformes des membres du côté correspondant.

**Des trous de Monro.** — M. MATHIAS DUVAL a déjà parlé plusieurs fois de l'emploi du collodion en histologie. Cette méthode lui a permis de constater, entre autres faits non encore signalés, que les trous de Monro qui, comme on sait, passent pour faire communiquer le troisième ventricule avec le ventricule latéral correspondant, n'existent plus chez l'adulte. Mais alors, dira-t-on, que deviennent les plexus choroïdes que tous les anatomistes font passer par ces trous de Monro? Par suite d'une disposition anatomique particulière que fait connaître M. Duval, il est aisé de constater que chez l'adulte, comme chez un certain nombre d'animaux, les plexus choroïdes n'occupent ni le ventricule moyen ni les ventricules latéraux; ils n'ont donc pas à passer de l'un à l'autre.

M. PAUL BERT fait observer que les faits signalés par M. Mathias Duval viennent à l'appui de cette loi bien connue en anatomie comparée qu'à mesure que les êtres avancent en évolution les cavités disparaissent et les solides augmentent.

M. DUMONT-PALLIER demande alors comment, avec l'hypothèse de l'obstruction des trous de Monro, expliquer les cas d'hydropisies du cerveau.

M. MATHIAS DUVAL fait observer qu'il peut arriver que, chez certains individus, les trous de Monro ne se ferment pas ou que la substance qui les oblitère vienne à se déchirer.

**Trente-neuf heures de respiration artificielle.** — M. PAUL BERT rapporte l'histoire d'un chien empoisonné par le curare pour une expérience de laboratoire et qui a vécu trente-neuf heures sous l'influence de ce poison, la vie étant entretenue par la respiration artificielle. La température avait notablement baissé chez cet animal, mais tous ces phénomènes ont disparu et ce chien est aujourd'hui en parfaite santé.

Une discussion s'engage à ce sujet entre MM. Bert, Laborde et Budin sur les meilleurs appareils destinés à faciliter la respiration artificielle et sur les immenses services que pourraient rendre ces appareils dans les cas d'asphyxie ou d'intoxications particulières.

La séance est levée à six heures.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juin 1879. — Présidence de M. Hervieux.

### COMMUNICATIONS

**Respiration saccadée.** — M. LEREBOULLET rapporte l'observation d'un malade qui a présenté une respiration saccadée en rapport avec les mouvements du cœur. Il rappelle, à cette occasion, que, depuis Raciborski qui a le premier décrit ce bruit anormal, on a cherché à l'expliquer de différentes manières : les uns l'attribuent à une dilatabilité inégale des tuyaux bronchiques; d'autres à un bruit de frottement pleural; enfin M. Potain le considère comme un bruit extra-cardiaque.

**Altérations du sang.** — M. QUINQUAUD communique à la Société les résultats de ses recherches sur la composition du sang et la proportion de ses divers éléments dans les différentes maladies. Il s'est attaché à reconnaître quelles sont les variations pathologiques de la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang, de son pouvoir oxydant et des matériaux solides du sérum. Il se sert pour ces recherches de l'hydrosulfite de soude qui est extrêmement avide d'oxygène et le prend partout où il le trouve, dans l'air ou dans le sang en particulier. Aussi faut-il le conserver dans une atmosphère d'hydrogène. On le fait agir sur du sulfate de cuivre ammoniacal et du carmin d'indigo. En mélangeant un certain nombre de centimètres cubes de sang avec ces produits, on marque le moment où apparaît la couleur du carmin d'indigo, et, d'après la quantité d'hydrosulfite de soude qui a dû être employée, on peut apprécier la quantité d'oxygène contenue dans le sang. On peut aussi doser l'hémoglobine d'après la quantité maximum que peut absorber le sang lorsqu'il a été agité au contact de l'air.

Il suffit pour les essais d'avoir 2 centimètres cubes de sang environ qui ne doivent être agités que pendant deux ou trois minutes. Les résultats obtenus par cette méthode ont une approximation de un dixième de centimètre cube d'oxygène sur 100 grammes de sang.

Par ces procédés employés à l'aide d'un appareil particulier, M. Quinquaud est arrivé aux conclusions suivantes : le pouvoir oxydant du sang normal est de 240 centimètres cubes, pour

1,000 grammes; l'hémoglobine est de 125 grammes pour 1,000 et les matériaux fixes du sérum de 90. A une maladie spéciale correspond une altération hématique spéciale.

Ainsi, dans la chlorose, on trouve au lieu des chiffres ci-dessus :

Hémoglobine. . . . . . . . . . . 50 grammes.
Pouvoir oxydant. . . . . . . . . 100 centimètres cubes.
Matériaux fixes du sérum. . . . 90 gr. (proportions normales).

Dans les *anémies organiques*, on trouve :

Hémoglobine. . . . . . . 80 gr. (au lieu de 50 dans la chlorose).
Pouvoir absorbant. . . . 150 centim. cubes (au lieu de 100).
Matériaux solides. . . . . 88 grammes (au lieu de 90).

Dans la *tuberculose commençante* :

Hémoglobine. . . . . . . 100 grammes (au lieu de 50).
Pouvoir absorbant. . . . 192 centim. cubes (au lieu de 100.)
Matériaux solides. . . . . 86-84-80 grammes (au lieu de 90)

Dans l'*anémie palustre* :

Hémoglobine . . . . . . . . . 78 grammes.
Matériaux solides. . . . . . . 60 —

Dans l'*anémie gravidique* :

Hémoglobine.. . . . . . 83 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . 160 centimètres cubes.
Matériaux solides. . . . 85 gr. et au-dessous.

Dans l'*anémie pernicieuse progressive* :

Hémoglobine. . . . . . 60 grammes.
Pouvoir absorbant. . . 115 centimètres cubes.
Matériaux solides. . . . 60g,55 ou même 45 (alors pronostic très-grave).

Dans le *purpura* :

Hémoglobine.. . . . . . . . . 68 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 123 centim. cubes.

Dans le *scorbut* :

Hémoglobine.. . . . . . . . . 55 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 100 centim. cubes.

Dans la *cirrhose atrophique* :

Hémoglobine.. . . . . . . . . 60 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 126 centim. cubes.
Matériaux solides . . . . . . 84 grammes.

Dans la *périostite tuberculeuse* :

Hémoglobine.. . . . . . . . . 72 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 136 centim. cubes.
Matériaux solides. . . . . . . 65 grammes.

Dans le *cancer du foie* :

Hémoglobine.. . . . . . . . . 52 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 100 centim. cubes.

Dans la *cirrhose palustre* :

Hémoglobine.. . . . . . . . . 76 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 150 centim. cubes.

Dans la *dilatation stomacale simple* :

Hémoglobine.. . . . . . . . . 88 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 100 centim. cubes.

Dans la *dilatation stomacale cancéreuse* :

Hémoglobine.. . . . . . . . . 50 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 174 centim. cubes.

Dans l'*entérite simple* :

Hémoglobine.. . . . . . . . . 94 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 180 centim. cubes.

Dans l'*entérite tuberculeuse* :

Hémoglobine.. . . . . . . . . 88 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 170 centim. cubes.

Dans l'*entérite aiguë* :

Hémoglobine. . . . . . . . . 97 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 176 centim. cubes.

Dans la *fièvre typhoïde* :

Hémoglobine.. . . . . . . . 110 gr. et au-dessus.
Pouvoir absorbant. . . . . 192 centim. cubes.

Dans la *tuberculose* :

Hémoglobine. . . . . . . . . 112 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 208 centim. cubes.

Dans l'*hystérie avec toux* :

Hémoglobine. . . . . . . . . 96 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 192 centim. cubes.

Dans la *néphrite interstitielle* :

Hémoglobine. . . . . . . . . 70 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 104 centim. cubes.
Matériaux solides. . . . . . 76 grammes.

Dans la *néphrite parenchymateuse* :

Hémoglobine. . . . . . . . . 56 ou 58 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 115 centim. cubes.
Matériaux solides. . . . . . 60 grammes.

Dans les *pleurésies hémorrhagiques* :

Hémoglobine. . . . . . . . . 35 grammes.

M. Quinquaud a fait les mêmes recherches avant et après la thoracentèse. Il a trouvé :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Pour un premier cas. . | avant | Hémoglobine. . . | 98 gram. |
| | | Pouvoir absorb. . | 130 cent. c. |
| | | Matériaux solides. | 114 gram. |
| | après | Hémoglobine. . . | 72 ou 70 g. |
| | | Pouvoir absorb. . | 116 cent. c. |
| | | Matériaux solides. | 73 gram. |
| Pour un deuxième cas. | avant | Hémoglobine. . . | 67 ou 70 g. |
| | | Pouvoir absorb. . | 100 cent. c. |
| | | Matériaux solides. | 96 gram. |
| | après | Hémoglobine. . . | 66 gram. |
| | | Pouvoir absorb. . | 140 cent. c. |
| | | Matériaux solides. | 84 gram. |

M. DUJARDIN-BEAUMETZ demande à M. Quinquaud s'il a eu occasion de doser les variations de l'hémoglobine chez les chlorotiques non soumises à un traitement ferrugineux. M. Hayem a affirmé récemment, à la Société de Biologie (voir notre dernier compte-rendu), que la chlorose, dans ces cas, ne guérit jamais et ne fait que s'amender.

M. QUINQUAUD répond qu'il a pu observer trois malades dans ces conditions : la première a regagné, en quinze jours, 8 grammes d'hémoglobine ; la seconde, 13 grammes en dix-huit jours; la troisième, 6 grammes en vingt jours.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts, arrête :

Article premier. — Il sera ouvert en 1879-1880 des concours pour trente-cinq places d'agrégés à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine de l'État.

*Paris.* — Pathologie interne et médecine légale, 4; pathologie externe, 3; accouchement, 1; anatomie et physiologie, 1; chimie et toxicologie, 1.

*Bordeaux.* — Pathologie interne et médecine légale, 2; pathologie externe, 1; accouchement, 1; anatomie et physiologie, 1; pharmacie, 1.

*Lyon.* — Pathologie interne et médecine légale, 3; pathologie externe, 1; accouchement, 1; anatomie et physiologie, 1; histoire naturelle, 1; physique, 1; pharmacie, 1.

*Montpellier.* — Pathologie interne et médecine légale, 4; pathologie externe, 1; physique, 1.

*Nancy.* — Pathologie externe, 1; histoire naturelle, 1; chimie et toxicologie, 1.

Art. 2. — Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 20 novembre 1879, pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale);

Le 15 mars 1880, pour la section de chirurgie et accouchements;

Le 1er juin 1880, pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et des sciences physiques.

Art. 3. — Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque faculté.

Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places et pour plusieurs Facultés.

Fait à Paris, le 14 juin 1879.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jacquemier, membre de l'Académie de médecine, décédé le 14 de ce mois, à l'âge de soixante et onze ans. Ses obsèques auront lieu aujourd'hui mardi, à midi très-précis, en l'église Saint-Eugène.

— *Corps de santé de la marine.* — MM. T. Girard de la Barcerie, médecin en chef et V. Morvan, aide-médecin auxiliaire, ont été admis à faire valoir leurs droits à la retraite.

La démission de M. A.-M. Chevrier, médecin de 2e classe, est acceptée.

— La Faculté de médecine de Bordeaux présente, pour la chaire de pathologie générale : en première ligne, M. Vergely ; en seconde ligne, M. Lande.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le 3 novembre 1879 s'ouvriront six concours pour les places de chefs de clinique : 1 de clinique médicale, 1 de clinique chirurgicale, 1 de clinique obstétricale, 1 de clinique ophthalmologique, 1 de clinique des maladies vénériennes et cutanées, 1 de clinique des maladies mentales.

La durée des fonctions est limitée à deux ans ; le traitement est de 1,000 francs.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Anatomie descriptive et dissection,** contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 3e édition, revue et augmentée, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12, avec 1,227 figures intercalées dans le texte.— Prix : 30 francs.— Paris, V. Delahaye et Ce.

**Cours de pathologie expérimentale.** — *Maladies du système nerveux,* leçons professées à la Faculté de médecine par A. Vulpian, doyen de la Faculté de médecine, membre de l'Institut et de l'Académie, médecin de l'hôpital de la Charité, etc., etc., recueillies par M. le docteur Bourceret, ancien interne des hôpitaux, revues par le professeur. — *Maladies de la moelle.* 1 beau vol. gr. in-8° compacte de 518 pages. — Prix : 16 francs. — Paris, Octave Doin.

**Traité des corps étrangers en chirurgie.** *Voies naturelles* : Pharynx et œsophage, estomac, intestin, rectum, voix respiratoire, organes génito-urinaires de l'homme et de la femme, conduit auditif, fosses nasales, canaux glandulaires, par le docteur Alfred Poulet, chirurgien aide-major, surveillant à l'École d'application de médecine militaire au Val-de-Grâce. 1 beau vol. de 800 pages avec 100 figures dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Octave Doin.

**Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie,** par le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière. — Un vol. in-8° de 624 pages. — Prix : 9 francs. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Du passage de la tête fœtale à travers le détroit supérieur rétréci du bassin, dans les présentations du siége,** par le docteur Champetier de Ribes, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris. 1 vol. in-8° de 170 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Octave Doin.

**Étude sur l'intoxication purulente,** comprenant cinq communications faites à l'Académie de médecine, à l'occasion de la discussion sur cette question, pendant les années 1871 et 1872; précédée d'une introduction faisant ressortir la signification générale et les points de vue nouveaux de l'ouvrage. 1 vol. in-8° de 170 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Masson.

**Des névroses spasmodiques, de leur origine, de leurs rapports et de leur traitement,** par le docteur E. Gelineau, ancien médecin de la marine. 1 vol. in-8° de 130 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, Octave Doin.

**De la pyléphlébite suppurative,** par le docteur Paul Thomas Le Dien. In-4° de 120 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, 1879, Henri Rey.

**Considérations sur les suites de couches et les soins à donner aux nouvelles accouchées,** par le docteur Jérôme Mazars. In-8° de 52 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, 1879, Henri Rey.

**Recueil de questions** posées aux cinq examens de médecine et aux accouchements. 18 vol. — Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8353.

N° 70. — JEUDI 19 JUIN 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 19 JUIN 1879. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il y a bien longtemps que nous n'avons vu à l'Académie de médecine une élection aussi chaudement disputée.

Entre les deux candidats présentés *ex æquo* en première ligne pour la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale, M. Gallard et M. Proust, les chances sont restées à peu près égales jusqu'au scrutin de ballottage.

M. Proust l'a emporté en définitive; mais cette élection avait demandé plus d'une heure, et aucune lecture n'a pu trouver place avant le comité secret qui a terminé cette séance.

Dr Victor REVILLOUT.

## HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

### Hématurie : tuberculose de la prostate. Cancer du rein.

Deux malades, de la salle des hommes, sont atteints d'hématurie et de troubles des fonctions urinaires, mais ces symptômes doivent être attribués à des lésions pathologiques tout à fait différentes.

Le premier de ces malades est un jeune homme, âgé de vingt et un ans, exerçant la profession de chiffonnier, métier dur, fatigant, et dans lequel la sobriété est loin de réparer l'insuffisance de l'alimentation, comme nous avons souvent l'occasion de le constater en cet hôpital qui reçoit la plupart des malades du quartier Mouffetard. Il se plaint de douleurs siégeant dans l'abdomen, dans la région épigastrique ; il a rendu fréquemment du sang dans ses urines, depuis deux ans, époque à laquelle il fait remonter le début de sa maladie. A ce moment il a été examiné par M. Desprès qui, ayant trouvé les signes d'une néphrite, appliqua des pointes de feu sur la région dorso-lombaire. M. Desprès pratiqua le cathétérisme, et n'observa rien d'anomal dans la cavité vésicale.

Ce garçon a eu depuis de nouvelles hématuries, et c'est ce qui le ramène à l'hôpital. A cet âge de vingt et un ans, il n'y a que deux maladies qui puissent produire de l'hématurie ; c'est : 1° la présence de calculs dans la vessie; 2° ou bien la tuberculisation de la prostate.

Si nous l'observions chez un homme dans un âge plus avancé, nous pourrions songer à d'autres lésions, telles que les fongosités du col de la vessie, l'hypertrophie fongueuse de la prostate, etc.

Je ne parle pas d'une autre variété, l'hématurie des pays chauds, qu'on trouve chez les habitants de l'île Bourbon et des colonies : elle survient chez les jeunes sujets, mais notre chiffonnier n'a pas habité ces régions, et n'est guère sorti de Paris.

La première exploration à faire était le toucher rectal ; c'est ce que nous avons fait : et immédiatement nous avons reconnu une induration très-notable de la portion droite de la prostate. Cette moitié prostatique est beaucoup plus développée qu'elle ne l'est à l'état normal chez les sujets de cet âge. La moitié gauche est atrophiée. Or, ce fait mérite d'être remarqué, parce que ce garçon est précisément atteint de monorchidie, et c'est du côté gauche que le testicule est resté dans l'abdomen. Il y a là une certaine relation intéressante.

Sous l'influence de calculs siégeant dans la vessie, il pourrait s'être produit une inflammation de la prostate : la prostatite est fréquente chez les calculeux. Mais il est beaucoup plus probable que nous avons affaire à la tuberculisation de cet organe, car l'hématurie existait déjà il y a deux ans, et l'examen de la vessie a été pratiqué dans le but de rechercher la présence de calculs vésicaux, et cet examen a été négatif. La seule objection qu'on pourrait faire à ce diagnostic, c'est que la tuberculisation génitale n'aurait fait aucun progrès depuis deux ans, et qu'elle aurait dû arriver de la prostate jusqu'à l'épididyme, où la tuberculose commence ordinairement. Mais cela n'est pas constant, et la tuberculisation génitale peut avoir son début ailleurs.

Toutes les fois que l'on trouve un malade atteint d'écoulement séreux, tenace et indolent, avec une prostate développée, il faut rechercher la tuberculose dans l'appareil pulmonaire ; on l'y constatera le plus souvent. Si les signes sont seulement douteux, la tuberculose est encore probable.

Chez ce malade nous avons introduit une bougie exploratrice, et nous avons observé un fait sur lequel j'ai maintes fois insisté : la sonde a été arrêtée très-nettement à la portion musculeuse ; c'est l'effet du spasme que je vous ai signalé, et non d'un rétrécissement.

Enfin, nous avons appris que ce malade sort tout récemment du service de M. Guyon, où l'exploration par le cathétérisme a donné aussi un résultat complètement négatif. Nous éliminons donc le diagnostic de calcul urinaire pour admettre celui de tuberculisation de la prostate.

Le second de nos malades hématuriques est un vieillard, âgé de soixante-quatorze ans, c'est un homme de la campagne, voyageant dans les foires pour vendre du pain d'épices. Doué d'une musculature encore assez robuste, il dit que ses forces ont beaucoup diminué depuis peu de temps : il a une teinte jaune qui ressemble beaucoup à celle du cancer ; mais, chez les paysans, l'anémie suffit pour produire cette coloration, et il ne faut pas s'y laisser tromper : ce symptôme n'a, dans ces cas, que peu de valeur pour le diagnostic.

Cet homme raconte que, dans une rixe, il a été battu et roué de coups sur tout le corps ; l'abdomen n'a pas été ménagé.

Au bout de peu de jours après cette aventure, il aurait uriné du sang ; puis, quelque temps après, il aurait remarqué des dépôts anomaux aussi dans l'urine. Trois mois s'écoulèrent ainsi, lorsque apparut une tumeur arrivant jusque dans l'aine gauche, qui grossit considérablement. Elle aurait même acquis un volume plus considérable que celui qu'elle présente actuellement.

L'hématurie continua : aujourd'hui nous avons remarqué que le liquide sanguinolent qui a été rendu est du sang ayant séjourné dans la vessie ; il a une teinte brune, et est chargé de dépôts abondants.

Ces symptômes se rapportent à deux formes d'affections entre lesquelles il serait un peu imprudent de se prononcer. Ce malade a des envies d'uriner à chaque instant. Il est porteur de deux hernies inguinales. Signalons la déformation spéciale du ventre ; la moitié gauche de l'abdomen est occupée par une tumeur volumineuse, qui rappelle la forme que prend l'abdomen dans les cas de kyste unilatéral de l'ovaire. La peau est distendue ; la tumeur s'étend depuis le niveau des fausses côtes, en haut, jusqu'à la partie inférieure de la fosse iliaque, et sur la ligne médiane jusqu'à l'ombilic ; en arrière, elle occupe toute la région lombaire. On peut la mobiliser un peu, et lui communiquer des mouvements d'avant en arrière. Elle semble indolente au toucher ; elle n'adhère pas à la paroi abdominale ; elle présente une certaine résistance, analogue à celle qu'offrent les kystes multiloculaires quand la périphérie est indurée, et que le centre est ramolli et fluctuant.

La disposition de la tumeur fait songer à l'hydronéphrose : on voit quelquefois des dilatations des reins, partant des calices et atteignant un volume égal, avec des bosselures, des inégalités. La tumeur est indolore. Mais, en général, l'hydronéphrose n'a pas un retentissement bien nuisible sur l'économie, et n'amène pas des troubles considérables dans la santé générale, à moins que le développement ne soit très-rapide, et qu'il ne se fasse des hémorrhagies dans cette sorte de tumeur.

Chez notre malade, la tumeur n'a jamais été douloureuse, elle ne l'est pas encore maintenant ; mais l'hématurie existe, et elle paraît avoir existé depuis l'origine du mal.

L'augmentation de volume a été rapide. Enfin l'âge du malade est encore à noter. Tous ces symptômes me font croire au cancer du rein, plutôt qu'à l'hydronéphrose.

Le cancer du rein n'est pas une affection commune. Il peut se développer à tous les âges, mais on le rencontre, de préférence, chez les malades arrivés à l'âge mûr, au-delà de quarante ans. Il succède facilement à des contusions, tandis que l'hydronéphrose a son origine dans l'obstruction de l'uretère par un calcul, par une inflammation voisine, cancer de l'utérus, corps étranger, etc. Enfin une autre maladie précède toujours l'hydronéphrose et l'oblitération de l'uretère. Cet homme, au contraire, a vu sa maladie survenir après un accident. Il n'a pas de rétrécissement de l'urèthre.

Je pense donc plutôt que nous avons affaire à un cancer du rein qui a épuisé ce malade par les hémorrhagies qui l'accompagnent, et aussi par la putréfaction de ce sang dans la cavité vésicale.

D'ailleurs, le pronostic de l'hydronéphrose n'est guère meilleur que celui du cancer du rein ; en effet, un rein étant annulé, l'autre est congestionné et peut, à un moment donné, cesser de fonctionner. L'anurie est donc à craindre continuellement.

Avant de terminer, je voudrais aussi faire une remarque. Vous direz sans doute que le diagnostic pourrait être éclairé par l'examen micrographique des éléments qui constituent les dépôts trouvés dans l'urine ; on pourrait y découvrir des cellules de cancer. Mais il faut savoir qu'à l'état normal, sans qu'il y ait la moindre trace d'état morbide, on trouve ces cellules dans les urines. En effet, les cellules épithéliales qui tapissent le calice et les bassinets sont précisément de grandes cellules épithéliales, presque les plus grandes après celles de l'épithélium buccal. Elles ressemblent énormément aux cellules de carcinome, et il faut, pour reconnaître leur origine, tenir compte de leur forme, qui est régulière, tandis que les cellules du cancer sont très-irrégulières, tant au point de vue de la forme que du volume. C'est cette seule considération qui permettra de distinguer généralement les deux sortes de cellules ; c'est donc un moyen quelque peu incertain.

L'analyse quantitative de l'urine ne pourra encore être guère utile au diagnostic différentiel, parce que, dans les deux cas, la quantité devra être une quantité moyenne, ou un peu au-dessous de la moyenne ; elle atteindra 1,000 à 1,100 grammes au maximum.

---

### HOPITAL NECKER. — M. Potain.

#### Parallèle de l'hystérie et du rhumatisme (1).

II

On voit, par le tableau précédent, que presque tout l'organisme peut être envahi par l'hystérie ou par le rhumatisme ; je ne parle pas du moral. Les deux types ont encore chacun un caractère tout particulier, une impressionnabilité spéciale ; on connaît l'état cérébral des hystériques, mais certaines douleurs rhumatismales ne peuvent disparaître sans que le malade ne soit tourmenté d'une angoisse, d'une anxiété toute spéciale, jusqu'à ce qu'elles soient revenues ; tel goutteux n'est calme que lorsqu'il souffre de son orteil ; si le pied est guéri, le malade devient immédiatement maussade, chagrin, acariâtre.

Comment le médecin pourra-t-il décider à quel ordre de symptômes il a affaire? Il faut s'attacher surtout à la recher-

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 juin.

che du fait propre de l'hystérie ou du rhumatisme. L'hystérie se caractérisera par l'hyperesthésie, l'hémianesthésie, les points fixes, la boule hystérique, l'existence avérée d'attaques convulsives antérieures; les accidents hystériques ont aussi ce caractère spécial; c'est qu'après avoir duré des mois, des années entières, ils cessent subitement, brusquement, presque sans prétexte, et l'état normal reparaît tout à fait complet. Une paraplégie, une paralysie musculaire ayant duré plusieurs années n'est pas suivie de l'atrophie des muscles comme les affections de même nature, mais de cause différente; mais elle laisse le muscle aussi contractile que s'il n'avait pas été paralysé, et tout prêt à entrer en action.

Dans le rhumatisme, on retrouve ordinairement quelque circonstance caractéristique, telle que l'impression du froid humide, la fraîcheur, la douleur dès qu'on se trouve exposé à un léger refroidissement, puis un prompt endolorissement musculaire ou nerveux. L'hérédité a aussi quelque valeur dans cette recherche. Enfin, le rhumatisme n'a pas ses symptômes aussi nettement tranchés que l'hystérie; mais il se diagnostique par exclusion. On ne devra cependant pas oublier ce caractère général des accidents, que le rhumatisme présente des accidents plutôt anatomiques, l'hystérie ayant un cachet plutôt fonctionnel. La mobilité souvent excessive des phénomènes caractérise aussi l'hystérie plutôt que le rhumatisme dont les lésions sont plus durables. Le siège des lésions de l'hystérie, du côté gauche, a aussi une certaine valeur.

Enfin les causes doivent être prises en considération: l'hystérie apparaît sous l'influence d'une émotion parfois très-légère; le rhumatisme est la suite d'un refroidissement. Cependant il faut se défier de cet ordre étiologique: le froid peut déterminer un accès d'hystérie, comme des troubles nerveux seront le signal d'une attaque rhumatismale. Les deux états ont un terrain commun, le système nerveux: ils peuvent s'associer; ils peuvent dériver l'un de l'autre. Telle femme, fille de goutteux, sera hystérique dans sa jeunesse, et, pendant sa vieillesse, elle sera rhumatisante. Il est remarquable que cette hystérie est plus souvent localisée sur les viscères que sur les autres organes: elle a un caractère plus vague. Briquet a signalé l'histoire d'une jeune fille qui devint hystérique à la suite d'un refroidissement; il a publié des cas de coxalgie hystérique, de paralysie hystérique provoquées par le froid et l'humidité, des accès d'asthme dus à la même cause. De même, il est une certaine forme d'angine de poitrine qui est tout à fait particulière, indépendante de la forme grave, et qui se produit seulement chez les femmes nerveuses, chez les hystériques en même temps que chez les rhumatisants. Ces exemples prouvent que l'hystérie et le rhumatisme peuvent s'associer: le froid pouvant être l'excitant du système nerveux qui provoquera l'hystérie, comme le traumatisme peut jouer le même rôle pour réveiller le rhumatisme. (Voir *Gaz. des hôpitaux*, 1879, n° 58: M. Potain. *Rhumatisme; influence du traumatisme*.)

Quelle conclusion devions-nous tirer de toutes ces considérations, pour ce qui concerne la malade qui est l'objet de cette discussion?

L'étude de ces faits montre que cette femme est atteinte d'hystérie et de rhumatisme simultanément; elle était très-impressionnable au froid, surtout du côté gauche, puisque, dans sa loge humide, elle avait toujours la moitié gauche de la figure tournée vers une grande fenêtre près de laquelle elle était assise presque toute la journée; elle était plus sensible de ce côté, puisqu'elle dit qu'elle était obligée, dès qu'elle allait dans la rue, de se couvrir le côté de la face et de la tête avec son bras et sa main pour éviter l'impression très-pénible du froid sur cette région. Mais, à côté de cela, nous avons vu qu'elle était hystérique; le terrain était complètement préparé.

Dès que le refroidissement, la pluie fine et froide, a constitué une cause de rhumatisme, cette cause pouvait, en même temps, devenir le point de départ de troubles hystériques. La douleur violente qui siégeait au côté gauche de la tête peut être attribuée aux deux causes réunies: rhumatisme épicrânien d'abord, ayant augmenté ensuite d'intensité à cause de l'hystérie. C'est là en effet le caractère de l'hystérie; elle donne une intensité excessive à toutes les manifestations morbides. Nous avons donc hier institué le traitement du rhumatisme, et nous avons administré le salicylate de soude. Aujourd'hui même, nous observons un effet admirable, une amélioration absolument inespérée; toutes les manifestations ont diminué d'intensité; la malade voit beaucoup mieux; elle entend le bruit d'une montre; elle ne souffre presque plus. Elle raconte que, cette nuit, elle a eu une expectoration de sang et de matières purulentes, qui l'aurait soulagée considérablement. Nous ne savons guère d'où pouvaient venir ces matières; elles pourraient tenir à un foyer purulent existant dans la profondeur de la gorge, dans le trajet de la trompe d'Eustache où des sécrétions auraient pu s'accumuler, ce qui expliquerait les douleurs d'oreille et la surdité, etc. Nous ne pouvons que faire des hypothèses à ce sujet.

En dehors de cette cause inconnue d'amélioration, devons-nous attribuer au salicylate de soude l'effet si prompt et si décisif que nous observons ce matin? Non assurément. Ce médicament n'est ni si actif ni si puissant: cependant nous pouvons affirmer que l'amélioration ainsi obtenue par cet agent prouve l'origine rhumatismale de l'affection, en même temps que la rapidité de la disparition des phénomènes nous rappelle précisément le caractère de mobilité que l'hystérie a imprimé à ces manifestations rhumatismales.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Guibout.

### L'urticaire.

(Leçon recueillie par M. Anatole Chauffard, interne du service.)

L'urticaire est une affection de la peau caractérisée par des lésions très-analogues à celles que produit le contact de l'ortie, ou *urtica*; de là le nom qui lui est donné le plus souvent. Alibert, cependant, avait imposé à cette affection le nom de cnidosis (du grec κνίδη ortie); mais, malgré son autorité, malgré l'autorité de Bazin, qui voulait réserver le mot de cnidosis à l'urticaire chronique, cette appellation est aujourd'hui tombée en désuétude. Tenons-nous-en donc au mot d'urticaire, et voyons rapidement quels sont les principaux caractères cliniques de cette singulière affection.

D'une façon générale, l'urticaire est constituée par des élevures irrégulièrement arrondies, variables dans leurs dimensions, et d'un rose pâle, tandis que la peau qui les supporte présente une coloration légèrement érythéma-

teuse. Ces élevures ont, en outre, deux caractères distinctifs précieux pour le diagnostic : elles sont très-fugaces, surgissent presque subitement, pour ne durer que quelques instants, et disparaissent aussi vite. Elles s'accompagnent en même temps d'une cuisson ardente, d'un prurit souvent très-pénible, que l'on a appelé urtication.

Mais tout n'est pas fini quand cette poussée si rapide d'urticaire a disparu; quelques heures après, ou le lendemain, la série des mêmes phénomènes peut se reproduire, avec tous ses caractères d'instabilité et de douleur brûlante.

Telle est la forme type, pour ainsi dire, de l'urticaire, la forme papuleuse, l'*urticaria papulata;* à côté de celle-ci, nous rangerons toute une série de variétés, qui n'en sont séparées que par des différences d'une importance très-secondaire; la lésion cutanée peut consister en simples macules rosées, comme dans l'*urticaria maculosa,* ou former des saillies comme tubéreuses; d'autres fois, enfin, l'éruption se fait sous forme de vergetures allongées, de lignes courbes ou sinueuses, et l'on a désigné cette variété sous le nom d'*urticaria gyrata.*

Du reste, quels que soient ses caractères d'étendue, de forme, de coloration, l'éruption amène toujours avec elle les mêmes sensations douloureuses de prurit, ou de démangeaison cuisante.

Si nous étudions maintenant l'urticaire au point de vue de son évolution et de ses formes, nous voyons que cette affection est le plus souvent aiguë, et revient, par poussées intermittentes, pendant un nombre de jours variable; telle est, par exemple, la *fièvre ortiée,* de nature pseudo-exanthématique, et assez commune pendant le printemps. D'autres fois, au contraire, mais plus rarement, l'urticaire devient chronique; elle ne provoque alors aucun mouvement fébrile, et peut persister pendant un temps presque indéfini. Mais que l'affection soit aiguë ou chronique, sa lésion cutanée reste toujours aussi fugace, aussi prompte à s'évanouir, d'où le nom caractéristique d'*urticaria evanida.* L'éruption peut d'ailleurs se montrer de préférence, suivant les cas, soit pendant le jour, soit, ce qui est plus fréquent, pendant la nuit. C'est dans ce dernier cas que l'urticaire chronique peut prendre une véritable gravité, à cause des insomnies, de l'amaigrissement, de l'anorexie, de l'état de surexcitation nerveuse qu'elle détermine.

La valeur séméiologique de l'urticaire dépend entièrement de sa cause déterminante. Tantôt l'éruption est de cause externe, provoquée, par exemple, par le contact d'orties, ou de certains insectes, tels que la punaise; elle ne dure alors qu'autant que la cause accidentelle qui la produit; tantôt elle relève d'une cause interne, et ici nous devons en distinguer plusieurs variétés.

Sous sa forme pseudo-exanthématique, l'urticaire se montre surtout au printemps, s'accompagne de fièvre, et présente une durée quelquefois assez longue.

Est-elle l'expression, l'écho extérieur d'un trouble des fonctions digestives, elle reconnaîtra pour cause, tantôt l'ingestion accidentelle de certains mets excitants, tels que des moules, du homard, etc.; tantôt une dyspepsie chronique, qui imprimera à son évolution le même caractère de chronicité.

Enfin, je dois vous dire que, dans certains cas, l'urticaire paraît être purement spasmodique et nerveuse, et liée à une colère vive, à une frayeur, à une contrariété inattendue. Erasmus Wilson, qui a bien décrit cette variété d'urticaire, en a donné une explication ingénieuse. D'après lui, la papule ortiée serait due, en ce cas, à la contraction des muscles lisses de la peau qui prendraient leur point d'insertion fixe sur le chorion, et leur point d'insertion mobile sur les follicules pileux, ou les glandes sébacées.

Je ne vous dirai rien du pronostic de l'urticaire; il ressort de tout ce que je vous ai déjà dit. Quant à son diagnostic, il est en général facile. Seul l'érythème papuleux pourrait peut-être prêter à la confusion; encore pourra-t-on presque toujours le reconnaître sans peine à sa coloration d'un rouge vif, à son indolence presque complète, à sa durée persistante, et même dans sa forme chronique, en effet, dans l'*urticaria perstans,* l'éruption ortiée ne reste jamais localisée au même lieu, elle se promène de place en place, ne quittant une région que pour en envahir une autre.

Le traitement de l'urticaire est des plus simples, et varie suivant l'origine et la signification de l'affection. Si l'urticaire est de cause externe, ou relève d'un trouble digestif, passager et accidentel, ou d'une vive émotion nerveuse, c'est à l'hygiène seule qu'il faudra recourir pour empêcher la reproduction des accidents. La thérapeutique devra, au contraire, intervenir dans les formes chroniques liées à des troubles dyspeptiques permanents. En ce cas, vous devrez recourir, suivant les indications particulières, soit à la médication vomitive, soit aux purgatifs naturels, soit aux stimulants, tels que la strychnine, que je prescris volontiers sous la forme suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Eau distillée. . . . . . . . | 120 | grammes |
| Sulfate de strychnine. . . | 2 | centigrammes |
| Sirop de menthe. . . . . | 50 | grammes |

une cuillerée à bouche avant chacun des trois principaux repas.

Enfin, vous emploierez avec grand avantage les eaux minérales alcalines et gazeuses, telles que les eaux de Vals ou de Vichy, qui réveilleront l'appétit, et rendront surtout les digestions plus faciles et plus rapides.

---

**HOPITAL DU MIDI. — M. Ch. Mauriac.**

---

**Du bubon d'emblée** (1).

II

Obs. II. — M. D..., âgé de trente-quatre ans, contracta une blennorrhagie violente à la fin de mars 1877, et, vers le 19 janvier 1878 il lui survint, sans autre cause appréciable et spontanément, un gonflement douloureux un peu au-dessous du pli de l'aine droite, à la partie supérieure du triangle de Scarpa, c'est-à-dire en un point où ne se produisent pas d'ordinaire les adénites symptomatiques de l'inflammation uréthrale. Du reste la tumeur ne suivit pas le même processus que ces adénites, car elle augmenta progressivement de volume jusqu'à atteindre celui d'un œuf, devint rouge, douloureuse, se ramollit à son centre, puis dans toute son étendue, et s'ouvrit dans les premiers jours de février.

Il en sortit une grande quantité de pus, sans aucun soulagement pour le malade, car l'ouverture s'agrandit rapidement de jour en jour, si bien que la tumeur fut bientôt convertie en une vaste ulcération, profonde, déchiquetée, avec des bords taillés à pic, décollés et des anfractuosités fongueuses au-dessous d'eux.

Quand ce malade entra dans mon service, le 19 mars 1878, cette ulcération inguinale durait depuis plus d'un mois. Malgré la gêne

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 juin 1879.

et la douleur qu'elle lui causait, il avait pu continuer son travail jusqu'à la fin de février. Il l'avait cessé depuis les premiers jours de mars.

Il m'affirma qu'il examinait ses parties génitales avec la plus grande attention, surtout depuis sa blennorrhagie qu'il traitait par des injections, et qu'à aucun moment, depuis le dernier coït, il n'avait vu la moindre ulcération ou écorchure sur le gland, la verge, les bourses ou les régions adjacentes. L'anus non plus n'avait pas été malade, et il n'avait eu aucun bouton ou furoncle sur l'extrémité inférieure correspondante. J'explorai minutieusement toutes ces parties et je n'y découvris l'existence actuelle ou les vestiges d'aucune lésion ayant pu produire l'ulcération inguinale.

Comme il n'était pas possible de l'attribuer à la blennorrhagie, il fallait bien admettre qu'elle s'était établie dans les mêmes conditions qu'un bubon d'emblée, c'est-à-dire sans chancre préalable.

Il s'agissait de déterminer sa nature. Le liquide séro-purulent qui s'en écoulait avec abondance fut soigneusement inoculé à plusieurs reprises sans donner aucun résultat.

Voici quels étaient les caractères du pseudo-chancre inguinal le 21 mars (septième ou huitième semaine de l'affection) :

Il occupait la base du triangle de Scarpa et son bord supérieur se trouvait à deux centimètres au-dessous du pli inguinal. De forme oblongue dans le sens de ce pli, il mesurait 5 centimètres de longueur sur 3 de largeur et 2 de profondeur. Les bords étaient taillés à pic et anfractueux, et on voyait dans le fond des excavations en pleine activité ulcéreuse, tandis que sur d'autres points, au contraire, il y avait un commencement de réparation. C'était en bas que se manifestait cette tendance, tandis qu'en haut le caractère phagédénique était très-accusé. La sécrétion qui se faisait encore sur toute la surface, mais principalement dans sa zone phagédénique, était séreuse plutôt que purulente et elle produisait sur le linge des taches grises, homogènes, avec un liséré noir périphérique, semblable à des taches de sperme. Le fond n'était pas vermoulu comme dans le chancre simple, mais plutôt d'un rouge foncé avec une certaine transparence. Il existait tout autour un empâtement mal circonscrit et dur. Élancements douloureux et grande gêne pour la marche.

Aucune adénopathie ni dans les aines ni sur d'autres parties du corps. Aucune trace d'éruption. Bonne santé à tous égards. Blennorrhagie purulente, mais peu inflammatoire actuellement. Aucune manifestation syphilitique.

C'est cependant à cette maladie constitutionnelle que je rattachai l'affection inguino-crurale, et je le fis sans hésitation, même avant d'en avoir infructueusement inoculé le muco-pus. Je vis là un exemple de grosse tumeur gommeuse des ganglions, simulant une adénite sub-inflammatoire avant de s'ouvrir; et un chancre plus ou moins phagédénique après avoir évacué son contenu.

Je crois que la blennorrhagie n'avait pris aucune part à son étiologie, même comme cause excitante. Il n'en était pas moins bizarre que cette gomme fût survenue quelques jours après elle et à la suite d'un coït plus que suspect. N'y avait-il pas là un concours de circonstances propre à faire supposer qu'il s'agissait d'un bubon d'emblée ? C'est ce qu'on n'aurait pas manqué de faire avant qu'il fût d'usage de recourir à l'inoculation comme moyen de diagnostic.

Le malade avait contracté, en 1872, un chancre balanique qui avait laissé une cicatrice déprimée et était survenu quinze jours après le dernier coït. Il ne s'était point compliqué de bubon. Deux mois après le chancre, taches sur le corps, boutons sur le front, croûtes dans les cheveux, plaques muqueuses à la bouche et à l'anus. Traitement par le mercure et l'iodure de potassium. Ces premières manifestations durèrent trois ou quatre mois; il ne s'en est pas reproduit depuis. Le traitement n'a pas été poursuivi au-delà des accidents, et, depuis la fin de 1872, il n'a plus été question de syphilis pour ce malade.

Je prescrivis un traitement composé de bi-iodure ioduré et d'iodure. On pansa l'ulcération avec du cérat simple. L'action curative des spécifiques ne tarda pas à se montrer; leur premier effet fut de diminuer, de faire disparaître les phènomènes inflammatoires et d'arrêter le phagédénisme; le second, de combler les anfractuosités du fond, d'affaisser et d'amincir les bords, d'élever et de régulariser la base; le troisième, d'amener la cicatrisation qui était à peu près complète vingt-trois jours après qu'on eut commencé à administrer les spécifiques.

Comme exemple des déterminations de la syphilis sur la région inguinale, je vais rapporter encore le cas suivant. Il eût été difficile sans doute de méconnaître ici la nature de la lésion, mais elle ressemblait tellement à certains bubons chancreux que je ne crois pas inutile de la décrire avec quelques détails.

Obs. III. — M... (Jean), âgé de cinquante-quatre ans, entre le 16 juin 1876, salle 7, lit 2, présentant dans chaque aine deux tumeurs symétriques, grosses à peu près comme un œuf, oblongues dans le sens du pli inguinal, rouges, fluctuantes dans toute leur étendue et semblables à deux vessies remplies de pus. A tous égards, leurs caractères physiques étaient identiques à ceux des bubons chancreux arrivés à leur pleine maturité et sur le point de s'ouvrir.

Il y avait environ trois semaines à un mois que le malade avait vu se former symétriquement dans les deux aines, vers le milieu du pli inguinal et un peu au-dessus de lui, deux grosseurs, assez indolentes au début qui augmentèrent peu à peu de volume, restèrent ainsi pendant quelques jours, adhérèrent à la peau qui devint rouge, se ramollirent enfin et finirent par constituer deux poches liquides très-nettement circonscrites.

La verge, les bourses, les cuisses, le périnée, l'anus, aucune des régions dont les lymphatiques se rendent aux aines n'avait présenté une lésion quelconque, capable d'expliquer l'apparition de ces deux tumeurs.

Du reste, il y avait plus de six mois que le malade n'avait vu de femmes.

Il se portait habituellement bien. Il avait eu plusieurs blennorrhagies dans sa jeunesse, mais jamais de chancre. Marié et père de quatre enfants bien portants, il était resté vingt ans sans aucune maladie vénérienne, lorsque dans le courant du mois de mai 1874 il contracta un écoulement qui ne dura, dit-il, que trois ou quatre jours et fut guéri par des injections. Il ne se produisit aucun chancre. Néanmoins, en janvier 1875, plaques muqueuses sur les bourses et dans la gorge. Il se fit traiter par moi à ma consultation de l'hôpital, et je lui prescrivis un traitement hydrargyrique. Un an après, en janvier 1876, il entra dans mon service pour des éruptions syphilitiques superficielles sur les muqueuses. Il en était guéri depuis février, lorsqu'à la fin de mai se produisirent les deux tumeurs inguinales (dix-huitième mois des premiers accidents syphilitiques).

Il était impossible de ne pas établir une corrélation entre cette syphilis et les tumeurs. Aussi je diagnostiquai : gommes des ganglions inguinaux. Ce qu'il y avait de remarquable en elle, c'était la régularité de leur conformation et leur parfaite symétrie. J'ai observé ce fait fréquemment dans les productions gommeuses. Aussi ai-je toujours été étonné de voir un observateur aussi perspicace que M. Hutchinson regarder l'asymétrie comme un caractère distinctif des lésions tertiaires.

J'essayai d'évacuer le contenu de ces tumeurs inguinales avec l'appareil aspirateur; mais toutes les tentatives que je fis furent infructueuses. Plus tard, je fus obligé de les ouvrir à cause de l'amincissement de la peau qui compromettait sa vitalité sur de larges surfaces. Il en sortit une grande quantité de pus épais, exhalant une mauvaise odeur.

Une fois ouvertes, ces lésions ne manifestèrent aucune tendance à la cicatrisation. Au contraire, elles s'agrandirent et ne tardèrent pas à devenir phagédéniques. Les lambeaux de peau se couvrirent d'ulcération et se perforèrent sur plusieurs points; on fut obligé de les exciser.

Les deux ulcérations phagédéniques des aines restèrent parfaitement symétriques. Elles mesuraient 6 ou 7 centimètres de longueur sur 3 ou 4 de largeur et 2 de profondeur. Leurs bords déchi-

quetés, irréguliers, taillés à pic, rappelaient ceux des ulcérations consécutives aux bubons chancreux. Leur fond était granuleux et pultacé. Elles suppuraient abondamment.

Pour compléter la ressemblance de ces lésions avec des chancres, il se produisit d'une part au pubis, d'autre part sur l'une des cuisses, deux pustules d'ecthyma simulant deux chancres d'inoculation.

J'inoculai plusieurs fois le pus des ulcérations phagédéniques ainsi que celui de ces pustules, sans obtenir aucun résultat. Évidemment ce virus chancrelleux n'était pour rien dans leur production.

Après avoir abandonné pendant quelque temps ces lésions à leur marche naturelle, je fis prendre de l'iodure de potassium à haute dose. L'amélioration étonnante obtenue en quelques jours par l'administration de ce spécifique aurait levé tous mes doutes sur la nature de l'affection, si j'en avais eu. Les surfaces ne tardèrent pas en effet à se déterger et la suppuration diminua rapidement. Les bords s'amincirent, le fond s'éleva, et au bout de dix ou quinze jours on vit se faire sur divers points un commencement de travail cicatriciel. Des pansements à l'iodoforme achevèrent la guérison commencée et continuée par les hautes doses d'iodure.

Les descriptions qu'on vient de lire me semblent avoir une importance clinique qui dépend tout à la fois de la rareté et de la manière dont les ulcérations inguinales sont survenues.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juin 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

M. le Ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts transmet ampliation d'un décret de M. le Président de la République qui approuve l'élection faite par l'Académie de M. le docteur Duplay pour remplir la place devenue vacante dans la section de médecine opératoire par suite du décès de M. Voillemier.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes-rendus des épidémies observées en 1878 dans les départements de la Loire, de Meurthe-et-Moselle, de l'Allier; 2° le rapport de M. le médecin inspecteur d'Évian pour l'année 1877.

La correspondance non officielle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Ferrand qui se porte candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique; 2° un mémoire manuscrit de M. le docteur Dechaux de Montluçon, intitulé : *Une lacune dans la fécondation humaine.* (Commissaires, MM. Luys et Moreau.)

### ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale.

La commission, par l'organe de M. Lagneau, rapporteur, présente les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, *ex æquo,* MM. Gallard et Proust; en deuxième ligne, M. Léon Collin; en troisième ligne, M. Lunier; en quatrième ligne, M. Besnier; en cinquième ligne, M. Vallin.

En outre, M. Brouardel est ajouté à la liste sous le titre de candidat de l'Académie.

Le nombre des votants étant de 81, majorité 41, M. Gallard obtient 26 suffrages; M. Proust, 26; M. Lunier, 13; M. Léon Collin, 11; M. Besnier, 4; M. Brouardel, 1.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité des suffrages, il est procédé à un deuxième tour de scrutin.

Le nombre des votants étant de 78, majorité 40, M. Proust obtient 37 voix; M. Gallard, 36; M. Léon Collin, 4; bulletin blanc, 1.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue, il est procédé à un scrutin de ballottage entre les candidats qui ont obtenu le plus grand nombre de suffrages.

Le nombre des votants étant de 79, majorité 40, M. Proust obtient 46 voix, M. Gallard, 33.

En conséquence, M. Proust, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie dans la section de médecine légale.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre plusieurs rapports de prix.

## BIBLIOGRAPHIE

I. **Fragments de philosophie médicale,** leçons d'introduction aux études cliniques, discours et notices, par M. le docteur Ch. Schutzenberger, professeur de clinique à l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Masson.

II. **Fragments d'études pathologiques et cliniques.** 1 vol. in-8°, avec planches chromo-lithographiées, par le même. — Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson.

Ces deux ouvrages sont le résumé d'un enseignement de trente années, dans lequel le professeur Schützenberger a déployé une ardeur, un talent et un désintéressement qui lui ont fait le plus grand honneur, et qui n'ont pas peu contribué à l'honneur même de notre ancienne Faculté de Strasbourg.

I. Le premier volume de ce recueil contient les leçons d'introduction, discours, notices et fragments de philosophie médicale déjà publiés, pour la plupart, dans la *Gazette médicale de Strasbourg.* Indépendamment du mérite intrinsèque de chacun de ces morceaux, leur réunion leur donne une valeur d'autant plus grande à nos yeux qu'on y voit, en quelque sorte, non-seulement toute la pensée scientifique et philosophique d'un homme qui a occupé un rang élevé et rempli une mission importante dans l'enseignement, mais comme un reflet de l'évolution de l'école dont l'auteur a été un des plus éminents représentants.

Mais, avant d'énumérer ces articles, il est bon de faire un pas en arrière et de rappeler quel était l'état de la science au moment où M. Schützenberger est entré dans l'enseignement. C'est en marquant ce point de départ qu'on pourra mieux se rendre compte de la part contributive du professeur et de son école aux progrès récents de notre science.

C'était en 1834 que M. Schützenberger faisait son entrée dans l'enseignement, c'est-à-dire à l'époque où la doctrine physiologique, encore vivement défendue par quelques ardents adeptes, commençait à céder devant l'organicisme anatomique de l'École de Paris, où l'École de Montpellier défendait encore avec vigueur, tout à la fois contre le physiologique et l'anatomique, la tradition hippocratique dont elle s'était constituée la fidèle gardienne, tandis que l'Allemagne, sous l'impulsion de l'école physiologique de Müller d'une part, et de l'école de Rokitanski d'autre part, sortait de son ancien dogmatisme pour suivre, en le transformant et en le dépassant sur certains points, le mouvement scientifique imprimé par la France. Tiraillé en sens contraires par les doctrines divergentes alors en lutte, M. Schützenberger pensa sagement que, pour se faire une conviction dans de telles conditions, il fallait chercher à se rendre compte de la cause de ces divergences et de l'incohérence qui s'ensuivait dans la pratique. La cause principale lui ayant paru être le vice des méthodes scientifiques suivies, il resta convaincu que ce qui importait avant tout pour la bonne direction à donner à l'enseignement médical, était moins de s'attacher à une doctrine qu'à une bonne méthode. C'est à l'exposé, au développement et à l'application de cette méthode, qu'il résume par les mots de *rationalisme expérimental*, que sont consacrés les divers fragments qui composent ce premier volume. Tels sont, entre autres, ceux qui ont pour titre : *De la science et de la pratique; La médecine, son esprit et sa mission, son caractère d'art et de science; Du but et de l'esprit des travaux cliniques; De la méthode à suivre dans les études cliniques; Du médecin, des conditions morales de son développement,* etc., qui ont servi de discours d'in-

troduction à ses cours. Dans divers articles insérés dans les journaux du temps, il a traité quelques autres questions du même ordre, telles que : *Des idées scientifiques qui doivent dominer la direction des travaux cliniques ; La création d'un laboratoire de chimie pathologique, annexé aux cliniques de la Faculté de Strasbourg ; Les recherches microscopiques et la clinique médicale ; De l'influence du mouvement scientifique sur la thérapeutique médicale ; Fragments d'études sur les écoles pathologiques modernes de l'Allemagne ; Des principes de spécification des maladies ; De la fixité des lois de la vie*, etc. Suivent une série d'articles détachés sur l'enseignement médical et sur la profession, qui, bien que rédigés en vue des réformes jugées utiles il y a plus de dix ans, n'en conserveraient pas moins encore aujourd'hui de l'actualité sur beaucoup de points.

II. Le deuxième volume contient des fragments d'études pathologiques et cliniques. Ce sont, pour la plupart, des comptes-rendus des leçons cliniques professées dans ses cours annuels, auxquels l'auteur a ajouté plusieurs mémoires plus ou moins anciennement publiés dans les journaux. Bien que ces leçons et ces mémoires doivent, sur certains points, être aujourd'hui un peu en retard, ils n'en ont pas moins tous de l'intérêt, ne fût-ce qu'au point de vue historique et comme témoignage de la coopération active de l'École de Strasbourg, dans le mouvement scientifique de l'époque où nous reportent ces travaux, et de la part considérable qui en revient en particulier à M. Schützenberger. On y voit, en effet, que sur plusieurs points importants, cet éminent clinicien avait pris les devants des progrès qui se sont étendus et généralisés depuis : telles sont, par exemple, ses recherches sur la température, sur la spirométrie, et ses premières études sur la syphilis cérébrale, enfin sur l'usage des bains froids. Ajoutons que c'est sous son inspiration qu'a été pratiquée la première ovariotomie à Strasbourg. N'y eût-il, dans les fragments réunis de ce volume, que ces éléments intéressants d'histoire, que nous devrions féliciter et remercier l'auteur de nous les avoir conservés et transmis ; mais il y a plus et mieux que cela. Dans la plupart de ces fragments, ceux-là même qui pourraient être considérés comme les plus arriérés au point de vue théorique, on est toujours certain de trouver cette valeur propre qui appartient à toute observation bien faite et consciencieusement rapportée.

Nous venons de traduire le plus fidèlement possible l'impression qui nous est restée après avoir rapidement parcouru ces deux volumes. Mais cette impression ne donnerait sans doute qu'une idée bien imparfaite de ce qu'a été en fait l'enseignement de M. Schützenberger, à en juger par l'unanimité avec laquelle tous ses anciens élèves, dont quelques-uns aujourd'hui sont des maîtres, en ont rendu témoignage. Voici en quels termes M. Villemin, qui s'honore d'avoir été son élève, s'exprimait tout récemment à son égard, en présentant en son nom ces deux volumes à l'Académie de médecine : « Voué avec ardeur, avec passion, à l'enseignement de la jeunesse médicale qui se pressait à ses leçons, M. Schützenberger lui consacrait tout son temps et toute son intelligence, avec ce désintéressement que les hommes de grand cœur savent seuls apporter à l'accomplissement d'une pareille tâche. »

Ajoutons qu'au mérite scientifique, M. Schützenberger a joint celui d'un sentiment délicat et d'une bonne œuvre, en dédiant ce recueil à ses anciens élèves, et en le vendant au profit de l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Par arrêté en date du 10 juin 1879, MM. Prunier, Haller et Quesneville ont été institués agrégés des écoles supérieures de pharmacie (section de physique, chimie et toxicologie).

— *Hôpitaux de Paris.* — M. Féréol passe de Lariboisière à Beaujon, en remplacement de M. Gubler, décédé. M. Descroizilles passe de Sainte-Périne à Lariboisière. M. Gouraud passe de Lourcine Sainte-Périne. M. Gouguenheim passe du Bureau central à Lourcine.

— La Société française d'hygiène vient d'ouvrir un *établissement vaccinal* qui tiendra constamment à la disposition des familles et des médecins du vaccin d'enfant et du vaccin de génisse.

Un service de vaccinations gratuites fonctionne tous les mardis, de midi à une heure, à la Société d'encouragement, 44, rue de Rennes.

Un second service, à un prix très-modéré, fonctionne le jeudi à trois heures dans la salle des Conférences, boulevard des Capucines, nº 39.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 22 juin, au Raincy et à Bondy. Rendez-vous à la station du Raincy, à l'arrivée du train partant de Paris (gare de l'Est) à onze heures trente minutes.

— M. Georges Ville, professeur-administrateur au Muséum, ouvrira ses conférences agricoles de 1879 au champ d'expériences de Vincennes le dimanche 22 juin à deux heures précises. Il fera l'histoire des applications les plus récentes de la science à l'agriculture. Les conférences auront lieu les dimanches 22 et 29 juin, 6, 13, 20 et 27 juillet.

Le champ d'expériences de Vincennes est situé à l'extrémité de la route de la Tourelle, près la redoute de Gravelle.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8364.

N° 71. — SAMEDI 21 JUIN 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 21 JUIN 1879. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Paralysie hystérique, attitude vicieuse, pied bot consécutif.

Les paralysies hystériques sont toujours étranges dans leurs allures. Elles apparaissent à l'occasion d'un rien. Elles persistent durant des semaines, des mois, des années, sans qu'on parvienne à les modifier par les traitements les plus rationnels. Puis elles se dissipent souvent un beau jour, sans laisser de traces, et cela sous le moindre prétexte, si je puis m'exprimer ainsi. C'est le triomphe des agents psychiques, des médications perturbatrices, bizarres, ou à grand fracas. Le médecin qui les guérit hésite à croire en son remède. Mais, en dehors du traitement de ces paralysies elles-mêmes, on a parfois à intervenir d'une manière rationnelle et efficace pour faire disparaître certaines conséquences qu'elles entraîneraient après elles et qui pourraient subsister plus longtemps.

Tel était le cas chez une malade qui est couchée salle Saint-Joseph n° 22, à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. Damaschino.

Cette femme a été prise, par deux fois, d'une paralysie à peu près complète des quatre membres, dans des circonstances qui ne laissent guère de doute sur la nature de cette affection. Ce n'est certes pas une myélite proprement dite qui eût aboli du soir au matin le mouvement dans les deux bras et dans les deux jambes pour en permettre le rétablissement, la première fois, à très-bref délai. Non, il s'agit bien évidemment de phénomènes rentrant dans le cadre de l'affection décrite dès le siècle dernier par Robert Whyte et qui a reçu de nos jours les noms de nervosisme, hystéricisme, etc. Comme, en dehors des convulsions, les symptômes en sont les mêmes que ceux de l'ancienne hystérie, comme on sait maintenant, surtout grâce aux beaux travaux de M. Briquet, le peu d'importance réelle des crises convulsives, alors qu'elles existent, rien n'empêche d'employer ici le mot de paralysie hystérique en l'expliquant.

Si le récit de cette femme est exact, je le répète, elle n'a jamais eu de grandes crises. Elle n'a pas même eu la boule hystérique, cette sensation de corps étranger remontant de l'estomac au pharynx. Mais elle a souvent ressenti comme une sorte de constriction de la gorge, et on retrouve, en outre, chez elle, tout un ensemble de névralgies parfaitement caractéristiques pour le tempérament nerveux.

Ce qu'elle se rappelle surtout jusqu'à l'époque de son mariage, ce sont des névralgies de la tête, extrêmement violentes, extrêmement tenaces. Autrement, dit-elle, elle se portait bien. Elle s'est mariée à vingt et un ans. Devenue enceinte presque tout de suite, elle a perdu du sang à peu près tous les jours pendant les quatre premiers mois de sa grossesse. Elle est accouchée heureusement à terme d'un enfant vivant. Peu de temps après, elle est redevenue enceinte, et, comme la première fois, elle a souffert de pertes qui se sont prolongées durant plusieurs mois.

Une nouvelle grossesse, qui s'était présentée d'une façon normale, sans perte de sang, s'est terminée vers le milieu du septième mois par un avortement, qu'a provoqué une chute dans un escalier. A partir de cet avortement, les pertes reparurent, à peu près incessantes. Elles se continuèrent longtemps, puis des névralgies de la tête, vraiment atroces, leur succédèrent. Dans ces conditions, cette femme éprouva un jour une émotion vive. Le feu venait de prendre à la maison qu'elle habitait. Les douleurs névralgiques de la tête s'apaisèrent, et l'on pouvait croire que, somme toute, l'effet de cette émotion violente serait plutôt avantageux, lorsque, s'étant couchée la veille au soir en très-bonne santé apparente, environ quinze jours après l'incendie, un matin cette femme, en voulant se lever, s'aperçut qu'elle ne pouvait plus exécuter le moindre mouvement d'aucun de ses membres. En recherchant un peu dans ses souvenirs, elle se rappelle qu'elle avait éprouvé des douleurs dans les membres et un sentiment de fatigue depuis quinze jours environ, c'est-à-dire depuis le moment où elle avait été effrayée.

En même temps que la paralysie s'était déclarée, les douleurs avaient pris une acuité très-grande, elles s'étaient exaspérées au point de devenir atroces dès qu'on faisait la moindre tentative pour déplacer les membres. Aussi, pendant trois mois entiers, la malade resta couchée, immobile sans qu'on pût même la changer de linge. Au bout de ces trois mois les mouvements reparurent successivement dans la main droite et le bras droit, puis dans le membre supérieur gauche, puis dans la jambe droite, puis dans la jambe gauche. Pouvant déjà un peu marcher, cette femme partit pour la campagne où elle séjourna quelques semaines, chez sa mère. Elle s'y rétablit avec une grande rapidité. Quand

elle revint à Paris, elle avait repris complètement ses forces, ne souffrait plus nulle part, et elle put sans peine se remettre au travail.

Ainsi cette première paralysie, qui s'accompagnait de douleurs dans la continuité des membres, et surtout au niveau des articulations, finit par disparaître, comme elle était venue, spontanément.

Quelque temps après, cette femme, parfaitement guérie, redevint enceinte. Elle eut encore, durant cette grossesse, des pertes de sang, mais non plus irrégulières, presque incessantes, comme durant les deux premières. Elle voyait, dit-elle, environ deux fois par mois, et cela jusqu'à l'accouchement, qui fut heureux. Les douleurs névralgiques de la tête recommencèrent ensuite et la firent longtemps souffrir, la menstruation se troubla. Souvent il se passait plus d'un mois sans que les règles reparussent, puis elles revenaient coup sur coup ou se prolongeaient outre mesure. Elle se trouvait ainsi au milieu d'une perte lorsque, quatre mois environ après ses couches, elle eut de nouveau l'émotion d'un incendie : le feu avait pris chez un voisin, un boulanger qu'elle connaissait beaucoup. Vers la même époque elle fit une chute. L'écoulement sanguin s'était arrêté subitement ; elle avait perdu l'appétit ; elle dépérissait à vue d'œil, elle recommençait à souffrir dans les membres comme avant sa paralysie, elle se sentait extrêmement fatiguée, sans cause pour cette fatigue. Au bout de quelques jours elle se mit à vomir à peu près tout ce qu'elle prenait. Elle ne perdait pas complètement connaissance, mais souvent, suivant ses expressions, elle se *sentait s'en aller*, et était obligée de s'asseoir. Sur ces entrefaites survint la fête du village où elle est née. Sa mère, marchande de vins, la fit venir pour tenir la caisse. Elle se fatigua excessivement durant trois jours et trois nuits, sans interruption. Cependant elle ne se sentait pas plus mal que d'ordinaire quand, le quatrième soir, sur les instances de son mari, elle se coucha. Le lendemain, 8 septembre 1878, elle était de nouveau paralysée. Elle essaya de se lever, mais, ne pouvant se tenir debout, elle alla tomber lourdement sur l'angle d'un meuble, où elle s'abîma le nez et le front. On la ramena à Paris, et elle se fit conduire à l'hôpital Beaujon. Là, comme elle se plaignait toujours de souffrir dans la continuité des membres, et particulièrement au niveau des genoux et des cous-de-pied, on la regarda comme atteinte de rhumatisme. On lui fit prendre du salicylate de soude, de la quinine, de l'iodure de fer, etc. Son état ne fut pas amélioré par tous ces remèdes, et, comme on avait négligé de protéger les pieds paralysés contre le poids des couvertures, ils prirent peu à peu une attitude vicieuse, dans laquelle ils s'étaient fixés, lorsque la malade fut transférée dans le service de M. Damaschino.

A ce moment, le 31 mai dernier, on les trouvait pour ainsi dire enroulés sur eux-mêmes, de dehors en dedans, comme il arrive chez les enfants à la suite d'une paralysie du long péronier latéral. Les muscles des jambes étaient généralement atrophiés dans une très-forte proportion, le mollet était flasque et mince, mais l'électricité y provoquait encore de fortes contractions, et un effort de volonté arrivait même à y durcir les muscles. Dans la région antéro-externe de la jambe, au contraire, on ne parvint pas à exciter les péroniers, etc., avec l'appareil faradique du service, ce qui ne prouve rien pour l'abolition de la contractilité électrique de ces muscles, car cet appareil est insuffisant. Du reste, comme l'a remarqué avec raison, à propos de cette malade, notre cher ami le docteur Chrysaphis, ancien chef de clinique de Duchenne (de Boulogne), l'allongement extrême d'un muscle dans une position vicieuse, quand il se prolonge quelque temps, suffit pour amener son impotence et le rendre rebelle aux excitations soit électriques, soit volontaires.

Les pieds repliés sur eux-mêmes, de telle sorte que le bord externe en était abaissé et ramené en dedans, que les orteils et les métatarsiens en étaient fortement fléchis, que la tête de l'astragale, subluxée, venait faire une saillie notable, etc., ne se prêtaient pas aux tentatives de redressement. Le moindre effort dans ce sens causait à la malade des douleurs extrêmement vives. Les genoux, en extension, paraissaient aussi comme ankylosées, et ils étaient le siège d'une sensibilité à peu près égale quand on essayait de les mouvoir.

Quant aux deux membres supérieurs, ils avaient recouvré leurs mouvements graduellement, l'un après l'autre, le droit d'abord, paraît-il, puis le gauche. La malade accusait encore dans la main gauche un peu de gêne, comme un engourdissement, mais elle s'en servait sans difficulté. Nulle part la sensibilité cutanée n'était abolie.

Était-il vrai qu'il y eût jamais eu de rhumatisme proprement dit ? Cela paraissait d'autant plus douteux qu'au dire de la malade jamais aucune articulation n'avait été rouge ni gonflée, et que la douleur, mal limitée, s'était fait sentir aussi bien dans la continuité des membres que dans les genoux, les cous-de-pied, etc.

Il ne fallait donc attribuer qu'à l'immobilité et à une attitude vicieuse les fausses ankyloses qui maintenaient actuellement les jambes étendues et produisaient de chaque côté une sorte de pied bot acquis.

M. Damaschino jugea qu'il importait avant tout de remédier à ces conséquences indirectes de la paralysie, qui autrement iraient toujours en s'aggravant. Le redressement était chose urgente, mais on ne pouvait y procéder sans que la malade fût endormie. On lui donna donc du chloroforme, et, non sans de très-grands efforts, on parvint, en faisant craquer toutes les articulations, à restituer aux pieds une forme normale. Les genoux furent fléchis à plusieurs reprises, puis ramenés dans l'extension, et, à l'aide d'appareils inamovibles en plâtre, les pieds furent maintenus fléchis à angle droit, les orteils, les métatarsiens, les os du tarse étant dans l'extension et la plante du pied déroulée. Une fois réveillée, la malade éprouva bien quelques douleurs, mais très-supportables. Aujourd'hui, huit jours après l'opération, elle se félicite hautement du résultat. Elle souffre bien moins qu'auparavant dans les genoux, dans les cous-de-pied, dans les orteils. Il lui semble même que bientôt la paralysie va disparaître ; déjà elle parvient à exécuter quelques mouvements peu étendus. Il est possible qu'en effet, comme toute autre émotion ou toute autre secousse aurait pu le faire également, l'opération ait pour conséquence de faire disparaître la paralysie.

En tout cas, il fallait la faire pour permettre une guérison ; car autrement les muscles, depuis longtemps les uns dans l'extension forcée, les autres dans un relâchement qui provoquait une rétraction lente, seraient devenus impuissants à vaincre les obstacles que les deux ankyloses leur auraient opposés. Déjà on pouvait se demander s'il ne faudrait pas sectionner les tendons d'Achille, tant ils résistaient quand on faisait effort pour fléchir les pieds. Ainsi non-seulement les articulations, mais les muscles eux-mêmes, de diverses manières, subissaient les effets funestes d'une mauvaise attitude, trop longtemps maintenue.

C'est donc là un point sur lequel des praticiens ne sauraient se montrer trop attentifs.

En cas de paralysie, il faut se rappeler que les attitudes vicieuses, que le seul poids des couvertures, par une pression constante, peuvent amener des flexions des orteils et des déformations des pieds, allant parfois très-loin, et qui persisteraient alors que l'affection nerveuse, abolissant la motricité, ne serait plus qu'un souvenir.

C'est ainsi que, dans l'âge adulte, comme dans la première enfance, des paralysies momentanées peuvent devenir la cause originelle de difformités permanentes, si l'on n'y prend garde.

**Mélanodermie; maladie bronzée.**

Le diagnostic est parfois difficile entre la maladie qu'Addison a décrite sous le nom de maladie bronzée et d'autres mélanodermies qui, tenant à des causes différentes, ne suivent pas la même marche et ne comportent pas le même pronostic.

La véritable maladie bronzée est en effet d'un pronostic grave; c'est une cachexie qui aboutit à la mort, souvent dans un très-bref délai, parfois même avec une allure tellement rapide, qu'on pourrait se demander s'il ne s'agirait pas d'une fièvre typhoïde. Un bel exemple de ce genre, dont nous résumerons l'observation dans une prochaine Revue clinique, s'est présenté dernièrement, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Oulmont. A l'autopsie, on a trouvé dans l'une des capsules surrénales la lésion décrite par Addison comme caractéristique de la maladie bronzée.

Mais il est bien des mélanodermies dans lesquelles cette lésion manque quand on la recherche après la mort; il en est bien qui, durant la vie, ont une marche des plus bénignes et peuvent même rétrocéder.

Comme exemple je citerai une malade qui a passé à la Charité dans plusieurs services, y compris deux services de clinique, qui a été considérée partout comme étant un type de la maladie d'Addisson, et qui pourtant aujourd'hui, plus de six ans après le début de sa maladie, vit encore, moins malade, moins mélanodermique qu'elle n'était il y a quatre ans, lorsque j'en ai parlé pour la première fois dans la *Gazette des hôpitaux*.

Elle occupait alors le n° 17 de la salle Sainte-Marthe, à la Charité; elle est actuellement au n° 26 de la même salle.

Voici le commencement de son observation :

En 1871, elle était entrée comme ouvrière dans une fabrique de caoutchouc, et depuis quelque temps elle était exposée, en conséquence, à l'action des vapeurs de sulfure de carbone, lorsqu'elle fut prise de douleurs de tête et d'estomac violentes avec vomissements répétés et vertiges. Ce fut alors qu'elle commença à se sentir faible et sans courage. Les vomissements se calmèrent peu à peu; les douleurs d'estomac et de tête s'apaisèrent, mais les forces ne revenaient pas. Le moindre mouvement causait de la fatigue; des maux de reins habituels, répondant dans les jambes, rendaient encore plus pénibles la station debout et la marche. En même temps la peau prenait une teinte de plus en plus brune, inégalement distribuée, qui, sur la face, faisait ressortir par contraste la teinte blanche des sclérotiques et donnait aux yeux un éclat particulier.

Elle entra à la Charité pour la première fois dans le cours de l'année 1873, à la salle Sainte-Anne, puis à la salle Sainte-Madeleine, enfin à la salle Sainte-Marthe où elle est toujours rentrée depuis lors. Elle y fut mise au régime alimentaire le plus nutritif. On lui fit prendre, en outre, divers toniques, mais en vain. Bien qu'elle semblât digérer très-bien, elle ne cessait pas de maigrir. La faiblesse s'accentuait toujours, lentement il est vrai. Les taches pigmentaires s'étaient étendues, particulièrement sur le dos, où d'autres taches, celles-là blanches et décolorées comme celles qui constituent le vitiligo, se dessinèrent, dispersées au milieu d'elles. Ainsi le pigment se distribuait de la manière la plus inégale à la surface de la peau. En grand excès sur certains points, il paraissait manquer entièrement sur d'autres. Cependant on n'observait pas sur les muqueuses ce pointillé brun qui s'y rencontre si fréquemment dans la maladie d'Addison.

Il n'y avait guère que le haut des bras entre le coude et l'épaule qui eût conservé sa teinte naturelle, teinte régulièrement rosée. La peau y paraissait et y paraît encore fine, lisse et jeune pour ainsi dire. Cette femme a cinquante-cinq ans. Ailleurs, au contraire, la peau paraît comme fanée, aussi bien sur les points brunis que sur ceux qui sont d'un blanc excessif.

Au mois de juin 1875 on remarquait particulièrement deux très-larges plaques d'un brun très-foncé à la partie interne et supérieure des cuisses; d'autres, moins larges, mais également très-coloriées, sur la poitrine, le dos, le cou, le front, le tour des paupières. Les taches blanches, disséminées au milieu d'elles, formaient un contraste frappant.

Dès ce moment, cette malade pouvait à peine marcher. Elle n'accusait, du reste, aucune autre douleur que des maux de reins et un sentiment de courbature assez pénible dans les jambes. Le moindre effort lui donnait de l'oppression, des palpitations; sa vue baissait : à peine pouvait-elle arriver à lire avec des lunettes, sa mémoire se perdait, disait-elle, ses facultés intellectuelles devenaient obtuses ; elle ne se rendait pas toujours bien compte du lieu où elle était, ce qu'on lui disait, de ce qui se passait autour d'elle. Il lui semblait parfois qu'elle allait se trouver mal ou mourir.

Tous ces traits rentraient bien dans le tableau classique de la maladie d'Addison. Une malade que j'ai soignée avec M. Gueneau de Mussy et qui est morte à la campagne au moment de la guerre prussienne; une autre dame que j'observais à peu près à la même époque où je recueillais le commencement de cette observation, et qui, tombée dans l'anémie la plus profonde, après avoir été amnésique et aphasique à diverses reprises, a fini par s'éteindre presque subitement quelques mois plus tard, toutes les deux croyaient aussi, à certains moments, qu'elles allaient perdre connaissance ou mourir; elles éprouvaient de même des maux de reins, elles se sentaient faibles, elles maigrissaient malgré tout.

Mais voici la grande différence. Depuis quatre ans, loin de s'aggraver, l'état général de la malade de la Charité s'est plutôt amélioré dans une certaine mesure. En tout cas, elle n'est pas plus maigre ni plus faible, elle lit aussi facilement avec des lunettes, elle a beaucoup moins cette sensation de perte de connaissance et d'angoisse.

Du côté de la peau, on note des changements beaucoup plus sensibles, mais non dans le sens de la mélanodermie.

Au contraire, la distribution du pigment devient plus égale. Les taches blanches comme du vitiligo sont infiniment moins marquées; les taches brunes sont plus pâles et moins larges. Celle qui se trouvait en haut de la cuisse gauche

a presque entièrement disparu ; l'autre a pris une teinte grisâtre, comparable à celle des taches qu'on observe chez certains phthisiques.

Bref, l'apparence de la malade se rapproche de plus en plus de l'état normal.

M. Empis, à ce propos, nous a raconté que, récemment, il avait vu guérir une mélanodermie chez une jeune fille de sa clientèle.

Cette mélanodermie s'était produite en même temps que des troubles de la menstruation et une anémie très-accusée, parfois compliquée d'un léger mouvement fébrile, vers la fin de l'adolescence, à l'âge où l'on voit si souvent survenir la chlorose.

La rate paraissait un peu grosse, et, en présence de cette anémie, qui paraissait due à une cachexie, on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'une leucocythémie splénique.

M. Empis prescrivit l'iodure de potassium à la dose journalière de 50 centigrammes. Ce traitement fut continué plusieurs mois. Puis la peau recouvra sa teinte primitive, la rate diminua de volume, l'anémie disparut, les forces se rétablirent. Bref, aujourd'hui cette jeune fille peut être regardée comme tout à fait guérie à tous les points de vue.

Dr Victor REVILLOUT.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Traitement de l'angine couenneuse par la glace.** — Le *Journal de médecine de Bruxelles* rapporte un assez grand nombre d'observations dans lesquelles des résultats invariablement heureux ont été obtenus par divers médecins dans le traitement de l'angine couenneuse par la glace. Le moyen d'employer la glace est le suivant : le malade doit avoir constamment dans la bouche un petit morceau de glace, qu'il avale lorsqu'il est à peu près fondu, et qui est remplacé par un autre jusqu'à ce que la fausse membrane ait entièrement disparu. Pendant le sommeil, on met la glace dans la bouche des enfants qui finissent par la recevoir sans s'éveiller.

Le soulagement est immédiat; mais la fausse membrane ne disparaît qu'après quelques jours, de deux à sept. On donne, concurremment avec la glace, du vin et des aliments convenables. (*Rev. de thér.*)

**Dentition nouvelle.** — En 1809, on observe un phénomène dont on cite peu d'exemples : une femme de Sampigny (Meuse) éprouva, à l'âge de cinquante-trois ans, une dentition nouvelle; trois molaires, deux canines et une incisive étaient sorties. Ce fait, pour être rare, n'est pas sans exemple : les *Éphémérides des curieux de la nature* rapportent qu'un aveugle, en Bohême, âgé de quatre-vingt-treize ans et privé de toutes ses dents, eut, à cet âge, une nouvelle dentition très-douloureuse. La comtesse Esmonde, à près de cent quatre ans, eut une éruption de trois dents, et, dans l'espace de deux ans, il poussa deux incisives et deux canines à un charpentier du port de Lorient, âgé de quatre-vingts ans, au rapport du médecin Dufay, témoin oculaire. (*Un. méd.*)

**Statistique de gastrotomies par M. Kœberlé.** — A la Société de médecine de Strasbourg, M. Kœberlé communique sa statistique d'ovariotomies : en 1878 il a pratiqué dix-sept ovariotomies sur lesquelles il compte seize guérisons et un seul cas de mort. Dans les seize cas guéris sont comprises deux ovariotomies doubles. Le cas d'insuccès concerne un kyste multiloculaire hémorrhagique compliqué d'adhérences très-étendues à la paroi abdominale. A ces ovariotomies il y a lieu d'ajouter quatre gastrotomies entreprises pour des affections diverses : une extirpation de kyste du ligament large, guérison; une extirpation de tumeur fibro-cystique de la matrice, mort; une extirpation de tumeur fibreuse de la matrice, guérison; une incision exploratrice dans un cas d'hématocèle suivie de péritonite chronique, guérison; puis, six mois après, nouvelle hématocèle traitée encore avec succès par deux ponctions faites à quinze jours d'intervalle.

M. Kœberlé a pratiqué, dans les quatre dernières années, *cent* ovariotomies : il a obtenu 89 guérisons, et 11 morts, soit exactement 89 0/0 de guérisons. Il attribue une certaine influence utile sur les résultats à la pratique de nettoyer la cavité péritonéale avec l'eau phéniquée. (*Gaz. méd. de Str.*)

**Blessure incomplète du nerf médian.** — M. Richelot a observé à la Pitié un jeune homme, âgé de dix-sept ans, à qui un éclat de verre avait fait une plaie transversale immédiatement au-dessus du poignet. Outre une blessure de la cubitale, une section complète du tendon fléchisseur de l'annulaire et une section incomplète de celui du médius (suturés au catgut), on trouva une blessure du nerf médian, section incomplète du cordon nerveux avec lambeau oblique de bas en haut et d'avant en arrière. Le cinquième de l'épaisseur du nerf, au maximum, était épargné. M. Verneuil pratiqua, à l'aide d'une aiguille très-fine, une ligature au catgut.

On constata, dans cette observation, que la zone d'anesthésie, absolue ou relative, après la section du nerf médian, occupait exactement le territoire que l'anatomie assigne aux branches terminales du tronc nerveux, tel qu'il a été indiqué précédemment par M. Richelot. Les livres classiques disaient que le nerf radial et le nerf cubital fournissent les collatéraux dorsaux des doigts en se les partageant par moitié. En réalité, il n'en est pas ainsi : le radial fournit les collatéraux dorsaux du pouce; le cubital, ceux de l'auriculaire; mais, pour les trois doigts du milieu, le vrai collatéral dorsal est fourni par le palmaire correspondant, c'est-à-dire qu'il vient du médian sur l'index, le médius et la moitié externe de l'annulaire, et du cubital sur la moitié interne de ce dernier. Ce rameau dorsal, émané des branches palmaires, innerve la face dorsale des deux dernières phalanges, et ne laisse aux filets terminaux du radial et du cubital que la face dorsale de la première. (*Un. méd.*)

Cette question vient d'être tout récemment complétée par une étude clinique de M. le docteur Ch. Avezou, ancien interne des hôpitaux (*Thèse de Paris*, 1879). Ce mémoire important repose sur un grand nombre d'observations ; il est divisé en deux parties : la première consacrée à l'étude anatomique des principales variétés de distribution des nerfs collatéraux des doigts; dans la deuxième partie, l'auteur passe en revue les contusions des nerfs des membres supérieurs (par choc direct, par corps étrangers logés dans les parties molles, par déplacement d'une tête osseuse, par fracture osseuse). Voici les conclusions de ce travail :

A. *Nerfs collatéraux des doigts.* — 1° La distribution des nerfs à la main et aux doigts n'obéit pas à une règle constante. Dans un grand nombre de cas, ainsi que l'a montré M. Richelot par des dissections et par des faits pathologiques, le nerf radial fournit les nerfs collatéraux dorsaux du pouce et le cubital ceux de l'auriculaire; mais, pour les trois doigts du milieu, les deux dernières phalanges reçoivent, sur leur face dorsale, des rameaux émanés des branches collatérales palmaires. Ces rameaux dorsaux viennent du médian sur l'index, le médius et la moitié externe de l'annulaire, et du cubital sur la moitié interne de ce dernier.

2° A côté de cette disposition qui peut servir de type, on constate très-fréquemment des variantes sur différents individus. Ainsi tantôt on voit le médian envoyer ses filets à la totalité de la face dorsale de la phalangue unguéale du pouce; tantôt ce nerf ne donne pas de filets à la face dorsale de l'annulaire; tantôt enfin le petit doigt reçoit des filets qui, venus des branches palmaires, se distribuent à la totalité ou à la moitié seulement de la face dorsale de ses deux dernières phalanges.

B. *Contusion des troncs nerveux du bras.* — La contusion d'un des troncs nerveux du bras (cubital, radial, médian, circonflexe),

indépendamment de la paralysie immédiate et des fourmillements douloureux qu'elle détermine parfois, peut entraîner plus tard des accidents multiples, les uns localisés à la région du nerf contus, les autres s'étendant aux régions des nerfs voisins, plus rarement aux membres du côté opposé.

2° Parmi ces accidents on note des arthropathies, un changement de coloration de la peau qui devient luisante et violacée, des éruptions diverses, la déformation des angles, en un mot tous les troubles trophiques qui ont été signalés et décrits par MM. Charcot, Weir Mitchell, Mougeot, etc., à la suite des lésions irritatives des nerfs périphériques.

3° Une lésion traumatique intéressant une branche nerveuse des extrémités digitales peut avoir des conséquences aussi graves que la contusion ou l'écrasement d'un gros tronc nerveux ; dans certains cas, rares à la vérité, on voit survenir, à la suite d'un petit traumatisme portant sur un seul doigt, des troubles fonctionnels et des troubles de nutrition qui envahissent les doigts voisins, la main, l'avant-bras, le bras, et qui retentissent au besoin sur les organes viscéraux et sur les autres membres.

4° D'autres lésions chirurgicales des doigts, telles que les panaris, les brûlures, les gelures, etc., peuvent avoir des conséquences analogues.

Quant au traitement, en dehors de l'élongation et des élongations nerveuses dont l'histoire n'est pas encore définitive, le chirurgien doit, aussitôt qu'il s'aperçoit de paralysie des muscles auxquels se distribue le nerf contusionné, rechercher si les muscles répondent à l'excitation électrique. Contrairement à l'opinion défendue par Duchenne, l'absence de contraction dans un muscle soumis à l'influence d'un courant faradique ne prouve pas la perte irrémédiable de l'irritabilité musculaire.

L'électricité sous toutes ses formes rend de grands services pour faire revenir les mouvements dans les muscles paralysés. D'après M. Onimus, les courants induits sont indiqués lorsqu'on veut ralentir la circulation périphérique et modérer la nutrition, ce qui n'est pas le cas ici, puisque l'on a précisément pour objectif d'empêcher le développement des troubles trophiques.

Ce sont donc les courants continus qui remplissent mieux l'indication, parce qu'ils rendent la circulation plus active.

Weir Mitchell a guéri, par l'emploi combiné des massages et des courants continus, un jeune homme qui, à la suite d'une fracture des deux os de l'avant-bras, avait déjà des troubles trophiques très-accentués dans toute la main.

Lorsque des irradiations douloureuses partent du point contus et se propagent vers l'épaule, les révulsifs sont indiqués. Les cautérisations, l'ignipuncture, les vésicatoires peuvent procurer du soulagement. Si les douleurs augmentent de violence et gagnent les origines du plexus brachial, il pourra devenir utile de poser un ou plusieurs cautères à la racine du cou.

Contre les arthropathies, on doit employer le massage et les mouvements provoqués toutes les fois qu'il n'existe pas d'état inflammatoire aigu.

Il n'est pas besoin de rappeler qu'il ne faut jamais songer à amputer un doigt, comme l'a fait M. Syme dans l'observation d'Annandale, même si tous les accidents observés ont pour première origine une lésion traumatique ancienne de ce doigt, car, lorsque les désordres ont envahi l'avant-bras, l'irritation occupe déjà plusieurs troncs nerveux, et il devient inutile de supprimer la partie primitivement lésée. La pratique un peu radicale du chirurgien d'Édimbourg n'a pas trouvé d'imitateur en France.

**Du traitement des arthrites subaiguës et chroniques par le cataplasme de Trousseau.** — M. Dieulafoy appelle de nouveau l'attention des médecins sur ce mode de traitement qu'il a déjà préconisé jadis, et dont plusieurs succès récents lui ont démontré l'efficacité réelle.

Chez les gens scrofuleux et lymphatiques, chez ceux qui sont atteints de blennorrhagie, chez les femmes en état puerpéral, les arthrites ont une grande tendance à la chronicité, et, sans aboutir à la tumeur blanche ou à l'ankylose, elles résistent aux traitements les plus variés, huile de foie de morue, préparations iodurées et arsenicales, vésicatoires, cautérisations, immobilisation, etc. Quand ces diverses médications auront échoué, et même avant de les entreprendre, on se trouvera bien d'appliquer le cataplasme de Trousseau. La description de ce cataplasme doit être faite en détail ; voici comment on le prépare et comment on l'applique :

On prend, suivant le volume de l'articulation malade, 1 kilogramme et demi à 2 kilogrammes de pain : 2 kilogrammes sont nécessaires pour l'articulation du genou ; 1 kilogramme est suffisant pour l'articulation du poignet. On coupe ce pain en morceaux, en ayant soin d'enlever les parties dures de la croûte, et on fait tremper ces morceaux dans l'eau durant un quart d'heure environ.

Quand on retire ce pain de l'eau, il est fortement imbibé ; on le place alors dans un linge ou dans une serviette, et par la torsion on l'exprime de façon à le priver d'une partie de l'eau qu'il avait absorbée. Le pain n'est plus imbibé, il n'est qu'humecté.

Ainsi préparé, ce pain est placé au bain-marie, où il doit rester trois heures. Quand on le retire du bain-marie, on a une sorte de pâte assez desséchée, qu'on ramollit peu à peu par l'addition d'alcool camphré. Ce gâteau est pétri pendant cinq minutes, jusqu'à ce qu'il ait acquis la consistance assez ferme du plum-pudding ou du mastic de vitrier. C'est même là le point délicat dans la confection du cataplasme ; ce degré de consistance est essentiel à obtenir : si le cataplasme est trop mou, il fuse sous la compression exercée au niveau de l'articulation ; s'il est trop dur, il n'est plus homogène, il se morcelle, et ses parties desséchées peuvent excorier la peau. Il faut donc surveiller avec soin le degré de consistance du cataplasme ; quand on n'en a pas l'habitude, on a toujours une tendance à le faire trop mou, soit qu'on n'ait pas suffisamment exprimé le pain avant de le placer au bain-marie, soit qu'on ait versé trop rapidement une trop grande quantité d'alcool camphré.

La pâte étant ainsi préparée, on l'étale sur une compresse de toile en lui donnant la forme d'un rectangle allongé, de dimension telle que l'articulation tout entière soit enveloppée. Il est utile que le cataplasme conserve sur ses bords une certaine épaisseur, 1 centimètre au moins, afin d'éviter la trop rapide dessiccation des parties amincies.

A la surface du cataplasme, on étend une mixture très-liquide composée comme suit : camphre, 7 grammes ; extrait d'opium, 5 grammes ; extrait de belladone, 5 grammes ; alcool, quantité suffisante.

On applique le cataplasme à nu sur l'articulation malade et on l'entoure de taffetas gommé destiné à s'opposer à l'évaporation.

On fixe le tout en exerçant une compression assez énergique au moyen d'une bande de flanelle longue de plusieurs mètres, et on termine enfin par une seconde bande de toile de la même longueur (qui varie suivant le volume de l'articulation, et par conséquent suivant les dimensions du cataplasme).

Ainsi emmaillotée, l'articulation malade est immobilisée et condamnée au repos ; la compression doit être assez forte, mais pas assez énergique toutefois pour déterminer l'œdème des parties sous-jacentes ; on peut, du reste, prévenir l'œdème en ayant soin d'entourer d'une bande roulée ces parties sous-jacentes.

Le cataplasme doit rester en place huit à dix jours. Après cette époque on lève l'appareil, et l'on est surpris de trouver le cataplasme aussi frais, aussi humecté que si l'on venait de l'appliquer. La peau est absolument saine.

Il arrive souvent que l'application d'un seul cataplasme ne suffit pas : il faut, en pareil cas, en appliquer un second, un troisième et même un quatrième. Il est entendu que cette médication locale ne doit pas faire oublier la médication générale.

Quant au mode d'action de ce traitement, outre l'immobilisation et la compression, il est probable qu'une grande influence doit être rapportée à la condition de milieu ; en effet, la partie malade est plongée, pendant huit jours, sans interruption, dans une sorte de bain local dont la température ne varie pas. (*Gaz. hebd.*)

**Occlusion congénitale de l'orifice postérieur des fosses nasales par une cloison osseuse.** — L'occlusion congénitale partielle ou totale de l'orifice postérieur des fosses nasales a été observée par Emmert, Huschka, Wolff, Voltolini. L'auteur relate une anomalie de ce genre portant sur le côté droit de l'ouverture postérieure de la cavité nasale, qu'il a étudiée chez une jeune fille de quinze ans. Il crut d'abord à l'existence d'une tumeur, mais la dureté de la cloison osseuse anomale révélée par le choc du spéculum lui fit rejeter l'existence de polypes, toujours mous dans cette région, et le mit sur la voie. Les symptômes observés étaient parfaitement nets. La perforation ne fut pas entreprise. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx.*)

**Fracture volontaire du crâne à coups de marteau. — Mort le vingtième jour par thrombose de l'artère pulmonaire.** (Observation recueillie dans le service de M. Steele à l'infirmerie royale de Bristol, par M. Grery-Smith.) — Un cordonnier, âgé de quarante-quatre ans, entre à l'hôpital avec une fracture compliquée du crâne produite par un coup de marteau qu'il s'était donné lui-même. Depuis quelque temps son état mental laissait à désirer et il avait menacé plusieurs fois d'attenter à sa vie. Ayant été laissé seul, il se serait placé devant une glace et frappé sur le crâne plusieurs coups d'un marteau de cordonnier pesant environ 3 livres. On le trouva tombé sur le plancher, la tête touchant au marteau dont le manche brisé se trouvait près de lui. Au moment de son admission, il était stupéfié, mais non dans le coma. Le crâne était dénudé sur une étendue de trois pouces, et les téguments voisins meurtris et presque broyés sur une étendue de un pouce tout autour. Au centre on trouvait une dépression osseuse; il y avait des fragments très-nombreux. On rasa et on élargit la plaie de manière à enlever tous les fragments, puis on nettoya et on pansa avec de l'acide phénique; on enleva les eschares qui se firent les jours suivants et on cautérisa avec du chlorure de zinc. Pendant quinze jours tout alla bien, mais le vingtième jour le malade fut tout à coup saisi d'une violente attaque de dyspnée et mourut au bout de quelques minutes.

A l'autopsie on trouva des caillots volumineux dans l'oreillette et le ventricule gauche; une grosse branche de l'artère pulmonaire était complètement oblitérée, mais il n'y avait pas de traces d'encéphalite autour de la plaie. (*Medical Times and Gaz.*)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juin 1879. — Présidence de M. Tarnier.

**Inversion totale de l'utérus.** — M. FORGET, à propos du procès-verbal, présente le dessin dont il a parlé dans la dernière séance. (Voir *Gazette des hôpitaux* 1879, page 542.) Les pièces anatomiques venaient d'une femme, âgée de quarante-quatre ans, accouchée depuis dix-huit mois, qui entra dans le service de Lisfranc (1838) pour des hémorrhagies utérines très-abondantes. Le toucher fit constater qu'il s'agissait d'un renversement total de la matrice, et non d'un polype comme l'avait pensé d'abord le médecin qui avait envoyé la malade à l'hôpital. On ne percevait aucune sensation qui rappelât le col, le museau de tanche, ou même le bourrelet qui se présente dans les cas d'inversion incomplète. La femme était trop épuisée pour qu'on pût intervenir; elle succomba un mois après. A l'autopsie, on disséqua avec soin les pièces anatomiques, et le dessin fut exécuté avec la plus grande précision par Gratiolet. (Ce dessin sera publié dans les *Bulletins* de la Société de chirurgie.)

Cet exemple serait donc le seul connu d'inversion totale de l'utérus.

On peut se demander si l'intervention, dans ce cas particulier, aurait encore pu être efficace, l'inversion existant depuis dix-huit mois, époque à laquelle remontait le dernier accouchement. En d'autres termes, jusqu'à quelle époque peut-on tenter la réduction de l'utérus? Il est probable que l'utérus étant revenu à son état normal, il était irréductible. On a bien cité des réductions pratiquées avec succès après plusieurs années d'inversion, mais c'est dans des cas d'inversions incomplètes. Quant au procédé à employer pour l'ablation de cet utérus, on peut choisir entre l'écraseur, le serre-nœuds, ou encore le procédé de Valette, qui combinait la ligature avec la cautérisation au chlorure de zinc.

M. GUÉNIOT. Cette observation est très-importante puisqu'elle constitue le premier fait véritablement authentique d'inversion totale. Il est évident que l'utérus renversé dans toute son étendue et revenu sur lui-même n'était plus réductible; il n'y avait qu'à en pratiquer l'amputation. Tout en reconnaissant que divers moyens sont bons pour cette opération, je rappelle ce que j'ai dit dans la dernière séance, à propos de la ligature élastique, qui n'a encore donné que des succès.

M. FARABEUF. Je ne pense pas que l'utérus à l'état physiologique ne soit pas réductible et ne puisse être dilaté. Le col de l'utérus peut recevoir le gland et une partie de la verge; un chirurgien anglais, qui exerçait aux Indes, a constaté que le col d'une femme se dilatait considérablement et recevait le gland dans sa cavité.

Pour porter une ligature élastique dans des organes profonds, on peut se servir d'une tige rigide à l'extrémité supérieure de laquelle on fixe une anse de fil de soie qui étreint la tumeur. Le fil de soie est terminé par une agrafe sur laquelle on attache un fil élastique dont l'autre extrémité est fixée sur l'extrémité inférieure de la tige rigide. C'est, pour ainsi dire, une ligature élastique à deux degrés.

M. DESPRÈS. Il est plus simple d'employer une tige en fer, le vieux serre-nœuds classique, auquel on fixe un fil de caoutchouc aux deux extrémités (comme la corde d'un arc).

### RAPPORT

**Hernie étranglée; gangrène très-rapide de l'intestin sur une longueur de 72 centimètres.** — M. BERGER. M. Eustache (de Lille) a envoyé à la Société l'observation d'un homme de trente-six ans qui portait depuis cinq ans une hernie inguino-scrotale facilement réductible et non contenue par un bandage. Un soir, en montant au lit, il s'aperçut que la hernie était sortie plus volumineuse et était devenue irréductible. Des vomissements apparurent aussitôt après; un médecin appelé pratiqua en vain le taxis, et le lendemain matin le malade entra à l'hôpital Sainte-Eugénie. Après sept minutes d'efforts, de taxis sans anesthésie, le malade se trouva soulagé. Il eut des selles diarrhéiques dans la journée et le lendemain plusieurs selles sanguinolentes; il perdit environ un demi-litre de sang. Cependant le ballonnement du ventre persista, et dix jours après le malade succomba à une péritonite par perforation. L'autopsie démontra en effet que la cavité abdominale était remplie de matières stercorales et que l'intestin était gangrené sur une étendue de 72 centimètres. Le sac herniaire descendait jusqu'au testicule, l'orifice de l'anneau admettait deux doigts.

Cette observation ne présente pas les conditions ordinaires d'un étranglement rapide. Il n'existe qu'un fait de perforation survenue en neuf heures (*Leçons de clinique chirurgicale* de M. Gosselin). Dans ce cas particulier, le début a-t-il été rigoureusement observé? M. Eustache a-t-il même vu les tentatives de taxis faites à l'hôpital? Il ne faut pas admettre sans preuves rigoureuses la possibilité de ce fait très-exceptionnel, la rapidité de la perforation survenant en dix heures. Cette donnée fournirait à tort un argument contre les tentatives de taxis dans les premiers moments d'étranglement.

M. VERNEUIL. Je n'admets pas que cette gangrène ait été primitive; il est invraisemblable qu'avec une hernie aussi volumineuse il ait pu exister de l'étranglement amenant la gangrène de 72 centimètres d'intestin. Si, d'autre part, l'on avait réduit une telle longueur d'intestin gangrené, le malade n'aurait pas vécu dix jours. Les selles sanguinolentes consécutives au taxis à outrance tiennent à ce que l'on déchire la muqueuse intestinale; dans les hôpitaux, nous voyons souvent l'intestin rempli de sang pour cette cause. Mais il n'est pas prouvé ici que la gangrène s'est produite en dix heures; c'est plutôt l'effet d'un taxis forcé.

**M. TRÉLAT.** Je ne crois pas à une gangrène survenant en dix heures; je ne pense pas non plus que la lésion soit l'effet du taxis pas plus que de l'étranglement. La longueur d'intestin sphacélée, et ce détail, que le malade a vécu dix jours, montrent suffisamment qu'il s'agissait d'une entéro-péritonite, simulant un étranglement. J'ai opéré jadis un malade chez lequel, après l'ouverture du sac, je vis sur l'aine intestinale des points jaunes menaçant de perforation. J'attirai successivement un peu plus d'intestin au dehors, et je trouvai toujours ces points jaunes. Je réduisis cependant l'intestin. Le lendemain, le malade était mort. A l'autopsie, on trouva une grande longueur d'intestin, environ un mètre, couvert de cette entéro-péritonite. On prend ces phénomènes d'entéro-péritonite pour des phénomènes d'étranglement, et l'on attribue au taxis les effets de cette cause.

**M. DESPRÈS.** Je suis absolument convaincu qu'il s'agissait ici d'une péritonite herniaire franche; une hernie aussi volumineuse que celle de ce malade ne pouvait pas s'étrangler. Dans ces cas, il ne faut ni opérer, ni réduire. Ce sont des hernies enflammées qui amèneront tôt ou tard la mort, à moins que, dès le début, on n'ait prescrit un purgatif très-léger qui ait rétabli les selles. La réduction n'a été facile que parce que la hernie n'était point étranglée.

**M. LE DENTU.** Je partage l'avis de mes collègues sur le fait en question. Cependant je me trouve en désaccord sur un point avec M. Desprès : j'ai cru longtemps que les grosses hernies ne s'étranglaient pas. Je suis revenu de cette opinion. J'ai trouvé déjà trois cas où des hernies, volumineuses comme une tête de fœtus ou plus grosses encore, étaient parfaitement étranglées, et sans présenter de traces d'inflammation.

**M. NICAISE.** J'ai observé un exemple analogue. La mort par péritonite fut causée par la perforation de l'intestin au niveau du point où celui-ci était serré par l'anneau. Quant aux hémorrhagies, elles peuvent exister en dehors de taxis violent, par l'effet de la congestion considérable qui se produit dans l'invagination ou dans l'étranglement.

**M. BERGER.** Je pense aussi que l'étranglement des grosses hernies ne peut être contesté. On est certain qu'il n'y a pas d'étranglement, dit M. Desprès, lorsqu'il y a une grosse entérocèle, sans épiploon. Mais les grosses hernies renferment ordinairement une plus ou moins grande quantité d'épiploon.

La nature de la gangrène observée par M. Eustache présente quelque chose d'insolite que les lacunes de l'observation ne permettent pas de préciser.

### COMMUNICATION

**Injections sous-cutanées d'ergotine.** — M. HERRGOTT (de Nancy), membre correspondant, fait une communication sur ce sujet.

Dans une trentaine de cas, il n'a pas observé les accidents qui ont été attribués aux injections sous-cutanées ; douleur vive au moment de l'injection et nodosités inflammatoires aboutissant parfois à des abcès au niveau des points où avait été pratiquée l'injection.

La séance est levée à cinq heures.

---

M. le docteur H. Picard continuera son cours sur les maladies des voies urinaires à cinq heures au lieu de quatre heures (amphithéâtre n° 2 de l'École pratique), à partir du lundi 22 juin.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Manuel complet des maladies des voies urinaires et des organes génitaux,** par le docteur Gérard DELFAU, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Premier fascicule : *Pénis, Urèthre, Vessie.* 1 vol. in-18 de 500 pages avec 68 figures dans le texte. — Prix de l'ouvrage complet : 10 francs. — Le deuxième fascicule terminant l'ouvrage sera remis aux souscripteurs le 1er octobre 1879 et comprendra le traitement des maladies de la *Vessie*, de la *Prostate* et de l'*Appareil séminal.* — L'ouvrage complet formera un beau volume de 900 pages et contiendra 150 figures dans le texte. — Paris, Octave Doin.

**Manuel pratique de médecine thermale,** par le docteur CANDELLÉ, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société d'hydrologie médicale. 1 vol. in-18 jésus de 450 pages, cartonné diamant. — Prix : 6 francs. — Paris, Octave Doin.

**Traitement topique du psoriasis par l'acide pyrogallique comparé aux autres modes de traitement,** par M. ARRAGON. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

**Les Eaux d'Aulus,** leurs effets physiologiques, leur action sur le grand sympathique et spécialement sur la circulation de la veine-porte et les états morbides symptomatiques d'un trouble de ce système, par M. Alph. ALRIQ. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8370.

## Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

## Arséniate Diastasé

du Dr V. BAUD.

Sous forme de granules soigneusement dosés, l'arséniate de soude combiné à la diastase par la germination des graines de cresson, est recommandé contre les *névroses, rachitisme, atonie*, etc. — Paris, 22 et 19, rue Drouot.

Dr V. Baud

PHTHISIE PULMONAIRE, BRONCHITES, CATARRHES, etc.

## Vin et Huile de foie de Morue

**CRÉOSOTÉS** du Dr G. FOURNIER, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, contenant chacun 0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe. (*Exiger sa signature.*)

**Capsules d'Huile créosotée à 0,05**

Préparations créosotées SEULES récompensées à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, et 10, rue de l'Arcade (Paris).

## Ver solitaire

Guérison certaine par les *Globules* de SECRETAN (à l'extrait vert des rhizomes frais de fougère mâle des Vosges). Le seul remède infaillible, expérimenté avec le plus grand succès dans les hôpitaux; pas d'insuccès possible. — Dépôt : *Secretan*, pharm., 37, avenue Friedland, Paris. — Envoi fo contre mandat 10 fr. (Éviter les contrefaçons.)

VIANDE, FER ET QUINA.

## Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

*et aux principes nutritifs solubles de la* VIANDE.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, *et toutes pharmacies de France et de l'étranger.*

## Fer dialysé Bravais

*pharmacien-chimiste à Paris*

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris 1875. Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabr. et la signature ci-contre

Raoul Bravais

Phie GUIBOURT, MAYET sr, 9, rue St-Marc.

## Vin, Huile et Sirop créosotés

CAPSULES d'huile de f. de morue créosotée à 0,04

CAPSULES d'huile de faînes créosotée à 0,10.

M. MAYET s'étant occupé le premier, avec MM. les Drs Bouchard et Gimbert, de l'emploi en thérapeutique de la créosote de goudron de bois, ces médicaments sont exactement préparés suivant les indications de ces savants praticiens.

## Maison de santé du Dr Carles

Ancienne maison du Dr Duval, 34, avenue du Roule, Neuilly-Paris, pour opérations, maladies aiguës et chroniques, orthopédie. — Les médecins peuvent y soigner leurs malades.

## Solution-Aubin

AU PHOSPHATE FERRIQUE ARSÉNIÉ.

Médication névrosthénique et reconstituante par l'emploi simultané du phosphore, du fer et de l'arsenic combinés à doses thérapeutiques équivalentes, contre : *anémies, chloroses, névroses, chorée, dyspepsie, scrofule, rachitisme, tuberculose, cachexies paludéennes, maladies de la peau, cachexies des maladies chroniques, atonie* sous toutes ses formes. Vente dans les principales pharmacies de France. — Dépôt à Paris : Pharmacie centrale, rue de Jouy, 7, et chez E. Fournier et Cie, rue de Londres, 15 ; Détail : rue d'Anjou Saint-Honoré, 56. — En gros : chez J. Aubin, traverse du Chapitre, à Marseille, 13.

## Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DEPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

## Maltine Gerbay,

*Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées*

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

*Dépôt dans toutes les pharmacies.*

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

## Élixir CHLORHYDRO-PEPSIQUE Grez

Nouvelle préparation TONI-DIGESTIVE, d'un goût agréable, basée sur les dernières découvertes de la physiologie, contenant les principes actifs des amers (QUINAS-COCA) associés aux ferments digestifs, PEPSINE CHLORHYDRIQUE et PANCRÉATINE. Employée avec succès contre *dyspepsies, anémies*, et dans les *convalescences*, à la dose de 1 à 2 cuillerées à bouche aux repas. — Gros : LAYAT, r. Rambuteau, 26. Détail : phar.

## Eau FERRUGINEUSE -ACIDULE, GAZEUSE d'Orezza

(CORSE).

THÉRAPEUTIQUE

*Faculté de médecine. — Cours de M. Gubler.*

Les Eaux minérales de France... « Pourquoi « allons-nous chercher à l'étranger les Eaux ferrugineuses, acidulées, gazeuses dont nous sommes admirablement pourvus? La Corse ne « fournit-elle pas la *première eau de ce genre*, « comme richesse en acide carbonique libre et en « carbonate de fer? En effet, l'eau d'Orezza, d'après la belle analyse de M. Poggiale, ne contient pas moins de 12 cent. de sel ferrugineux par « litre, tandis que Pyrmont n'en a guère que 5 cent.. « Schwalback 7 et le Pouhon de Spa 9 seulement. »

## Elixir Prothière

A LA CRÉOSOTE VÉGÉTALE PURE

contre la Phthisie. Accepté sans répugnance et bien supporté par les malades. (TARARE.)

## Épilepsie. Hystérie. Névroses

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

## Savon médicinal

DE GOUDRON DE BERGER.

Le savon médicinal de Goudron fabriqué par Berger, vendu en quantités énormes en Autriche, en Hongrie, en Russie, en Roumanie, en Suisse, en Hollande, en Allemagne, etc., est approuvé et recommandé d'une façon spéciale par les sommités médicales de l'empire d'Autriche, et en particulier par les célèbres docteurs Mellicher, Heller, professeur, chevalier Schroff, de Vienne, par le savant docteur Pick, de Prague, etc. Ce savon renferme 40 p. 0/0 de goudron végétal pur et concentré. — Préparé avec le plus grand soin, il constitue un médicament d'une incontestable valeur, d'une efficacité certaine contre **toutes les maladies de la peau** et aussi contre les taches hépatiques, les taches de rousseur, les dartres, les engelures, la couperose des extrémités et du nez en particulier, la gale, la teigne, les pellicules de la barbe et du visage, la chute des cheveux, la transpiration exagérée des pieds, etc. Il est inutile de parler de son action évidente dans toutes les affections de nature parasitaire. — Le savon de Berger ne doit pas être confondu avec les savons de goudron connus jusqu'à ce jour, tant il leur est supérieur au double point de vue de la qualité et de la valeur thérapeutique.

NOTE. Pour éviter la contrefaçon, demander expressément le Savon de Berger avec la marque de fabrique imprimée sur l'enveloppe verte. Chaque pain porte en outre d'un côté le nom du savon et de l'autre la marque de fabrique. — Le savon de Berger est vendu : 1 franc au détail dans toutes les bonnes pharmacies. — Le dépôt unique pour Paris, la France et l'Algérie, est situé *à Paris*, 11, *rue Scribe* (près l'Opéra). *Pharmacie* PLANCHE, A. VIDAU et Cie, *successeurs*. Fabrique à Troppau (Silésie, Autriche), Pharmacie HELL. Le dépositaire général accorde des avantages pour des achats en gros.

## Pilules de Blancard, approuvées

**par l'Académie de médecine de Paris**

*N. B.* L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

*Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

## Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

## Quinoïdine Duriez.

D'un prix bien inférieur à celui du sulfate de quinine et des préparations de quinquina ; la quinoïdine est le dérivé du quinquina, accessible à tous les malades.

**Tonique, fébrifuge, antinévralgique.**

Consulter : le *Bull. de l'Acad. de méd.*, an. 1878, p. 509, et l'*Union médicale*, an. 1878, p. 823.

**Les Dragées de quinoïdine Duriez** contiennent chacune 10 centigrammes de quinoïdine.

*Teinture alcoolique, à l'usage des médecins, contenant par gramme 10 centigr. de quinoïdine.*

Paris, 20, place des Vosges.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

### Abcès du psoas avec décollement épiphysaire spontané.

Les pièces anatomiques que vous avez sous les yeux proviennent du jeune homme qui était couché au n° 33 de la salle Sainte-Vierge et qui nous était arrivé avec un abcès de la fosse iliaque développé trois mois après la convalescence d'une fièvre typhoïde. Cet abcès était caractérisé par un gonflement très-marqué de la région iliaque gauche, par une douleur très-vive à ce niveau et de la fluctuation.

Rien n'indiquait à ce moment que l'articulation coxo-fémorale fût le siège de quelque altération.

Ce jeune garçon, que vous avez d'ailleurs tous remarqué, nous a présenté dans le cours de sa maladie deux phénomènes très-appréciables.

C'est ainsi que, quelques jours après qu'on eût ouvert l'abcès et bien que la suppuration pût facilement se faire jour au dehors, le malade a été pris, tout d'un coup, de douleurs extrêmement intenses avec fréquence du pouls et élévation de la température, comme si un nouveau foyer de suppuration se préparait. Cet abcès secondaire s'est en effet réalisé vers la partie antérieure et surtout interne de la cuisse, dans la partie correspondant à l'articulation coxo-fémorale.

En même temps, nous constations cette transmission des mouvements au bassin qu'on observe dans les cas de coxalgie.

Pour ces différentes raisons, j'avais cru devoir vous dire que nous avions sous les yeux un exemple d'arthrite coxo-fémorale aiguë consécutive à un abcès du muscle psoas, dont la synoviale devait être en communication avec celle de l'articulation, laquelle s'était ensuite enflammée secondairement, au contact du pus.

Malgré nos efforts, la suppuration a continué, les douleurs ont persisté, une eschare s'est développée au sacrum; une véritable fièvre hectique s'est emparée du malade, la diarrhée est venue, enfin la mort est arrivée par les progrès de l'émaciation.

L'autopsie a été faite, et voici ce que nous avons constaté. Il existait d'abord une suppuration considérable de la gaîne du psoas dont les fibres musculaires sont absolument réduites à l'état de bouillie. Ce premier foyer purulent remonte jusqu'à la hauteur de la crête iliaque.

Mais, contrairement à nos prévisions, cette communication de la gaîne fibreuse du psoas avec la synoviale articulaire, grâce à laquelle nous avions cru pouvoir expliquer les accidents consécutifs que nous avons vus survenir chez ce malade, n'existe pas; en revanche nous trouvons une lésion à laquelle nous ne nous attendions pas du tout, c'est-à-dire une séparation complète du col du fémur d'avec la tête, si bien que l'on croirait, au premier abord, qu'il s'est produit une véritable fracture extra-capsulaire. Cependant à aucune époque ce garçon n'est tombé, à aucune époque il n'a subi un traumatisme quelconque qui eût pu produire une semblable lésion.

En outre, dans le point où s'est faite cette solution de continuité, nous constatons un grand foyer de pus qui entoure les parties antérieures, internes et un peu postérieures du col du fémur. Qu'est-ce donc que cette altération ?

Eh bien, survenant chez un jeune homme de seize ans, à peine relevé d'une maladie grave et ayant présenté pendant la vie des symptômes d'arthrite, cette solution de continuité située ainsi au milieu d'un foyer purulent est tout simplement la conséquence de la destruction du cartilage épiphysaire qui existe entre la tête du fémur et la partie supérieure du col.

A l'âge, en effet, qu'avait ce malade, le cartilage épiphysaire n'est pas encore ossifié, il ne s'est pas encore réuni avec la diaphyse de l'os, si bien qu'il s'est résorbé sous l'influence du travail inflammatoire qui s'est développé à son niveau, consécutivement à la psoïte.

En d'autres termes, il s'est produit ici ce que Cloëtz (de Breslau) a décrit, en 1858, sous le nom de destruction des épiphyses et ce que des recherches ultérieures, auxquelles j'ai participé moi-même, ont confirmé. On sait aujourd'hui que, sous l'influence d'un travail de suppuration développé dans leur voisinage, il peut survenir, spontanément, en l'absence de toute lésion traumatique, un décollement complet des cartilages de conjugaison.

C'est ce qui a eu lieu chez notre malade. Il a eu consécutivement à son abcès iliaque une ostéite épiphysaire suppurée avec résorption complète de ce cartilage, en un mot avec cette altération spéciale qui a été décrite par Cloëtz.

Quant à l'articulation elle-même, a-t-elle suppuré? C'est

difficile à dire, car nous n'en avons pas la confirmation. Il semble bien cependant que le ligament rond ait disparu, et, d'autre part, nous trouvons quelques adhérences fibreuses qui relient le fond de la cavité cotyloïde avec la tête du fémur.

Mais quelle est la nature de ces adhérences? Sont-elles consécutives à une arthrite plastique, néo-membraneuse, qui se serait développée au voisinage de l'ostéite épiphysaire, ou bien sont-elles le résultat d'une suppuration articulaire?

Je ne pense pas que cette dernière supposition soit fondée, parce que, lorsqu'une articulation a suppuré, les cartilages sont détruits, les surfaces osseuses érodées, et qu'en outre, à moins qu'il n'y ait fusion intime des extrémités articulaires, on trouve toujours interposée entre celles-ci une certaine quantité de pus.

Or, non-seulement nous trouvons chez ce malade les surfaces osseuses parfaitement lisses, nous ne constatons aucune trace de pus entre les surfaces articulaires, bien qu'il n'y ait pas soudure de ces parties, mais simplement l'établissement de ces quelques adhérences molles dont je viens de vous parler, qui, pendant la vie, n'entraînaient qu'un peu de limite dans les mouvements.

Je conclus donc en disant que nous avions affaire chez ce jeune homme à deux lésions : d'abord à une suppuration du cartilage de conjugaison avec décollement épiphysaire spontané, et, au voisinage de cette ostéite suppurée, une articulation qui n'avait pas suppuré.

Je pense en outre qu'il n'y avait pas communication de la gaîne du psoas avec l'articulation coxo-fémorale. Ce qui le prouve, c'est que les phénomènes qui se sont produits du côté de la tête du fémur ont apparu seulement deux mois environ après le premier abcès. Je crois au contraire que, sous l'influence de son état constitutionnel, ce malade a pris au voisinage de sa psoïte une autre inflammation au niveau du périoste et du tissu osseux de la tête du fémur dont une partie a disparu.

Il nous faut donc rejeter la première interprétation que je vous ai donnée, et admettre qu'au lieu d'une arthrite suppurée consécutive à une communication de la bourse synoviale du psoas avec la cavité articulaire, il y a eu une ostéite épiphysaire suppurée, et, au voisinage de celle-ci, une arthrite plastique qui a donné lieu assez rapidement à des adhérences entre la tête du fémur et le fond de la cavité cotyloïde pour que l'articulation n'ait pas eu le temps de suppurer.

---

## HOPITAL COCHIN. — M. Bucquoy.

### Traitement de la pneumonie.

I

*Aperçu historique.* — A. La *saignée* a été le traitement par excellence de toutes les maladies inflammatoires en général, et en particulier de la pneumonie, depuis les temps hippocratiques jusqu'à nos jours. A part les Alexandrins, qui la proscrivirent, elle fut employée à toutes les époques dans la pneumonie. Mais, à travers les siècles, nous la voyons alternativement préconisée par les systématiques, les modérés, et par les outranciers de la médecine. Tandis que Hippocrate, Celse, Fernel, Stahl, Sydenham, etc., saignaient modérément, Quesnay, Botal se signalaient par la violence avec laquelle ils prodiguaient la saignée.

Au siècle dernier, l'emploi de ce mode de traitement fut mieux spécifié : Sauvage, Cullen, précédant Bouillaud, en fixaient mieux la portée. C'est M. Bouillaud qui se montra surtout (1825-1840), chez nous, le plus grand partisan de la saignée dans les maladies inflammatoires et dans la pneumonie. C'est lui qui est véritablement l'auteur de la méthode des saignées formulées. Lorsqu'un malade arrivait à l'hôpital avec une pneumonie de moyenne intensité, à réaction inflammatoire franche, on faisait, le premier jour, une saignée de quatre palettes ; le soir, on tirait encore deux ou trois palettes, et, dans l'intervalle des deux saignées, on appliquait largement des ventouses scarifiées. Le deuxième jour, M. Bouillaud faisait une nouvelle saignée de quatre palettes (400 grammes), et, si l'oppression persistait, une application de sangsues. Le troisième jour, le malade devait être guéri, et la maladie jugulée. Mais, souvent, il n'en était pas ainsi ; la pneumonie marchait, une nouvelle saignée était pratiquée si la fièvre persistait. Enfin, le quatrième jour, encore même traitement et application de vésicatoires. Dans les cas graves, on allait jusqu'à sept ou huit saignées.

Andral, Chomel, Louis, se déclarèrent adversaires systématiques de M. Bouillaud ; cependant Louis reconnaissait que les émissions sanguines avaient une heureuse influence sur la marche de la pneumonie, et en abrégeaient la durée, mais qu'elles avaient toutefois une influence beaucoup moindre qu'on ne l'avait cru jusqu'alors.

Aujourd'hui la saignée est complètement abandonnée dans le traitement des maladies inflammatoires, et surtout dans la pneumonie. Jadis on n'allait pas à l'hôpital sans avoir toujours son lancettier dans sa poche ; or, aujourd'hui, je crois que je n'en trouverais pas un dans tout mon auditoire.

B. Une deuxième médication aussi exclusive a été en faveur pendant longtemps, je veux parler de la médication *contro-stimulante*. Rasori (de Milan) a préconisé dans ce sens le tartre stibié, en fondant sa thérapeutique beaucoup plus sur des considérations théoriques que sur des faits. A la fin du siècle dernier, cette médication a d'abord consisté dans l'emploi du tartre stibié, comme élément principal, ensuite comme élément exclusif du traitement.

Pour diminuer l'excès de stimulus, disait-on, il fallait employer une médication débilitante, contro-stimulante, à doses élevées : non plus 10 à 50 centigrammes, mais 1, 4, 12 grammes même, dans les vingt-quatre heures. On en a même donné jusqu'à cinquante et soixante grammes. C'était, par conséquent, une véritable intoxication, à laquelle Rasori ajoutait la saignée qu'il ne ménageait pas non plus ; afin de favoriser l'absorption du tartre stibié, il tirait 2, 4, 6 kilogrammes de sang.

Rasori, sur soixante-seize cas, traités par le tartre stibié, ne compta que trois morts, soit 1/8 ; c'était une amélioration notable de sa statistique précédente, et ce résultat l'encouragea à vanter l'usage exclusif du tartre stibié. Tommasi, à Parme, Peschier, à Genève, pratiquèrent cette thérapeutique, et la firent connaître en France, où elle fut adoptée avec une certaine modération. Ainsi Laënnec faisait une saignée de 3 à 4 cents grammes, puis donnait une potion stibiée à doses modérées ; à son arrivée à l'hôpital, le malade prenait une potion contenant 5 centigrammes de tartre stibié dans 70 grammes d'infusion de

fleurs d'oranger, avec 10 grammes de sirop de guimauve. On répétait cette potion cinq ou six fois dans la journée, toutes les deux heures, soit, en tout, 30 centigrammes de tartre stibié. Parfois on allait jusqu'à 8, 10 ou 12 centigrammes, ce qui faisait une dose quotidienne de 1 gramme et demi, qui n'était pas dépassée. Si cette préparation était mal tolérée, si elle amenait des effets purgatifs, on prescrivait des préparations opiacées, et notamment le sirop diacode.

C. Vers l'année 1850, une dernière période s'ouvre dans l'histoire du traitement de la pneumonie : on vante l'*expectation*, les toniques, et notamment l'*alcool*.

La réaction s'accusa de 1850 à 1857, et eut pour point de départ la statistique des résultats obtenus à Vienne par Dipper, médecin homœopathe, qui, ayant trouvé une mortalité de 20 0/0 sur 85 cas traités par la saignée, et de 24 0/0 sur 106 cas traités par l'émétique, se décida à les traiter par l'expectation. Il l'employa chez 750 malades, et n'eut que 69 morts, soit une mortalité de 1/11 seulement. A côté de lui, Skoda, voyant ces bons effets de l'expectation, n'hésita pas à l'employer aussi, et ne traita plus ses malades que par le chiendent et le nitre. Dès lors, la méthode se généralisa : Bennett, à Édimbourg, en fut un des promoteurs : il n'obtint par l'expectation que 4,76 0/0 de mortalité, chez ses malades pneumoniques auxquels il ne donnait que des boissons alcalines et une alimentation légère. Meinessous, à Stockholm, sur 3,000 malades, montra l'inutilité, le danger même des émissions sanguines qui, suivant lui, élevaient la mortalité de 1,5 0/0. L'expectation fut acceptée généralement en Europe ; mais, en France, elle éprouva quelque peine à s'implanter. Legendre la préconisait cependant depuis longtemps chez les jeunes enfants (à partir de l'âge de deux ans) ; il admit le même traitement pour la pneumonie des adultes, et lui-même, en 1859, étant atteint d'une pneumonie double, refusa absolument de se traiter par le tartre stibié ou par la saignée, comme le lui conseillaient d'éminents confrères ; il succomba.

Les médecins des enfants étaient des partisans convaincus de l'expectation, dont ils obtenaient de magnifiques résultats : ainsi Barthez, Trousseau ; sur 212 cas, ce dernier n'eut que deux décès, avec le traitement par l'expectation.

Cependant on restait généralement à la théorie contro-stimulante, quand tout à coup la médication alcoolique prit une grande extension. En 1865, Béhier annonça que dans un pays voisin, en Angleterre, on obtenait de bons résultats par un traitement tout à fait différent de celui qui était en faveur en France. Les médecins anglais excitaient leurs malades par le vin, par l'alcool même, traitement spécifié surtout par la potion de Todd. On pensa d'abord que c'était une question de terrain et de pays ; mais Béhier, qui expérimentait cette méthode, en tira des résultats tellement favorables que l'on dut se rendre à l'évidence. Sur 36 pneumonies, il eut 29 guérisons. Béhier insista surtout sur ce fait que l'alcool a ses indications particulières, que toutes les pneumonies ne se ressemblent pas, et que certains pneumoniques seulement demandent à être stimulés, notamment les gens débilités qu'on rencontre dans les hôpitaux.

D. Le traitement par la *digitale* avait été déjà préconisé par Rasori lui-même.

Plus tard Duclos (de Tours) vanta l'extrait hydro-alcoolique de digitale à la dose de 20 ou 30 centigrammes, le premier jour, et en l'augmentant tous les jours de 10 centigrammes jusqu'au chiffre maximum de 60 centigrammes. Hirtz (de Strasbourg) montra l'action énergique de la digitale sur la fièvre : il l'employait en infusion de 50 centigrammes dans 100 grammes d'eau.

La *vératrine* a été recommandée de la même façon que la digitale : Aran avait obtenu 21 guérisons sur 23 pneumonies, et Vogt (à Berne) dit n'avoir eu que 8 0/0 de mortalité avec ce médicament, qui est fort mal supporté.

Nous devons maintenant nous demander quelle est la valeur relative de chacune de ces méthodes de traitement.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Duplay.

### Grenouillette salivaire.

Nous avons, au n° 67 de la salle Sainte-Marthe, une femme qui vient pour se faire opérer d'une tumeur de la bouche. Elle raconte que, il y a deux ans, étant atteinte d'un érysipèle de la face, elle a vu survenir tout d'un coup, sur le plancher de la bouche, du côté droit, une petite grosseur qui aurait disparu comme elle était venue, c'est-à-dire spontanément.

Elle ne présentait plus trace de cette affection, quand, il y a un mois, sans cause connue, une nouvelle tumeur survint du côté gauche. Mais, loin de disparaître au bout de quelque temps comme la précédente, elle fit chaque jour des progrès si rapides, que la malade se décida à entrer à l'hôpital, où elle est arrivée dans l'état suivant :

Elle présente, sur tout le plancher de la bouche, mais bien plus accentuée à gauche qu'à droite, une tumeur uniforme, régulière, qui repousse la langue en arrière et à droite. Cette tumeur a le volume d'une noix ; elle est recouverte par la muqueuse tout à fait saine, parfaitement mobile, présentant sa coloration rose normale, mais épaissie en certains points, amincie en d'autres.

Elle se prolonge, à gauche, jusqu'au rebord alvéolaire. Elle est rénitente dans toutes ses parties, et donne une sensation de fluctuation très-manifeste.

Une fluctuation analogue, mais plus profonde, se laisse également percevoir dans la région sus-hyoïdienne, au niveau de la ligne médiane, et à quelques millimètres en arrière de la mâchoire. Mais, en combinant l'exploration de cette région avec celle du plancher de la bouche, il est facile de s'assurer que cette fluctuation profonde communique avec la tumeur de la cavité buccale.

Celle-ci est, en outre, complètement indolente, soit spontanément, soit à la pression.

Pas d'altération de la santé générale : seulement quelques petits troubles fonctionnels, tels que de la gêne de la déglutition et un certain embarras de la parole.

D'après cet exposé, il est évident qu'il s'agit ici d'une collection liquide, d'un kyste ; en un mot, d'une de ces tumeurs du plancher de la bouche qui ont reçu le nom de grenouillettes.

Cependant il ne faudrait pas croire que, toutes les fois que vous constaterez, dans cette partie de la cavité buccale, une tumeur fluctuante comme celle-ci, vous ayez nécessairement affaire à une grenouillette. Il y a, en effet, au plancher de la bouche, un certain nombre de tumeurs solides, demi-liquides, liquides même, qui peuvent fournir, au doigt

qui les explore, des sensations qui ne doivent pas être rapportées à l'existence d'une vraie grenouillette.

Parmi les tumeurs solides qui peuvent être prises pour des grenouillettes, et qui même, quelquefois, ont été opérées comme telles, je vous citerai le lipome sous-muqueux du plancher de la bouche. Mais, si vous êtes prévenus de la possibilité de cette erreur, il vous sera facile de l'éviter en vous rappelant que, dans les points où la muqueuse est amincie, elle présente une coloration jaunâtre, qui résulte de la présence de la matière grasse accumulée dans la cavité kystique. Dans la grenouillette, au contraire, c'est une teinte grise qu'on observe là où la muqueuse qui recouvre le kyste a perdu son épaisseur normale.

Quelquefois également, au lieu d'être nettement fluctuante, la tumeur qui constitue le lipome est seulement molle et dépressible.

D'ailleurs, dans le cas où vous conserveriez quelques doutes sur la nature de la maladie, la ponction exploratrice vous fournirait un moyen de diagnostic certain.

Au nombre des tumeurs liquides qui peuvent aussi donner lieu à des confusions regrettables, il faut placer au premier rang les kystes dermoïdes. Ils ont, en effet, tout à fait l'apparence de la grenouillette : comme elle, ils donnent lieu à de la rénitence et à de la fluctuation.

Dans ce cas on se fonde, pour établir le diagnostic, sur l'état de la muqueuse qui, au lieu d'acquérir cette ténuité grâce à laquelle il est possible de voir par transparence le contenu de la tumeur, conserve, au contraire, son épaisseur et sa coloration normales.

Si, d'autre part, on examine avec soin ces kystes par inclusion, on trouve qu'ils présentent, plutôt qu'une fluctuation bien franche, une sorte de mollesse et de rénitence ; de plus, comme cela a lieu pour tous les lipomes en général, ils conservent pendant un certain temps l'impression du doigt. Cela tient à la nature du contenu de ces tumeurs, qui est ordinairement une sorte de mastic auquel sont fréquemment mélangés des poils ou des fragments d'os.

Du reste, si le diagnostic offrait quelque difficulté, on pourrait, comme précédemment, résoudre la question en pratiquant une ponction exploratrice.

Enfin, comme tumeur franchement liquide pouvant induire en erreur, je vous citerai certains abcès en nappe, qui surviennent quelquefois à la base de la langue, si ces collections purulentes ne donnaient lieu à des symptômes inflammatoires qui permettent toujours d'en faire le diagnostic.

Nous sommes donc en présence, chez cette femme, d'une grenouillette; mais il faut encore distinguer à quelle variété de grenouillette nous avons affaire.

Est-ce à une grenouillette non salivaire, c'est-à-dire à un kyste de la bourse de Fleischmann, dans laquelle il se serait fait un épanchement de sérosité ? Cela se pourrait, si l'existence de cette bourse séreuse n'était singulièrement contestée par le plus grand nombre des chirurgiens.

S'agit-il d'une de ces grenouillettes aiguës qui surviennent en quelques heures, que M. Tillaux considère comme résultant de l'ouverture spontanée d'une glande salivaire dans la prétendue bourse de Fleischmann, laquelle, selon moi, ne serait autre qu'un œdème aigu, absolument comparable à celui de la glotte ?

La marche progressive, quoique rapide, que la tumeur a suivie chez cette femme, nous démontre qu'il n'en est rien.

Nous arrivons dès lors à cette conclusion, qu'il s'agit d'une grenouillette franchement chronique, c'est-à-dire d'une grenouillette salivaire.

Autrefois on ne manquait jamais d'attribuer ces petites tumeurs à la dilatation du canal de Warthon obstrué en un point quelconque de son parcours. Cela est vrai pour quelques cas, mais c'est extrêmement rare. C'est à M. Tillaux que revient l'honneur d'avoir découvert le véritable point de départ de la grenouillette. Ce chirurgien a, en effet, montré que, dans l'immense majorité des faits, cette affection avait pour origine une occlusion de l'orifice des glandes salivaires, infiniment petites, qui existent à la base de la langue, et constituent, par leur réunion, le système des glandes sublinguales.

Ici, d'ailleurs, nous avons à notre disposition un moyen bien simple pour nous assurer que la tumeur n'est pas formée aux dépens du canal de Warthon : c'est de pratiquer le cathétérisme, ou simplement d'exciter le fonctionnement de ce conduit en plaçant un grain de sel sur la langue de la malade. C'est ce que nous avons fait dans la salle. Vous avez pu voir ainsi la salive sourdre par l'orifice du canal avec une abondance remarquable, et même sous la forme d'un véritable jet.

J'ajouterai enfin que, dans ce cas, ce n'est pas sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne que nous aurions constaté cette sensation de fluctuation profonde dont je vous ai parlé au début de cette leçon, mais sur la partie latérale correspondante.

Le pronostic de la grenouillette est bénin.

Ces tumeurs ne deviennent, en effet, dangereuses que lorsqu'on les a laissé acquérir un volume considérable. Néanmoins, comme elles entraînent toujours quelques troubles fonctionnels, il est bon d'en débarrasser les malades.

Le traitement est d'ailleurs extrêmement simple : c'est celui de tous les kystes par rétention.

Vous avez par conséquent à choisir entre divers procédés: la ponction et l'injection iodée, la suppuration de la poche à l'aide du drainage ou l'excision des parois.

Je vous déconseille d'une façon absolue la ponction suivie d'injection iodée. C'est un moyen d'une application extrêmement difficile, et qui, de plus, est suivi très-fréquemment de récidive.

Il peut, en outre, donner lieu à quelques accidents, tels que des névralgies faciales ou dentaires réflexes.

Le séton réussit assez bien, mais il a tous les inconvénients qui résultent de la présence d'un corps étranger dans la cavité buccale. D'autre part, il est difficile de savoir exactement à quel moment la suppuration est terminée; on s'expose à le retirer trop tôt ; de là, des récidives.

Le moyen auquel je donne la préférence est l'incision combinée avec l'excision de la poche.

C'est celui que nous allons employer chez cette femme.

Mais le point capital, c'est le traitement consécutif. Ces kystes se rétractent avec une rapidité extrême, si bien qu'au bout de trois ou quatre jours on les croirait guéris. D'où la nécessité de s'opposer à la réunion trop rapide des bords de la plaie, en faisant fréquemment des cautérisations avec le nitrate d'argent, pour modérer le travail de réparation.

## PLAIE PAR COUP DE SABRE

DU CUIR CHEVELU, DU CRANE ET DE L'ENCÉPHALE ; MONOPLÉGIE BRACHIALE GAUCHE TEMPORAIRE ; GUÉRISON.

Par M. le docteur ACHINTRE, médecin aide-major de 1re classe.

I

Le 18 février 1878, le nommé C..., Guillaume, soldat au train des équipages, âgé de vingt-cinq ans, de forte constitution, remontait à neuf heures du soir de Boghari à Boghar avec un de ses camarades, quand une dispute s'éleva entre eux au sujet du paiement de quelques consommations. Ils étaient tous les deux en état d'ivresse. De la dispute ils en vinrent bientôt aux mains : C... terrassa par deux fois son adversaire ; celui-ci, se relevant pour la deuxième fois, furieux, asséna à son camarade un vigoureux coup de sabre sur le côté droit de la tête.

C..., ensanglanté, ne perdit pas connaissance ; il demanda à son adversaire de l'aider à se laver et à remonter ; mais celui-ci s'enfuit. Le blessé remonta donc seul à Boghar, parcourant ainsi un trajet de six kilomètres, se coucha, et se présenta seulement le lendemain matin, à neuf heures, à la visite de l'hôpital militaire.

Le blessé a toute sa connaissance. Il raconte être tombé accidentellement dans une traverse, sur une pierre tranchante qui lui a fait cette blessure, et persiste, malgré les objections, à soutenir ce récit.

La plaie porte les caractères manifestes d'une plaie par instrument tranchant. Elle est située sur le côté droit du crâne, s'étendant depuis le vertex jusqu'à la partie supérieure de l'oreille droite, ayant une longueur de 13 centimètres et demi, et un écartement de 4 centimètres au milieu. Le cuir chevelu est nettement tranché. Le crâne est fendu dans toute l'étendue de la plaie ; la section osseuse comprend le pariétal et le sommet de la portion écailleuse du temporal ; elle est nette, sans enfoncement ni fracture ; quelques petites esquilles en frangent seulement les bords.

Le coup a porté d'avant en arrière, car la lèvre postérieure de la plaie osseuse a un niveau plus élevé que la lèvre antérieure. L'écartement osseux est d'environ 5 millimètres. A travers cet écartement s'écoule un peu de sang mêlé à de la matière cérébrale, et l'on perçoit nettement des battements et des glouglous dus aux mouvements rhythmés de la masse encéphalique. Pas de souffrances vives, d'hémorrhagie, pas de troubles sensoriels ni intellectuels, soif vive, marche normale, le bras gauche est incomplètement paralysé du mouvement. La plaie est lavée, on extrait quelques petites esquilles des bords de la coupure osseuse, on rase le cuir chevelu tout à l'entour, quatre épingles sont appliquées à la commissure supérieure pour rétrécir un peu la plaie, et l'on panse à plat avec un linge fenêtré cératé, un plumasseau de charpie sèche et une bande.

Diète ; pot. chloral, 2 gr.

T. a. m., 37.6 ; t. a. s., 38.6.

Le soir, la paralysie du bras gauche se complète : le malade ne peut plus le mouvoir et le sent à peine. Pas de souffrance.

Le 20 février, paralysie à peu près complète du bras gauche ; la sensibilité est obtuse, mais encore manifeste ; le blessé ne peut soulever le membre, mais il produit quelques mouvements limités des doigts. Quelques faisceaux du deltoïde se contractent encore, mais sans bénéfice. Rien du côté des organes des sens. La jambe gauche ne présente aucun trouble. Température égale des deux côtés du corps.

État général intact ; le blessé a bien dormi, il n'éprouve pas de souffrance ; aucun trouble intellectuel.

Écoulement par la plaie de caillots de sang mêlés à de la substance cérébrale et à de petites esquilles osseuses.

Bouillon ; pot. chloral, 2 gr.

T. a. m., 37.5 ; t. a. s., 38.6.

Le 21, le blessé commence à souffrir un peu de la tête. Écoulement par la plaie d'un liquide épais, rougeâtre, foncé, composé de sang et de matière cérébrale. On remarque une tendance du blessé à se coucher obliquement dans son lit, de façon à sortir sa jambe gauche en dehors du lit ; aucun trouble du mouvement ni de la sensibilité dans cette jambe.

Soif très-vive ; appétit conservé. On retire les quatre épingles qui réunissaient le tiers supérieur de la plaie. Aucune trace de réunion. Le pansement simple à plat est continué.

Bouillon ; pot. chloral, 2 gr.

T. a. m., 38.2 ; t. a. s., 38.6.

Le 22, le blessé est toujours couché obliquement, la jambe gauche hors du lit, et il reprend constamment cette position chaque fois qu'on la lui a rectifiée. Il éprouve de la souffrance et présente un léger état de somnolence. Dans la nuit, il a eu une épistaxis légère, et a uriné sous lui, dans son lit. Les yeux sont douloureux au toucher ; les pupilles sont égales et normalement contractiles. Face colorée. C... revient sur la fable qu'il avait continué à soutenir jusqu'ici pour expliquer sa blessure, et raconte l'histoire que nous relatons au début de cette observation.

La sensibilité du bras gauche est presque nulle, le mouvement entièrement aboli. A travers la plaie osseuse sort une petite tumeur mollasse, rougeâtre, du volume d'une petite noix, adhérente, composée de sang et de matière cérébrale.

Continuation du pansement simple.

Bouillon ; pot. chloral, 2 gr.; vingt sangsues derrière les oreilles.

T. a. m., 37.6 ; t. a. s., 38.8.

Le 23, commencement de la suppuration mêlée encore à de la matière cérébrale qui s'écoule avec le pus. Quelques bourgeons charnus, gros et pâles, sur les lèvres de la plaie cutanée. Facies abattu. Yeux fermés et douloureux aux mouvements et à la pression. Pupilles un peu resserrées, contractiles. Ce matin, pendant deux à trois minutes, le bras gauche a été animé de mouvements spasmodiques douloureux.

Même pansement. Diète. Émétique en lavage. Pot. chloral.

T. a. m., 38.2 ; t. a. s., 39.1.

Le 24, même état qu'hier. Abattement général. Le malade a fait ses besoins sous lui sans s'en apercevoir.

Émétique en lavage.

T. a m., 38.8 ; t. a. s., 39.0.

Le 25, abattement. Douleurs lancinantes dans le membre supérieur gauche paralysé. Plaintes pendant la nuit. Pupilles normales ; pas de troubles sensoriels. Le blessé se sent de l'appétit et demande à manger. La plaie est largement écartée ; le derme du cuir chevelu est très-épaissi par une végétation bourgeonnante considérable ; sensibilité très-vive des environs de la plaie. A travers la section osseuse, hernie d'une portion du cerveau de la grosseur d'une forte noisette. Cette portion herniée est sectionnée avec des ciseaux, sans déterminer aucun accident.

Même traitement.

T. a. m., 37.2 ; t. a. s., 38.8.

Le 26, douleurs dans le membre paralysé. Sensibilité très-vive à la pression de l'épaule et au niveau de la clavicule. Le blessé réclame avec instance à manger.

Tapioca. Œuf à la coque. Pansement *ut supra*.

T. a. m.. 37.4 ; t. a. s., 38.4.

Le 27, même état. La plaie bourgeonne abondamment, suppuration modérée.

T. a. m., 38.0 ; t. a. s., 39.6.

Le 28, l'état général s'améliore. Mêmes souffrances dans tout le membre paralysé. La commissure supérieure de la plaie est cicatrisée dans une étendue d'environ un sixième de la plaie.

T. a. m., 37.4 ; t. a. s., 38.4.

Le 1er mars, même état.

T. a. m., 36.8 ; t. a. s., 37.2.

Le 2, *id.* ; t. a. m., 36.8 ; t. a. s., 38.2.

Le 3, même état. Bourgeonnement exubérant de la plaie, suppuration assez abondante ; le pansement alcoolisé est substitué au pansement simple.

T. a. m., 38.9 ; t. a. s., 39.0.

Le 4, état général assez satisfaisant. Le blessé a bon appétit. Les bourgeons charnus, qui étaient exubérants, s'affaissent. Suppu-

ration toujours abondante. Les surfaces osseuses sont toujours dénudées.

Pans. alc. 1/2 p. de pain, 1/2 p. de vin. Tap. Œuf à la coque.

T. a. m., 36.8; t. a. s., 38.2.

Le 5, aucun trouble nouveau. Hyperesthésie toujours très-prononcée de tout le membre paralysé. Bonne suppuration.

T. a. m., 37.0; t. a. s., 37.8.

Le 6, *id.;* t. a. m., 37.2; t. c, s., 38.2.

Le 7, bon état général. La plaie diminue d'étendue par la cicatrisation de la commissure supérieure. Elle n'est que de 9 centimètres au lieu de 13 centimètres et demi du début.

Pans. alc. une p. pain et vin. Tap. oc.

T. a. m., 37.4; t. a. s., 37.8.

Le 8, t. a. m., 37.0; t. a. s., 37.8.

Le 9, t. a. m., 36.8; t. a. s., 37.4.

Le 10, le blessé est pâle et anémié; il a maigri sensiblement. Il se plaint de douleurs dans la tête et dans la partie supérieure du cou.

La paralysie du bras gauche semble diminuer un peu : le membre est encore inerte, mais les doigts peuvent se plier et s'étendre, sans toutefois permettre encore au blessé de serrer. La motricité revient dans le deltoïde qui peut être contracté et soulève un peu le bras. L'avant-bras ne peut se fléchir sur le bras. La sensibilité est reparue, mais très-obtuse; l'hyperesthésie est beaucoup diminuée.

La suppuration est abondante et de bonne nature; les ganglions cervicaux superficiels sont engorgés et douloureux. L'appétit est bon.

T. a. m., 36.6.; t. a. s., 38.1.

Le 11, douleurs à la nuque et dans le bras paralysé. Le soir, souffrances vives, agitation. Le blessé demande une potion calmante qui lui est accordée.

Même traitement, op. 0.05.

T. a. m., 37.0; t. a. s., 38.4.

Le 12, constipation depuis deux jours. Purgatif. Calomel, 1 gramme.

T. a. m., 38.2; t. a. s., 37.0.

Le 13, état général bon. Les bourgeons de la plaie sont pâles, anémiés. Quelques douleurs à la nuque. Ces douleurs sont dues à la présence de ganglions cervicaux superficiels engorgés. Les douleurs de l'épaule et du bras ont beaucoup diminué. Le mouvement revient peu à peu dans les doigts, l'avant-bras, le bras.

Pansement à l'alcool remplacé par pansement avec eau phéniquée au 1000e.

T. a. m., 37.0; t. a. s., 37.4.

Le 14, t. a. m., 36.8; t. a. s., 37.8.

Le 15, t. a. m., 37.6; t. a. s., 37.8.

Le 16, la paralysie semble tendre rapidement à la guérison, elle est beaucoup diminuée. Les mouvements reviennent à l'épaule, au bras, à l'avant-bras, mais ils sont encore limités et difficiles, la flexion des doigts n'est pas complète et le blessé ne peut serrer efficacement. Pas de douleurs, suppuration modérée et de bonne nature. Bourgeons charnus, saillants, roses; quelques bourgeons paraissent entre les lèvres de la plaie osseuse. La plaie cutanée se rétrécit et diminue; elle a 9 centimètres de longueur, 2 centimètres d'écartement; l'étendue totale de la lésion, en y comprenant la portion supérieure cicatrisée, est de 11 centimètres et demi.

T. a. m., 37.2; t. a. s., 37.6.

Le 17, bon état général. Le malade mange d'excellent appétit.

T. a. m., 37.4; t. a. s., 37.6.

Le 18, les mouvements de tout le membre sont de plus en plus marqués. État général excellent : la gaieté revient. Le blessé mange deux p. de pain, trois p. de vin, côtelette.

T. a. m., 36,6; t. a. s., 37.4.

Le 19, t. a. m., 36.6; t. a. s., 37.2.

Le 20, t. a. m., 36.4; t. a. s., 37.4.

Le 21, t. a. m., 36.4; t. a. s., 36.8.

Le 22, t. a. m., 36.2; t. a. s., 36.6.

Le 23, le mieux s'accentue de plus en plus, le blessé se lève et se promène dans la salle : la jambe gauche est parfaitement saine. Chatouillement dans la plaie qui bourgeonne abondamment et dont la cicatrisation avance tous les jours. L'ouverture osseuse est complètement fermée par des bourgeons charnus, roses et saillants.

T. a. m., 36.2; t. a. s., 36.8.

La fièvre est complètement tombée depuis longtemps. On cesse de prendre la température.

Le 31, état général parfait. Le blessé mange trois p. de pain, quatre p. de vin. La paralysie du bras diminue de jour en jour : tous les mouvements sont actuellement possibles, mais peu intenses. Le blessé se lève et se promène tous les jours. Nuits excellentes. Pas de douleurs. Répression avec le nitrate d'argent de quelques bourgeons exubérants.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 juin 1879. — Présidence de M. MAGNAN.

COMMUNICATIONS

**Physiologie du cerveau.** — M. BROWN-SÉQUARD, continuant ses recherches sur ce sujet, a étudié les résultats de la galvanisation directe de certaines parties du cerveau; il a constaté que la galvanisation produisait, plus souvent que toute autre méthode d'excitation, des mouvements croisés, mais que cependant les mouvements directs prédominaient encore. Il a vu, dans un cas, la galvanisation du pont de Varole produire une contracture permanente du côté correspondant. Fabre a signalé, chez l'homme, un cas analogue dans lequel une lésion des pyramides avait déterminé une paralysie directe et une contracture croisée. M. Bouchard a vu, dans un autre cas, se produire, au contraire, une paralysie croisée et des convulsions du côté correspondant.

Abordant d'autres faits, M. Brown-Séquard rappelle avoir démontré que des lésions de la base de l'encéphale modifiaient les propriétés de la moelle épinière. Réciproquement, il apporte aujourd'hui de nouveaux faits démontrant que des lésions de la moelle modifient les propriétés de la base de l'encéphale; par exemple la section de la moitié droite de la moelle a pour effet de diminuer ou même de détruire l'excitabilité des centres moteurs du côté gauche et d'augmenter au contraire celle des centres moteurs du côté droit.

**Température de la région stomacale.** — M. LEVEN fait sur ce sujet une communication dont voici le résumé :

La température de la région stomacale prise avec un thermomètre *à maxima* que l'on tient appliqué sur la peau de l'abdomen, n'est pas la même à gauche et à droite de la ligne médiane.

Les températures peuvent différer de plusieurs dixièmes de degré ou de plus d'un degré.

Ces différences sont liées à la diversité de fonction de la partie gauche ou droite de l'organe.

La chaleur de l'estomac se modifie aux diverses heures de la journée avant ou après le repas.

Ces variations permettent de suivre le travail digestif qui s'accomplit dans l'estomac.

Chez le dyspeptique, dans la dilatation de l'estomac, dans le cancer, la température est plus élevée que dans un estomac sain.

A l'état de santé, c'est le matin à jeun que le thermomètre atteint le plus grand nombre de degrés, et il baisse progressivement jusqu'à dix, onze heures du matin, moment où l'appétit est ressenti.

Après le deuxième repas, il s'élève de nouveau, d'abord à gauche, puis à droite de la ligne médiane; son maximum est acquis à la troisième heure, puis il baisse de nouveau jusqu'à la cinquième heure, et alors chez le dyspeptique le calme renait.

Après le troisième repas, le thermomètre s'élève de nouveau, plus qu'après le deuxième repas, et, le matin à jeun, le thermomètre est au maximum.

A la troisième heure après le deuxième repas, la température périphérique a baissé, et de là provient la sensation de froid que ressentent certaines personnes ; à la même heure, la région du foie a gagné un degré pour baisser à la quatrième heure.

C'est très-souvent l'heure à laquelle se produisent les coliques hépatiques.

Dans la dilatation, dans le cancer de l'estomac, à toute heure de la journée, l'estomac marque 36° ou 37°, presque deux degrés de plus qu'à l'état normal.

Cette élévation de température est cause en partie de l'inappétence que l'on rencontre dans ces maladies.

J'ai soigné un jeune homme de vingt-huit ans qui, depuis quinze ans, n'avait jamais senti de l'appétit. Sa thermométrie oscillait constamment entre 36 et 37 degrés.

M. ONIMUS soigne avec M. Peter un malade chez lequel il a pu constater les faits signalés par M. Leven. Mais il ne croit pas, comme lui, que le frisson que ressentent certaines personnes après les repas soit dû à un abaissement de la température périphérique coïncidant avec une élévation de la température stomamacale ; il pense qu'il s'agit là simplement d'un phénomène nerveux.

M. LEVEN maintient son opinion : il en est de même, suivant lui, de l'appétit et de la soif que tous les physiologistes considèrent comme étant des phénomènes dépendant de tout l'organisme, tandis que, selon M. Leven, l'appétit coïncide toujours avec un abaissement de la température stomacale, et la soif au contraire est le résultat d'une élévation de température.

M. DUMONT-PALLIER s'explique que l'on puisse prendre aisément la température des membres ; mais il ne comprend pas comment on peut, sur des régions aussi compliquées que l'abdomen ou le thorax prendre des températures assez exactes pour en tirer des conclusions aussi précises que celle de M. Peter pour la poitrine ou celle de M. Leven pour l'estomac. Il demande à quel procédé ces messieurs ont recours.

M. LEVEN emploie le procédé indiqué par M. Peter : application directe d'un thermomètre plat, recouvert d'une couche d'ouate et maintenu avec la main.

**Du chlorure de magnésium.** — M. RABUTEAU fait une nouvelle communication sur le sel d'où il résulte que le chlorure de magnésium, intermédiaire aux sels de sodium, qui sont inactifs, et aux sels de potassium, de lithium, de barium, etc., qui sont très-manifestement des poisons musculaires, est lui-même un poison musculaire, mais bien moins actif que ces derniers sels.

La séance est levée à six heures.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Distinctions honorifiques.* — Sont nommés : 1° *officiers de l'instruction publique* : M. le docteur Dubois (de Limoges) ; M. le docteur Jourdanet. — 2° *officiers d'académie* : MM. Trehyou, pharmacien à Paris ; le docteur Marie (de Longuyon) ; A. Méhu, pharmacien à Villefranche ; le docteur Beni-Barde (de Paris) ; le docteur Demarquette (d'Hénin-Liétard) ; le docteur Lacassagne, professeur-agrégé au Val-de-Grâce ; les docteurs Napias, P. Dubuisson, Thevenot et A. Martin (du Congrès d'hygiène) ; le docteur Leudenger-Fortmorel (de Saint-Brieuc) ; Portret, contrôleur du matériel de la Faculté de médecine de Paris ; Gennevier, pharmacien à Nantes.

— La première session annuelle pour le certificat de grammaire s'ouvrira le 2 juillet à neuf heures du matin. Les candidats devront produire : 1° une demande d'inscription (sur papier timbré et légalisée) ; 2° leur acte de naissance ; 3° un certificat de moralité.

Le registre sera ouvert tous les jours et sera clos le 28 juin à trois heures.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8378.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine prépare sa séance annuelle. Après le rapport officiel de la Commission d'hygiène de l'enfance, sont venus ceux de la Commission de vaccine et de la Commission des épidémies. Dans ce dernier rapport, qui nous a paru très-bien fait d'après le peu qu'il nous a été possible d'en entendre au milieu du bruit des conversations, M. Villemin a mis en relief ce que l'on pourrait appeler *la mode* dans les observations médicales, particulièrement en ce qui touche l'étiologie.

Dans un village où jusqu'alors la santé publique était parfaite, au moindre cas de fièvre typhoïde, on ne manque pas de trouver pour cause de la maladie quelque ancien fumier, quelque fosse d'aisance mal close, quelque mare existant de temps immémorial et où l'on déverse des excréments. Puis, le plus souvent, les fumiers restent, les mares subsistent, les fosses d'aisances sont aussi mal tenues, et l'épidémie disparaît. Mais, tant qu'elle existe, les observateurs ont bien soin de se conformer à la théorie étiologique actuellement dominante, celle d'une infection par les matières fécales.

Il est vrai que cette théorie, comme l'a montré M. Villemin, peut expliquer des éclosions momentanées de fièvre typhoïde dans des conditions hygiéniques en apparence toujours les mêmes, si l'on admet que les fumiers, les mares, etc., aient besoin d'être ensemencés de germes morbides, importés d'ailleurs, pour entrer en activité morbifique grâce à la rapide multiplication de ces germes dans un milieu essentiellement favorable.

Reste à expliquer comment et pourquoi ces germes n'agissent pas toujours, une fois ainsi multipliés. La réponse à cette question se trouve peut-être dans le rapport de la commission des épidémies ; mais on ne l'a pas entendue.

Dr Victor REVILLOUT.

## HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

### Adénome sudoripare : les quatre formes réunies chez une même malade.

Par un hasard singulier, la malade que nous allons opérer présente le type des diverses formes des maladies des glandes sudoripares. En quatre points différents du visage, nous trouvons la même affection, l'adénome des glandes sudoripares revêtant un aspect différent.

Cette femme porte à la lèvre inférieure une vaste ulcération occupant les deux tiers du menton : une profonde perte de tissus existe à ce niveau, l'affection a gagné jusqu'au périoste du bord antérieur du maxillaire inférieur.

A la lèvre supérieure, et sur l'aile du nez, la maladie présente un autre type, celui de petites élevures molles, arrondies, dont les unes renferment du liquide, comme nous nous en sommes assurés en pratiquant une ponction, les autres sont solides.

Du même côté gauche de la face, nous trouvons la paupière inférieure envahie presque complètement par une tumeur un peu rougeâtre, formée de plusieurs bosselures, mollasse et indolente, non ulcérée et recouverte encore par la peau, mais par une peau distendue et très-amincie.

Enfin, sur le front, vers la bosse frontale gauche, nous voyons plusieurs petites tumeurs sous-cutanées, d'un volume variant de celui d'un pois à celui d'une merise, et plantées sur une petite cicatrice. Disons de suite que cette cicatrice est la trace d'une opération que la malade s'est faite à elle-même en liant une de ces tumeurs ; mais la récidive est survenue. Ces tumeurs frontales sous-cutanées sont solides.

Ainsi sont réunies sur un même sujet des variétés qu'on n'observe guère que dans des cas isolés. Toutes ces tumeurs tiennent à une même lésion, l'adénome des glandes sudoripares.

L'état ordinaire de cette hypertrophie est constitué par ce que nous observons à la paupière et à la lèvre inférieure : l'hypertrophie produit ces tumeurs indolentes, arrondies, distendant la peau au point de l'amincir considérablement, mais sans l'ulcérer. Elles siègent dans les couches du derme, sans avoir d'adhérences profondes. Elles peuvent être solides, constituées par des amas d'épithélium. Je vous ai dit qu'en faisant la ponction avec une aiguille à cataracte, deux de ces tumeurs avaient fourni du liquide : c'étaient deux *kystes sudoripares* analogues à celui dont j'ai donné autrefois une description.

Au front, nous observons une autre évolution : lorsque ces tumeurs ont déjà été opérées, la récidive se fait ; ce ne sont plus les glandes sudoripares superficielles, mais les glandes les plus profondes qui s'hypertrophient.

Dès lors, ce n'est plus dans le derme que se développent les petites tumeurs, mais dans le tissu cellulaire sous-cutané. Tel est l'adénome sudoripare *sous-cutané*.

La forme *térébrante,* ulcérée, est celle qui envahit toute la lèvre inférieure.

Nous avons opéré récemment une Marseillaise âgée de quatre-vingt-un ans, qui portait à l'aile du nez une tumeur de cette nature, mais sous une forme plus étalée en largeur, et gagnant moins les parties profondes. Nous avons néanmoins trouvé chez elle une perforation profonde de la narine.

Mais, dans le cas présent, la perte de substance est beaucoup plus considérable.

Nous en établirons donc quatre variétés : 1° hypertrophie de l'épithélium de la glande ; 2° forme kystique : 3° forme sous-cutanée ; 4° forme térébrante.

Cette sorte de tumeur présente assez d'analogie avec le cancroïde : ainsi, je pense que, sur vingt cancroïdes de la face observés chez les vieillards, il en est bien la moitié qui est constituée par des adénomes sudoripares. Toutefois le diagnostic en est facile, parce que le cancroïde siège toujours dans les couches superficielles du derme, et que les papilles d'un épithélioma ne sont jamais aussi développées ni aussi volumineuses que celles que nous observons ici à la région palpébrale.

Ordinairement l'adénome sudoripare a une marche très-lente et une terminaison bénigne. Cependant, chez la malade qui nous occupe, l'affection a présenté une marche très-rapide. L'ulcération de la paupière inférieure a fait des progrès quotidiens et menace l'os lui-même. Les mamelons de la lèvre supérieure s'accroissent progressivement ; depuis l'entrée de cette femme au service, vous avez pu remarquer une certaine augmentation de volume.

Il existe une différence remarquable dans la marche de l'épithélium et dans celle de l'adénome sudoripare : tandis que l'engorgement des ganglions est le fait le plus commun dans le premier cas, il est très-exceptionnel dans le second. Aussi, lorsqu'un cancroïde a duré un certain temps, les ganglions s'étant engorgés, si l'on fait l'extirpation, il faut aussi enlever les ganglions, ce qui rend l'opération presque aussi grave que celle du cancer. Dans l'opération de l'adénome, on n'a pas cette crainte de récidive par les ganglions ; aussi, si l'on fait l'ablation largement, de façon à ne rien laisser de suspect, on peut espérer qu'il n'y aura pas de récidive.

Cependant nous ne sommes pas toujours à l'abri de cet accident, parce que souvent une glande sudoripare ayant un si faible volume (quelques dixièmes de millimètres), elle peut déjà être malade et avoir augmenté trois, quatre fois de volume, sans que ces lésions soient visibles pour le chirurgien. De sorte que la récidive apparaîtra parce qu'en dehors des limites de la portion opérée, il y avait déjà une atmosphère suspecte qui nous a échappé.

L'opération à faire consiste dans l'extirpation de toutes ces tumeurs. C'est ce que nous allons exécuter immédiatement en employant le thermocautère. Seulement, pour la paupière inférieure, nous nous servirons du bistouri et des ciseaux, afin d'éviter plus sûrement le globe oculaire et de faire une dissection plus minutieuse en limitant exactement la portion saine.

Je me propose donc d'enlever partout et très-largement toutes ces tumeurs : il en restera une énorme plaie béante. C'est dans ces cas que beaucoup de chirurgiens pratiquent les autoplasties de la face. Je ne suis pas partisan de cette manière d'agir : j'attendrai, pour faire l'autoplastie, que la nature ait déjà fait la plus grande partie de la besogne. Vous m'avez vu souvent laisser ces brèches énormes se cicatriser naturellement ; plus tard, je termine la réparation par l'autoplastie. Cette conduite m'a toujours donné des résultats très-favorables et m'a mis à l'abri des accidents si fréquents qui suivent les grandes autoplasties de la face.

Étant connu le siège de la maladie, il est bien entendu que le thermocautère ne devra pas être porté dans les couches profondes : il suffit d'enlever les couches superficielles de la peau. Toutefois, au niveau du maxillaire inférieur, il sera utile de ruginer un peu l'os pour enlever les portions malades du périoste.

Le seul pansement possible sera le pansement antiseptique ouvert : pulvérisations phéniquées plusieurs fois par jour, et application de baudruche phéniquée sur la surface de la plaie.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

### Du phagédénisme.

I

Phagédénisme est un vieux mot qui s'est introduit dans la langue médicale sans avoir une signification bien précise ; gardons-le pour exprimer la qualité rongeante d'un ulcère (φαγεῖν, dévorer ; ἀδήν, glande, tissu charnu). On chercherait vainement à lui substituer une expression plus catégorique et mieux déterminée. La médecine et la tradition l'appliquent à toute plaie dépassant considérablement ses limites habituelles, offrant une tendance extensive insolite et comportant un caractère de malignité inaccoutumé.

Précisons d'abord deux faits fondamentaux : 1° le phagédénisme n'est pas une maladie, il n'est qu'un symptôme, une complication d'une ulcération ; 2° il n'appartient pas en propre à une maladie donnée, il complique une série d'affections multiples, depuis les maladies vénériennes, le chancre simple et les divers accidents syphilitiques jusqu'aux lésions de la scrofule, lupus, lupus vorax, lupus æsthiomène, etc., toutes scrofulides phagédéniques, aussi bien que les diverses dermatoses cachectiques, telles que l'ecthyma ulcérant et certaines affections exotiques, lèpre, ulcère des pays chauds, du Mozambique, etc. Enfin, le phagédénisme n'épargne pas les diverses productions malignes si communes, le cancer, par exemple, dont je vous montre une forme ulcéreuse qui a dévoré la moitié du visage.

Le phagédénisme n'est donc pas l'apanage exclusif d'une maladie, c'est une complication et un symptôme d'une foule d'affections diverses. Mon but n'est pas, dans cette série de conférences, d'étudier le phagédénisme dans toutes ses espèces morbides ; mon sujet sera plus restreint, je ne m'occuperai que de deux sortes de phagédénisme : le phagédénisme dans la syphilis et le phagédénisme dans la scrofule.

#### Phagédénisme syphilitique : phagédénisme tertiaire.

Le phagédénisme syphilitique se produit dans deux circonstances : il complique le chancre primitif ou les lésions ulcéreuses qui se développent ultérieurement dans l'évolution de la syphilis.

A. Le phagédénisme compliquant le chancre syphilitique se développe rarement; c'est là l'opinion de Ricord; toutefois mon vénéré maître s'est plaint maintes fois de ce que l'on a exagéré sa façon de penser en lui faisant dire que le chancre syphilitique ne devient jamais phagédénique et que le phagédénisme n'est jamais suivi d'accidents syphilitiques. Le chancre syphilitique, par son essence, n'a pas de disposition à cette complication, mais il peut devenir phagédénique dans des cas rares.

B. Le phagédénisme syphilitique est bien plus fréquent dans les lésions ulcéreuses ultérieures de la syphilis; c'est le phagédénisme tertiaire, c'est celui qui fera spécialement l'objet de cette étude.

Fréquence. — Elle est relativement considérable, plus que dans la scrofule, et plus dans la période tertiaire que pour les autres syphilides. Sur 137 cas de phagédénisme, j'ai trouvé 44 chancres simples, 22 chancres syphilitiques, 71 cas de phagédénisme tertiaire.

Siège. — La localisation du phagédénisme du chancre est évidemment celle de ce chancre lui-même; les organes génitaux sont sa victime préférée.

Mais le phagédénisme tertiaire envahit des plaies qui ne dérivent plus de la contagion, et qui, apparaissant sous l'influence d'une disposition interne, peuvent se porter sur toutes les régions du corps. Tout en comportant une généralisation véritable, le phagédénisme affecte cependant des points spéciaux pour lesquels il a des préférences singulières et très-marquées : la peau en est spécialement atteinte, et sur la peau, certaines régions plus particulièrement; citons, par ordre de fréquence, la peau du visage et avant tout la peau du nez, qui est l'organe chéri de la vérole tertiaire, puis la peau des membres inférieurs, la région dorsale, les organes génitaux, plus rarement les extrémités des membres.

Le phagédénisme des muqueuses a une prédilection marquée pour les muqueuses de la gorge, de l'isthme guttural, de la pituitaire, du pharynx, des organes génitaux. Il est plus rare sur la langue, l'anus, l'urèthre.

Symptômes. — Le phagédénisme tertiaire n'a pas de caractères objectifs propres; il n'a d'autres attributs que ceux des lésions dont il dérive. Ce sont des lésions ulcéreuses, toujours très-nettement délimitées, plus ou moins creuses, parfois très-creuses, à bords nettement entaillés, à pic ou en biseau, mais toujours adhérents et *non décollés* (détail important pour le diagnostic différentiel avec la scrofule qui donne des plaies à bords flottants d'une façon presque invariable).

Le fond des ulcérations phagédéniques est inégal, tourmenté, alvéolaire, fournissant une suppuration abondante et une sécrétion facilement concrescible. Ces croûtes sont très-remarquables : 1° elles sont très-épaisses (1 centimètre souvent), stratifiées, conoïdes, rappelant absolument l'aspect des écailles d'huîtres, ce qui leur fait donner le nom d'ostréacées; 2° elles sont compactes, dures, résistantes; 3° elles ont une coloration se rattachant à deux types, brun ou verdâtre.

Tel est le phagédénisme avec son air de famille, avec le cachet de son origine vénérienne. Mais le phagédénisme tertiaire ne revêt pas toujours cette physionomie; en quelques cas il se dépouille de sa physiologie spéciale, perd les attributs de son origine, pour prendre les caractères d'une plaie commune mais de mauvaise nature, pultacée, diphthéritique, ou rappelant la pourriture d'hôpital, quelquefois même avec une marche gangréneuse, et la production de véritables eschares en quelques points.

Ce qui caractérise le phagédénisme, ce qui en fait un accident propre, c'est son intensité, c'est l'exagération de la malignité évidente de ce processus ulcéreux.

On en distingue deux formes : tantôt le phagédénisme se borne à attaquer les tissus en surface; il ulcère les surfaces, et s'élargit dans les proportions les plus démesurées, mais toutefois en se limitant au système tégumentaire; c'est le phagédénisme de surface, ou extensif.

Tantôt il ne s'attaque pas seulement à la peau et aux muqueuses, mais il creuse les tissus, les corrode, les fouille comme une vrille (phagédénisme térébrant), exerçant sur eux une action corrosive analogue à celle des insectes qui creusent les arbres depuis l'écorce jusqu'au cœur de l'arbre, c'est le phagédénisme *en profondeur* ou térébrant.

*Phagédénisme de surface.* Il est possible que ce phagédénisme procède capricieusement, sans règle ni méthode, poussant des pointes à droite et à gauche; mais c'est l'exception. La règle de beaucoup la plus habituelle est que le phagédénisme extensif suit une certaine direction, méthodiquement, systématiquement, suivant un plan d'invasion déterminé à l'avance et l'exécutant véritablement pas à pas. Un médecin habitué pourrait dire en le voyant aujourd'hui qu'il sera là ou là dans quelques semaines.

Il procède suivant deux modes : le mode centrifuge et le mode serpigineux.

1° Le mode *centrifuge* rappelle absolument ce qui se passe lorsqu'on jette un caillou dans une nappe d'eau; les vagues s'éloignent en faisant une série d'ondulations concentriques. Ainsi le phagédénisme tertiaire rayonne, sous une forme circulaire, autour d'un centre, formant une série de zones circulaires nécessaires, comme, par exemple, dans la syphilide tuberculo-ulcéreuse dont je vous présente de si beaux spécimens. Autour d'un point, se fait une zone de nouveaux tubercules qui suivront l'évolution normale de tous les tubercules; ils s'ouvriront et s'ulcéreront, puis, si le travail phagédénique se poursuit, sur leurs bords apparaîtra une deuxième zone de nouveaux tubercules qui s'ulcéreront ensuite, et ainsi de suite.

A mesure que le phagédénisme progresse sur la circonférence, le centre se cicatrise, l'ulcération est toujours périphérique, la cicatrice invariablement au centre. Outre la surface blanche de la cicatrice ancienne, on voit autour d'elle une cicatrice plus jeune, pigmentée, avec des points où il y a des ulcérations et d'autres où les tubercules ne sont pas encore ulcérés.

2° Le phagédénisme *serpigineux* se répand en bandes serpentines, constitué par des traînées ulcéreuses, incurvées plus ou moins régulièrement, et toujours caractérisé par ce fait que, tandis que la tête progresse, l'extrémité se cicatrise; la tête est ulcérée, la queue est à la période cicatricielle.

*Phagédénisme de profondeur.*— Le phagédénisme térébrant est constitué par la qualité destructive et profonde de l'ulcération. Il détruit tout sous lui, il creuse en attaquant tous les plans anatomiques qu'il rencontre, la peau et les muqueuses, puis le tissu cellulo-adipeux, puis les aponévroses qui l'arrêtent quelquefois un certain temps, ensuite il arrive aux tissus musculaires qu'il sillonne d'énormes excavations, enfin à l'os dont, en détruisant le périoste, il

cause nécessairement la nécrose et la transformation en un séquestre que la nature se charge d'éliminer. Les nerfs et les vaisseaux résistent mieux; au milieu de ces cavités, on a trouvé la carotide intacte. Cependant on voit parfois des hémorrhagies très-graves succéder au phagédénisme de la verge, de la bouche (par la linguale et même par la carotide).

Evolution. —Elle n'a rien de fixe et peut présenter tous les modes imaginables. Il est des cas où le phagédénisme tertiaire se développe avec une rapidité excessive, foudroyante; c'est le phagédénisme aigu qui détruit un nez en trois ou quatre semaines. Inversement, en d'autres cas, le phagédénisme procède avec lenteur, placidité, chronicité même. Entre ces deux modes, on observe également tous les cas intermédiaires. En règle générale, le phagédénisme est rapide, actif surtout dans ses premiers progrès; il accomplit son évolution à brève échéance, tandis que le phagédénisme de la scrofule est caractérisé par sa chronicité. Ce phagédénisme tertiaire est essentiellement sujet à surprises, et fécond dans sa marche en incidents inattendus. Il marche assez habituellement par saccades, poussant une pointe rapide vers un point, puis s'arrêtant un certain temps, et ainsi de suite. D'autres fois il a des arrêts inattendus, il paraît lancé très-vivement, puis il s'arrête soudain. Dans d'autres cas, au contraire, c'est au moment où l'on croit l'avoir enrayé et que l'on espère une prompte et complète cicatrisation, qu'il reprend sa marche envahissante sans cause appréciable, sans provocation d'aucun genre.

Il est évident que les influences diverses de causes néfastes telles que cautérisations intempestives, irritations, écarts de régime, etc., sont toutes susceptibles de réagir d'une façon nuisible sur son processus pour activer sa marche et éterniser ses ravages. Inversement, les influences favorables, hygiène, pansement, repos, lui impriment une modification salutaire. Or, au nombre de ces causes favorables, on trouve parfois celles qui paraîtraient devoir être les plus pernicieuses : ainsi le choléra a plusieurs fois balayé en quelques jours le phagédénisme (Gueneau de Mussy).

L'érysipèle est surtout bien connu pour exercer une action suspensive, curative même, des plus manifestes. Dans nombre de cas, on l'a vu enrayer des phagédénismes de divers ordres. Aujourd'hui, il n'est plus douteux pour personne que cette action curative de l'érysipèle est bien avérée par des cas authentiques, quoiqu'elle ne soit guère expliquée. Cependant il ne faut rien exagérer.

Certains médecins sont venus jusqu'à dire que l'érysipèle est l'agent curatif par excellence, « le grand justicier » du phagédénisme. Il faut en rabattre de cet enthousiasme : l'érysipèle ne guérit pas toujours le phagédénisme, et en plusieurs cas il a amené la mort du malade phagédénique; quelquefois il n'a qu'une action seulement suspensive, puis, quelque temps après, les ravages reprennent plus graves que jamais. Enfin, l'érysipèle a pu aussi être préjudiciable au phagédénisme : ainsi, dans un cas observé par M. Verneuil, l'érysipèle né au pourtour d'un phagédénisme de la tempe a provoqué l'extension du phagédénisme aux paupières et à la face.

Disons donc que l'érysipèle est souvent un incident heureux du phagédénisme, mais qu'il n'a pas toujours cette action curative, qu'il est quelquefois indifférent, quelquefois nuisible et même dangereux.

## PLAIE PAR COUP DE SABRE

### DU CUIR CHEVELU, DU CRANE ET DE L'ENCÉPHALE ; MONOPLÉGIE BRACHIALE GAUCHE TEMPORAIRE ; GUÉRISON (1).

Par M. le docteur Achintre, médecin aide-major de 1re classe.

II

Le 8 avril, même état satisfaisant. La plaie n'a plus que 8 centimètres et demi, et toute sa surface est vigoureusement bourgeonnante. Suppuration modérée.

Ce matin, extraction d'un séquestre mobile : c'est la lame externe du diploë qui se détache soulevée par les bourgeons charnus. Longueur du séquestre : 4cm,2; largeur : 5 millimètres. Il a été fourni par la lèvre antérieure ; à la lèvre postérieure, une portion osseuse est encore visible, dénudée, mais non mobile; elle s'éliminera probablement aussi dans quelque temps par exfoliation.

Les mouvements du membre supérieur gauche reviennent de plus en plus : tous les mouvements sont possibles, mais encore limités, et le blessé n'a pas de force. Continuation du régime : trois p. de pain, quatre p. de vin, côtelette. Pansement avec glycérine phéniquée et charpie imbibée d'eau phéniquée.

Le 9, mobilité constatée de la portion d'os de la lèvre postérieure que l'on aperçoit à nu, près de la commissure supérieure. Extraction facile avec la pince, d'un fragment mince et irrégulier, constitué par la table externe nécrosée. Longueur : 56 millimètres, largeur : irrégulièrement 3 et 4 millimètres.

A l'endroit couvert de bourgeons charnus, laissé à nu par l'extraction de ce séquestre, on perçoit des battements réguliers.

Le 10, tout le membre supérieur gauche est notablement diminué de volume et atrophié. Les mesures de cette atrophie sont les suivantes :

1. Volume de l'épaule, le ruban passant sous l'aisselle et remontant sur la clavicule et l'omoplate :

| | | |
|---|---|---|
| Épaule droite . . . . . . . . . . . . . . | 41cm. | différence 3cm. |
| Épaule gauche . . . . . . . . . . . . . . | 38cm. | |

L'atrophie porte sur tous les muscles de l'épaule : deltoïde, grand pectoral, sus-épineux, sous-épineux. L'épine de l'omoplate fait une saillie considérable soulevant la peau.

2. Circonférence du bras, le ruban passant au-dessous de l'insertion des pectoraux :

| | | |
|---|---|---|
| Bras droit . . . . . . . . . . . . . . . . | 26cm. | différence 1cm |
| Bras gauche . . . . . . . . . . . . . . . | 25cm. | |

3. Circonférence du bras, le ruban passant au niveau de la moitié de la longueur du biceps :

| | | |
|---|---|---|
| Bras droit . . . . . . . . . . . . . . . . | 24cm1. | différence 1cm1 |
| Bras gauche. . . . . . . . . . . . . . . . | 23cm. | |

4. Circonférence de l'avant-bras au niveau des masses musculaires épitrochléennes et épicondyliennes, à 2 centimètres au-dessous du pli du coude :

| | | |
|---|---|---|
| Avant-bras droit . . . . . . . . . . . . | 25cm5. | différence 1cm3 |
| Avant-bras gauche . . . . . . . . . . . | 24cm2. | |

5. Pas de différence dans la mesure des deux côtés du thorax.

Le 11, extraction de plusieurs autres portions de la table externe de l'os nécrosées, d'autres sont encore adhérentes, mais mobiles; la plaie va toujours bien, mais le travail de cicatrisation s'est arrêté depuis trois à quatre jours, sans doute sous l'influence de l'élimination des nécroses.

Excellent état général. Aucune souffrance, bon sommeil, bon appétit.

Le soir, à cinq heures, première séance d'électrisation du membre atrophié. Faradisation, pendant trente minutes, des muscles de l'épaule, du bras et de l'avant-bras.

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 juin.

Le 12, extraction de nouvelles petites portions de table externe. Six petits séquestres.

Le soir, à cinq heures, deuxième séance d'électrisation du membre gauche, trente-cinq minutes.

Le 13, troisième séance d'électrisation.

Le 13 mai, le même état s'est prolongé pendant un mois.

Bon appétit, bon sommeil, aucune souffrance, aucun trouble de l'intelligence ni des sens. La paralysie et l'atrophie du bras gauche diminuent de jour en jour.

La plaie est complètement cicatrisée, sauf quatre fistulettes qui donnent peu de pus aux deux extrémités et au milieu de la cicatrice. Sans doute quelques portions osseuses nécrosées entretiennent cette petite suppuration. En effet, je retire par la fistule inférieure un petit séquestre de 15 millimètres de long et 6 millimètres de large. Le stylet, introduit par les autres ouvertures, ne sent rien, mais je n'ose chercher trop profondément, de crainte d'arriver sur le cerveau, car il n'y a pas de cal osseux. Les deux extrémités osseuses ne sont réunies que par le tissu cicatriciel qui forme une dépression profonde en s'enfonçant entre les deux lèvres de la plaie osseuse. Par le liquide qui suinte des fistules, on perçoit les battements du cerveau.

Le blessé raconte que, depuis quelques jours, il éprouve quelques douleurs dans la tête, au niveau de la plaie ; quand il baisse la tête ou quand il la secoue, par exemple dans l'action de se moucher ou de descendre un escalier. Il compare cette douleur, peu forte d'ailleurs, à l'oscillation d'un corps étranger. Il n'éprouve rien quand il tient la tête immobile.

Les environs de la cicatrice sont sains, non empâtés, non douloureux à la pression.

Régime fortifiant. Pilules de fer. Vin de quinquina.

Le 15, réunion des deux fistules supérieures par une incision longue de 2 centimètres. Extraction, par cette ouverture, d'une portion d'os nécrosé longue de 15 millimètres, large de 6 millimètres.

A travers cette ouverture et au fond des autres fistules, on sent, avec le stylet, des portions d'os nécrosé, non encore assez mobiles pour être extraites.

Excellent état général. Le blessé engraisse. Pas de douleurs, sauf dans les mouvements de la tête. Le bras gauche est toujours faible.

Le 19, extraction, par une fistule située à la partie inférieure de la cicatrice, fistule qui fut élargie par le bistouri, d'un assez gros séquestre formé par deux lames osseuses réunies sur un de leurs bords par un pont osseux (probablement les deux lames du diploë réunies par une portion nécrosée du diploë, détachée du bord de la lèvre osseuse).

Le 1er juin, l'état général est toujours excellent. Le blessé éprouve toujours la sensation douloureuse d'un corps étranger oscillant dans sa tête, au niveau de sa blessure, chaque fois qu'un brusque mouvement est imprimé à sa tête.

La cicatrice présente encore deux fistules par où l'on extrait, presque chaque jour, un fragment nécrosique plus ou moins volumineux. Très-peu de suppuration. Les battements du cerveau sont toujours perceptibles au niveau des ouvertures fistuleuses.

Même prescription. Bains sulfureux.

Le 10 juin, même état, plusieurs petites esquilles sont encore extraites à travers deux fistules persistantes. Le bras gauche a presque entièrement repris son volume normal, mais il n'a encore que peu de force et il présente un degré notable d'anesthésie cutanée : la pression forte sur le membre est bien perçue, mais le toucher superficiel, par exemple, le contact de la chemise sur le bras, n'est pas perçu. Bains sulfureux.

Le 25 juin, état excellent. Les fistules sont taries et recouvertes d'une croûte épaisse, aucune douleur, aucun trouble ; le blessé paraît être guéri. Le mouvement et la sensibilité sont revenus à peu près normaux dans le membre supérieur gauche. Cependant il persiste encore un peu d'anesthésie cutanée.

Le 1er juillet, C... paraît définitivement guéri ; les fistules ne se sont pas rouvertes, elles sont recouvertes d'une croûte épaisse et solidement adhérente. Le blessé est très-fort et très-vigoureux, il ne ressent plus aucune douleur. Son bras gauche a recouvré ses mouvements et sa sensibilité ; il ne reste qu'un peu de faiblesse.

Il demande un congé de convalescence qui lui est accordé, et part le 22, dans les meilleures conditions de santé.

Le 22 juillet, état de la cicatrice au départ : elle s'étend perpendiculairement du sommet du crâne à l'extrémité supérieure du pavillon de l'oreille, sur une longueur de 11 centimètres ; sa largeur est de 2 centimètres au milieu. Elle est adhérente, par toute son étendue, aux deux rebords osseux, et ne participe pas aux mouvements du cuir chevelu. En passant à la manière d'un pont d'une lèvre osseuse à l'autre, elle se déprime fortement en s'enfonçant dans la cavité crânienne, et sa concavité peut loger facilement le doigt.

Par le palper, on sent les bords osseux mousses et arrondis, sans aucune trace de dentelures ni d'inégalités ; ils se sont donc cicatrisés isolément, et dans ce travail de cicatrisation ils ont perdu, par nécrose, une notable portion de leur substance, puisque l'écartement, qui est aujourd'hui de 2 centimètres, était, au début de la lésion, de 5 millimètres seulement.

Cette perte de substance s'est faite suivant un mode très-régulier, car les rebords sont nets et continus, sans aucune inégalité. La cicatrice est fibreuse, très-résistante, non douloureuse ni dépressible sous le doigt : la pression, même un peu forte, ne détermine aucune douleur ni aucun trouble fonctionnel.

Dans cette observation, trois points principaux nous ont paru mériter l'attention :

A. La bénignité d'un semblable traumatisme,

B. La localisation exactement limitée dans un seul membre des troubles fonctionnels,

C. Le peu de durée de ces troubles fonctionnels et le rétablissement rapide et complet de la fonction.

A. On trouve dans les auteurs un assez grand nombre d'observations concernant des sujets qui, atteints de plaie du crâne et de l'encéphale, avec perte d'une certaine portion de la substance nerveuse, ont survécu, quelques-uns même sans avoir présenté aucun accident.

C'est qu'en effet, dans ces lésions, ce n'est pas tant la plaie du cerveau ni la perte d'une certaine quantité de sa substance qui constitue le danger, que l'ébranlement de la masse nerveuse et les accidents inflammatoires consécutifs. Or il est possible, il est facile même de comprendre que, dans le cas qui nous occupe, cet ébranlement ait pu être évité. L'instrument qui a produit la lésion était un sabre de cavalerie recourbé. Cette arme agit comme instrument à la fois tranchant et contondant, mais avec prédominance de l'un de ces modes sur l'autre, suivant deux conditions principales : la forme de la lame, la quantité de mouvement imprimée.

La courbure du sabre de cavalerie a pour but et pour résultat d'augmenter la force de pénétration en faisant prédominer l'action tranchante. « Lorsque, en effet, la pression ou le choc des armes sont perpendiculaires au tranchant, chacune des molécules du corps frappé est soutenue par celle qui est immédiatement au-dessous d'elle, et sur laquelle le tranchant n'agit pas directement. Mais, si la pression ou le choc sont obliquement dirigés, l'effet qui en résulte est mathématiquement le même que si le tranchant était plus aigu : chaque molécule, en particulier, se rompant plus facilement par l'extension que lui communique le mouvement de l'arme promenée sur les parties, il arrive que les molécules soutenant tout à l'heure les molécules atteintes sont alors soumises à l'action du tranchant et divisées avec d'autant plus de facilité qu'elles sont plus obli-

quement attaquées. » (Legouest. *Tr. de chir. d'armée.*)

La prédominance de l'action tranchante, favorisée par la courbure de l'arme, a encore été déterminée par la violence de l'impulsion : le mouvement a été assez rapide pour n'avoir pas le temps de se communiquer aux parties voisines, et toute sa force s'est épuisée localement pour la production de la coupure ; de là l'absence de commotion et d'éclats. De sorte que l'on pourrait dire que le blessé doit la vie à la violence même du coup qui l'a frappé.

L'absence des accidents consécutifs de compression et d'inflammation s'explique par la dimension de l'ouverture crânienne ; l'hémorrhagie, peu considérable d'ailleurs, trouvant un libre et facile écoulement, il ne se produisit pas de collection intérieure. Le peu d'encéphalite qui se montra dans les premiers jours céda rapidement sous l'influence de la même circonstance : l'issue facile d'une notable portion (environ 30 à 35 grammes) de la substance cérébrale désorganisée par le choc et gonflée par l'inflammation.

Et telle a été l'heureuse influence de cette réunion de circonstances qu'elle a annulé une autre condition capable d'aggraver la situation du blessé : à savoir qu'il était en état d'ivresse au moment du traumatisme, et que cet état lui était même assez familier.

B. Le symptôme fonctionnel unique présenté par le blessé fut, comme on l'a vu, une paralysie exactement localisée dans le membre supérieur, — épaule, bras, avant-bras et main, — du côté opposé à la lésion, c'est-à-dire du membre supérieur gauche.

Cette paralysie ne fut pas complète d'emblée : elle mit plusieurs jours pour atteindre son maximum ; elle ne fut complète que peu de jours, et commença aussitôt à décroître lentement. Elle était complètement disparue au départ du blessé. Peu de temps avant de devenir complète, elle fut interrompue par quelques secousses douloureuses. Elle fut accompagnée d'une anesthésie douloureuse et d'une atrophie musculaire qui suivirent exactement la même marche.

On sait aujourd'hui d'une façon assurée par les travaux multipliés de nombreux expérimentateurs, parmi lesquels il nous suffira de citer : MM. Charcot, Ferrier, Duret et Carville, etc., que l'on doit localiser les mouvements du membre supérieur dans un territoire assez limité, situé au tiers supérieur de la quatrième circonvolution frontale ou circonvolution frontale ascendante, et que toute lésion destructive de ce territoire donne lieu à une monoplégie du membre supérieur du côté opposé.

Cette opinion trouve une nouvelle confirmation dans les phénomènes présentés par notre blessé, chez lequel la portion encéphalique, détruite par le traumatisme et évacuée par la suppuration, correspond manifestement à la frontale ascendante.

Le trait de la coupure est situé, en effet, sur la portion antérieure du pariétal au niveau et dans une direction parallèle au sillon de Rolando, un peu en avant de cette scissure.

Les secousses douloureuses qui survinrent, vers le cinquième jour, sont imputables à l'irritation qui se fit en ce point, au moment où l'inflammation atteignit son maximum d'intensité ; elles cessèrent bientôt pour faire place à la paralysie après l'évacution de la substance nerveuse du territoire.

C. Quant à la durée passagère de cette paralysie, elle est la caractéristique des lésions de l'écorce cérébrale.

D'après les travaux des physiologistes, le caractère de la paralysie d'origine corticale est sa marche rapidement décroissante, variable, curable : « Si la destruction porte sur les fibres motrices ou antérieures de cette couche de substance blanche presque centrale, très-voisine des pédoncules, qu'on a nommée *capsule interne,* la paralysie sera *permanente*, *invariable*, *incurable;* tandis que, s'il s'agit, au contraire, de cette couche de substance grise qui enveloppe les circonvolutions, c'est-à-dire la *couche corticale,* non loin de la scissure de Rolando, la paralysie qu'on pourra noter sera essentiellement *variable,* parfois même très-passagère, disparaissant après quelques jours. » (*Gaz. des Hôp.*, 1875, 15 juin.)

MM. Carville et Duret, détruisant chez un animal vivant une partie de la couche corticale du cerveau, au niveau du bord supérieur de l'hémisphère, près de la scissure de Rolando, voyaient se produire des paralysies qui duraient quelques jours, et qui, même dans cet intervalle, peuvent s'atténuer ou s'accentuer à plusieurs reprises.

Le territoire cérébral qui préside aux mouvements du membre supérieur ayant été détruit chez notre blessé, on peut se demander par quelle voie s'est rétablie cette fonction.

La réponse à cette question est encore très-controversée chez les physiologistes.

Étant donnée la destruction d'une portion de la substance, la fonction ne peut se rétablir que suivant deux modes : ou par régénération de la matière nerveuse, ou par suppléance.

Or, en admettant même la possibilité d'une régénération, ce qui est loin d'être démontré, elle ne serait pas, en tout cas, possible aussi rapidement.

Pour MM. Carville et Duret, le rétablissement du mouvement aurait lieu par la *suppléance,* non pas d'un hémisphère par l'autre, mais de la portion voisine suppléant le centre absent.

M. R. Lépine fait des restrictions à cette manière de voir. Selon cet auteur, les expérimentateurs n'enlevaient pas, dans leurs vivisections, *tout le territoire*, et les accidents étaient le résultat du trouble fonctionnel de la zone périphérique à la portion enlevée ; mais la suppléance complète d'un territoire par un autre ne lui semble pas encore démontrée.

Il est certain que l'admission de la suppléance d'un territoire par un territoire voisin, poussée un peu loin, nous semblerait devoir apporter du trouble à la théorie des localisations cérébrales.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juin 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes-rendus des épidémies observées en 1878 dans les départements du Pas-de-Calais, du Nord, des Côtes-du-Nord et de l'Ille-et-Vilaine.

M. le ministre de l'intérieur adresse une lettre par laquelle il demande l'avis de l'Académie sur les avantages ou les inconvénients qu'il pourrait y avoir à substituer l'usage de la margarine à celui du beurre ou de la graisse dans la préparation des aliments des malades.

Sur la proposition de M. le président, une commission est nommée pour examiner cette question et faire un rapport. Elle se

compose de MM. Berthelot, Poggiale, Fauvel, Bergeron, Delpech, Vulpian, Riche.

RAPPORTS

M. HERVIEUX, au nom de M. Blot empêché, lit le rapport général sur le service de la vaccine pendant l'année 1877.

M. VILLEMIN, au nom de la commission des épidémies, lit le rapport officiel sur les épidémies observées en France pendant l'année 1877.

A quatre heures un quart l'Académie se forme en comité secret pour entendre et discuter les conclusions de ces rapports.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 21 juin 1879, M. Bouchard (Charles-Jacques), agrégé, est nommé professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Chauffard, décédé.

— Le concours pour deux places de chirurgien au Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Reclus et Bourdon.

— L'ouverture des concours pour l'obtention des bourses dans les Facultés de médecine est reportée au vendredi 25 juillet 1879. Les registres d'inscriptions seront clos le jeudi 17 juillet, à quatre heures.

— *Agrégation de pharmacie.* — Sont institués agrégés des écoles supérieures de pharmacie dans la section d'histoire naturelle et de pharmacie :

M. Beauregard (Emmanuel-Henri), né au Havre (Seine-Inférieure), le 6 décembre 1850, pour l'histoire naturelle; M. Chastaing (Paul-Louis), né à Senlis (Oise), le 19 septembre 1847, pour la pharmacie.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Nasse, docteur en médecine, est institué chef de clinique médicale.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Fessy, docteur en médecine, est chargé, jusqu'au 1er novembre 1879, des fonctions d'aide de clinique des maladies des femmes.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Hamelin, agrégé, est chargé du cours complémentaire d'histoire de la médecine, en remplacement de M. Castan, appelé à d'autres fonctions.

M. Bermont (Marie-Louis), né le 24 avril 1858 à Avezzano (Italie), est nommé aide de botanique, en remplacement de M. Faure, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine d'Amiens.* — La chaire de pathologie externe prend le titre de chaire de pathologie externe et de médecine opératoire. La chaire de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale prend le nom de chaire d'hygiène et thérapeutique. Il est créé à ladite école une chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine d'Angers.* — Sont nommés professeurs :

Chimie et toxicologie, M. Tesson; histoire naturelle, M. Lieutaud; pharmacie et matière médicale, M. Rambaud; hygiène et thérapeutique, M. Bahuaud.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — Sont nommés professeurs :

Physiologie, M. Gagnon; hygiène et thérapeutique, M. Imbert-Gourbeyre; pharmacie et matière médicale, M. Lamotte; Pathologie externe et médecine opératoire, M. Ledru; histoire naturelle, M. Tixier; chimie et toxicologie, M. Huguet; pathologie interne, M. Dourif.

— *École de médecine de Nantes.* — Un concours s'ouvrira le 5 janvier 1880 pour un emploi de suppléant des chaires de sciences naturelles. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Grandeau, professeur de chimie, est nommé doyen de ladite faculté, pour une période de trois années, en remplacement de M. Renard, démissionnaire.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8386.

N° 74. — SAMEDI 28 JUIN 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 28 JUIN 1879. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

| | |
|---|---|
| Trois mois. . | 8 fr. 50 c. |
| Six mois. . . | 16 — |
| Un an. . . . | 30 — |

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Le sein douloureux.

Cette dénomination, *sein douloureux*, est peut-être encore la moins inexacte et la plus simple pour désigner une affection, rare dans les hôpitaux, infiniment moins rare dans la clientèle de la ville, qu'Astley Cooper avait appelée *tumeur irritable du sein* et au sujet de laquelle M. le professeur Richet vient de développer des vues toutes personnelles, à l'occasion d'une malade actuellement couchée dans son service, salle Notre-Dame, n°10, à l'Hôtel-Dieu.

Ainsi que l'a fait remarquer M. Richet, cette malade n'appartient pas à la classe la plus nombreuse dans les services hospitaliers. Elle travaille de l'intelligence : c'est une institutrice qui fait la classe à de nombreuses élèves. Rien d'étonnant qu'elle ait tous les énervements, toute la mobilité nerveuse, toute l'impressionnabilité morbide des femmes du monde, des artistes, etc. Or il paraît certain, M. Richet le déclare, que c'est là une condition presque indispensable pour l'affection qui nous occupe. Celles qui travaillent des mains, les ouvrières, les femmes d'ouvriers, n'ont presque jamais le *sein douloureux*.

Serait-ce donc une névralgie que cette affection propre à celles qui sont aussi sujettes à toutes les névroses, à toutes les aberrations de l'influx nerveux ?

Telle avait été, je l'avoue, mon opinion, jusqu'au moment où j'ai entendu notre savant maître donner une autre interprétation aux faits observés et attribuer les douleurs caractéristiques à un état subinflammatoire des tissus blancs, de ces fibres albuginées qui forment une coque pour chacun des lobes de la mamelle. Ce serait une *albuginite* subphlegmasique, comme il s'en rencontre dans d'autres régions, et si les douleurs sont bien moins vives, en général, lorsqu'il s'agit d'aponévroses musculaires, la constitution anatomique, le nombre des filets nerveux qui traversent les tissus blancs de la mamelle et ceux des membres expliqueraient seuls ces différences.

Venons-en au fait, c'est-à-dire à l'histoire de la malade de M. Richet.

Cette femme est âgée de trente-sept ans. Née à Paris, elle y a passé ses examens d'institutrice et y a fondé d'abord une institution libre, qui, paraît-il, réussissait. Puis elle s'est mariée, il y a treize ans. Les soins du ménage ont été durs pour elle. Jusqu'alors sa santé était satisfaisante, bien qu'elle éprouvât assez fréquemment des maux de tête et ressentît vivement toutes les émotions. Mais, une fois mariée, elle devint sujette à des névralgies presque incessantes, le plus souvent siégeant à la tête. Ce fut bien pis après qu'elle eut subi toutes les privations du siège. Restée à Paris, elle n'avait pas interrompu sa classe : et les secousses morales, jointes à la fatigue et à la mauvaise alimentation, achevèrent d'ébranler son système nerveux. Elle eut dès lors des crises pendant lesquelles il lui semblait qu'elle allait mourir, crises qui se terminaient par des larmes.

Elle n'a jamais perdu complètement connaissance ; mais souvent elle se sentait oppressée et comme étouffée par une constriction dont le point de départ était le creux épigastrique. A peu près toutes les névralgies si bien décrites par M. Briquet dans son « Traité de l'hystérie », les points sous-mammaire gauche, pré-iliaque gauche, sous-claviculaire, etc., sont également accusés par cette malade, ainsi que les fatigues excessives et sans cause, se faisant sentir particulièrement le matin au moment du réveil.

En outre elle raconte que, quand elle se lève, elle est prise parfois de vomissements glaireux, comme il arrive dans l'affection que nous avons nommée *trémulence parétique ;* et en effet souvent ses mains sont agitées de tremblements, particulièrement dans la matinée, ou alors qu'elle éprouve une émotion quelconque. Si elle veut écrire en pareil cas, avant de tracer des caractères nets, il faut qu'elle se forme la main, pour ainsi dire, pendant un quart d'heure et quelquefois plus. Elle dort très-peu ; quand elle sommeille, elle a des rêves effrayants. Même éveillée, elle aperçoit souvent des globes brillants en grand nombre, ou comme des yeux qui la regardent. Dans les rues, elle est obligée de suivre le bord des maisons en tâtant de la main les murs, de crainte d'aller en zigzag ou même de perdre l'équilibre. Quand elle est contrariée, dit-elle, elle souffre tellement de la tête qu'elle craint de devenir folle. Or, dans ces derniers temps, elle a éprouvé de grands chagrins. L'institution qu'elle avait fondée a été dissoute par l'expiration de son bail. Elle a dû demander à entrer dans les écoles municipales, et elle n'a pu obtenir qu'une place de sous-directrice dans un des villages de la banlieue. De là pour elle des courses forcées, que son état de santé rend très-fatigantes, car elle

ne peut pas cesser d'habiter le centre de Paris, où son mari est retenu par sa profession.

Telles sont les circonstances au milieu desquelles s'est déclarée cette affection que nous nommons le *sein douloureux*.

La cause occasionnelle en paraît être un choc. Une petite fille, atteinte elle-même d'une affection nerveuse, caractérisée principalement par des mouvements brusques, involontaires, avait été mise dans la classe de cette femme, qui s'en occupait particulièrement et la faisait asseoir à ses côtés. Un jour cette enfant avait répandu des morceaux de papier sur le sol, et on lui avait ordonné de les ramasser au plus vite. Comme elle tardait un peu et se traînait par terre, la maîtresse, perdant patience, voulut la saisir par le bras; à ce moment elle releva la tête, avec violence, par un effort subit, et heurta ainsi, sans le vouloir, la poitrine de notre malade, du côté droit. La douleur, au premier instant, ne fut pas extrêmement vive, et elle paraissait s'être apaisée les jours suivants. Mais elle se réveilla, intense, dans la nuit du 11 au 12 mai, revêtant les caractères que nous avons maintenant à décrire.

Quand on saisit le sein entre les doigts, soit latéralement, soit en bas et en haut, on exaspère cette douleur, au point de la rendre insupportable. Il semblerait alors qu'on sent une tumeur, car la glande mammaire offre un certain degré de résistance élastique, qui peut paraître exagérée. Mais, si l'on palpe l'autre sein, on constate que, lui aussi, bien que n'étant nullement douloureux, il offre la même consistance quand on le saisit entre les doigts. D'ailleurs si, suivant le conseil de Velpeau, on applique bien à plat la main sur le sein qu'on croyait le siège d'une tumeur, on ne sent plus rien. Les lobes de la glande, ainsi refoulés contre la poitrine, se fondant les uns dans les autres, offrent une surface uniforme, et dans ce sens la pression, loin de surexciter la douleur, la calme plutôt.

Tel est le signe pathognomonique de cette affection; et c'est pourquoi le nom de *tumeur irritable* qu'avait choisi Astley Cooper était souverainement impropre. Il n'y a pas là de tumeur. Comme le dit M. Richet, pour qu'on puisse parler de tumeur, il faut qu'il y ait une accumulation d'éléments nouveaux, formant une masse, une grosseur, permanente et indépendante de tout artifice de palpation. Or le sein douloureux ne donne la sensation d'une grosseur anomale que quand on prend la glande d'une certaine manière. Cependant la malade crut à une tumeur. Son entourage s'en effraya. On la conduisit chez un soi-disant spécialiste qui fait beaucoup de publicité. Ce spécialiste n'hésita pas à reconnaître une tumeur maligne. Il appliqua sur le sein son remède, dont l'action irritante fit naître un petit abcès du mamelon. Cet abcès, ouvert, laissa écouler quelques gouttes de pus, puis se referma, sans qu'aucune modification dans la douleur en fût résultée.

Enfin la malade, toujours persuadée qu'elle était atteinte d'une affection grave, s'adressa à M. Richet, qui, la rassurant sur ce point, la fit entrer dans son service, afin de la traiter par le procédé qui réussit le mieux en pareil cas, c'est-à-dire par la compression méthodique du sein malade. Cette compression, qui doit être élastique et permanente, est obtenue à l'aide de bandes de caoutchouc appliquées autour de la poitrine, préalablement matelassée de feuilles de ouate.

Elle a pour but de décongestionner l'organe dans son ensemble, de le relever, d'y faire cesser des tiraillements irritants pour les fibres albuginées, et, somme toute, de faire disparaître dans celles-ci cet état subinflammatoire qui serait la cause anatomique des symptômes accusés dans le *sein douloureux*.

En effet cette maladie, ainsi que nous l'avons déjà dit, est considérée par M. Richet comme une albuginite subaiguë de la mamelle, à certains points de vue comparable aux albuginites des aponévroses si bien décrites par Gerdy.

Dans les enveloppes des muscles, ces albuginites causent à la fois l'épaississement et la rétraction des fibres blanches. Il en résulte la production de sortes de brides inextensibles, dont les effets sont comparables à ceux des brides cicatricielles de la brûlure.

Tout dernièrement encore M. Richet a dû, chez un homme de son service, faire l'ablation du petit doigt de la main gauche, parce qu'une bride aponévrotique de cette nature avait replié le doigt, au point d'en faire entrer l'ongle dans le creux de la main.

Cet homme avait pour profession de laver les devantures de boutique. Très-fréquemment plus de deux cents fois par jour à certains jours, raconte-t-il, il devait exprimer, par une torsion violente entre ses mains, l'eau contenue dans les peaux, dites de chamois, dont il se servait pour les lavages. On peut donc admettre que chez lui l'albuginite était d'origine traumatique et résultait de ces pressions répétées.

L'origine traumatique est également probable dans un autre cas dont M. Richet nous a parlé. Il s'agit d'un savant géologue qui avait l'habitude de prendre dans sa main des échantillons de roche et de les y briser à petits coups de marteaux pour en mieux étudier les diverses parties. Il fut atteint d'une albuginite qui, bien que récente, produisait déjà une flexion des doigts très-gênante lorsqu'il consulta M. Richet. Par l'application de cataplasmes répétés et d'une pommade mercurielle et belladonée, on parvint chez lui à arrêter le travail phlegmasique qui faisait rétracter son aponévrose palmaire et même à redresser les doigts dans une notable proportion.

Quant à la compression permanente comme moyen antiphlogistique, il n'en a pas été question jusqu'à présent dans ces genres d'albuginites siégeant sur des aponévroses. On ne s'en est servi que dans la région mammaire, qui s'y prête en effet tout particulièrement et où elle a donné de très-bons résultats.

Déjà, au bout de peu de jours, le soulagement obtenu par ce procédé est considérable chez la malade qui nous occupe. Auparavant elle se plaignait de souffrir la nuit au point de ne pouvoir dormir. Le moindre mouvement rappelait ces douleurs, qui maintenant ne se font plus sentir, grâce à l'immobilisation de la glande mammaire sous l'appareil.

Avec ce genre de traitement une guérison prompte est la règle dans cette maladie, qu'on pourrait peut-être nommer la *maladie irritable du sein* si l'on voulait rappeler à la fois ce qu'il y avait d'exact et d'inexact, suivant M. Richet, dans la définition d'Astley Cooper.

En effet, s'il faut écarter absolument le terme *tumeur* puisque la glande mammaire, serrée dans le réseau des fibres blanches enflammées, loin d'augmenter de volume, paraîtrait plutôt moindre, en revanche, l'idée d'*irritation*, exprimée par le mot anglais *irritable*, serait conservée dans la manière de voir que nous venons d'exposer, en tant que s'appliquant aux tissus albuginés de la mamelle.

Mais cette dénomination, *maladie irritable*, serait d'une

tournure bien peu française, et c'est pourquoi nous lui préférons celle de *sein douloureux*.

Il n'est pas besoin d'insister sur les signes particuliers de la névralgie du second nerf intercostal, qui retentit jusque le long du bras, grâce à la présence d'une anastomose unissant ce nerf aux nerfs brachiaux, ni sur les indices que pourrait fournir la forme même de la douleur, revenant par crises, ou lancinante, pongitive, soudaine comme un coup de couteau, dans certaines névralgies, plus analogue à celles des phlegmasies dans le *sein douloureux*.

Rappelons, en terminant, que le *sein douloureux* se produit comme les névralgies, particulièrement chez des femmes qui sont atteintes de névroses.

### Maladie bronzée à marche rapide.

Parmi les malades chez lesquels la pigmentation exagérée et irrégulière de la peau, la *mélanodermie*, se rattachait vraiment à la maladie qu'Addison a décrite sous le nom de maladie bronzée, nous citions dernièrement, dans une revue clinique, une jeune fille qui venait de mourir dans le service de M. Oulmont, à l'Hôtel-Dieu, et à l'autopsie de laquelle on a trouvé des lésions profondes dans une des capsules surrénales.

Ce cas est remarquable par la marche rapide des accidents ultimes qui firent songer tout d'abord à une fièvre typhoïde intervenante; mais le peu d'importance des lésions trouvées dans les glandes de Peyer, l'absence de toute ulcération intestinale, firent abandonner définitivement cette hypothèse par M. Oulmont.

Nous allons résumer l'histoire de cette malade d'après les notes de M. Lavin, interne du service.

Née d'un père qui mourut d'une maladie du cœur, cette jeune fille paraît s'être bien portée jusque vers l'âge de vingt ans.

A ce moment, c'est-à-dire dans l'année 1875, habitant une chambre très-humide, elle ressentit un jour, en se levant, des douleurs dans le dos. Ces douleurs siégeaient le long de la colonne vertébrale. Elles s'accrurent les jours suivants, et se propagèrent vers les membres et les dernières paires intercostales.

Continues, lancinantes, elles étaient augmentées par la chaleur du lit, par les changements de température, par la marche, qu'elles rendaient lente et pénible.

Au mois de juin 1876, elles avaient complètement disparu, excepté au niveau des huitième et neuvième espaces intercostaux du côté gauche.

Il n'y avait eu jusqu'alors aucun trouble gastrique; l'appétit était resté bon.

Mais, vers la fin de la même année, les digestions devinrent lentes et pénibles, il y eut du pyrosis, de la constipation, etc. Bientôt survinrent des vomissements alimentaires. Pour en diminuer la fréquence on ordonna à la malade de manger peu et souvent. Ce régime parut d'abord lui réussir; mais, vers le mois de décembre 1877, elle en était même à ne pouvoir avaler un aliment quelconque sans le rendre aussitôt. Elle avait maigri, pâli, et se sentait très-faible. Depuis lors les vomissements persistèrent jusqu'au moment où cette malade entra à l'hôpital, le 15 mai de cette année.

Voici comment on décrivait alors son état actuel. L'amaigrissement est considérable, la face est très-pigmentée, sa coloration est d'un blanc sale, rappelant assez bien celle d'un mulâtre; elle présente en outre des taches plus foncées, sous forme d'îlots. Les yeux sont excavés, entourés d'un cercle bleuâtre. La conjonctive est décolorée; les pupilles sont égales. Les lèvres et la bouche sont sèches, avec des fuliginosités : on y remarque des taches bleuâtres sous forme de marbrures.

Au cou, sur les mains, sur les organes génitaux externes, la coloration est la même qu'à la face. Aux membres et sur le reste du corps la pigmentation est moins marquée. Sur la main, la pâleur du derme sous-unguéal contraste d'une façon frappante avec la teinte foncée des doigts. Sur l'abdomen et la base du thorax on voit des taches lenticulaires pigmentées qui ne disparaissent pas par la pression.

La langue est sèche, recouverte d'un enduit grisâtre; la malade ne veut rien manger; elle rend tout ce qu'elle prend et elle va rarement à la garde-robe.

Le ventre est aplati, en bateau, douloureux au niveau de la base du thorax du côté gauche; il l'est aussi, mais un peu moins, au niveau des deux fosses iliaques, surtout à droite. Sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, on aperçoit des mouvements isochrones aux pulsations cardiaques, et avec la main on peut constater que ces battements ont lieu sur le trajet de l'aorte abdominale. La partie inférieure de la colonne vertébrale est un peu sensible. La rate a un peu augmenté de volume. On ne trouve rien au foie; les urines sont rares; on n'y découvre ni albumine ni sucre.

L'auscultation de la poitrine révèle quelques râles à la base des deux poumons; la malade tousse très-peu, du reste. Le cœur bat vite, mais ne présente rien d'anomal; le pouls, fréquent, est régulier, petit, dépressible.

Pas d'anesthésie, pas de troubles sensoriels; la malade répond bien aux questions qu'on lui adresse; elle accuse une douleur lombo-abdominale du côté droit, s'exaspérant par la pression.

Ce qui frappe chez cette malade, en outre de la coloration noirâtre de la peau, coloration surtout marquée sur les parties exposées à l'air, c'est une diminution considérable des forces, une sorte de nonchalance dans tous les mouvements, très-remarquable, par exemple, quand on la fait asseoir dans son lit, un manque complet d'énergie dans les efforts. On lui retire facilement la main qu'on lui dit de serrer avec vigueur; elle ne maintient son bras soulevé qu'avec peine. Elle marche mal, très-lentement, et on est obligé de l'aider pour qu'elle puisse rentrer dans son lit.

Cinq jours plus tard, elle fut prise, pour la première fois, de délire pendant la nuit et de hoquet dans la matinée. Ce délire se reproduisit les nuits suivantes en s'accusant de plus en plus.

Le huitième jour, 22 mai, le délire nocturne avait été plus violent encore que précédemment; la malade, très-agitée, s'était levée plusieurs fois, voulant se déshabiller. Lors de la visite, elle était plongée dans un état de subdélirium dont on la tirait facilement; alors ses réponses étaient assez nettes. Elle se plaignait de douleurs au creux épigastrique, au niveau du foie et dans la fosse iliaque droite.

A partir de ce jour jusqu'à sa mort, elle eut un hoquet presque continuel et ne reprit plus connaissance, étant tantôt dans la somnolence, tantôt dans le délire. Elle mourut le 25 mai.

A l'autopsie, on trouva au-dessus du rein droit une tumeur de la grosseur d'une petite orange, arrondie, à bosselures lisses, adhérant aux parties environnantes, fluctuante par places et dure dans d'autres. Cette tumeur occupait la capsule surrénale. Elle présenta, à la coupe, une substance blan-

châtre, épaisse, analogue à celle des ganglions tuberculeux, entourée d'un liquide crémeux, épais, également blanchâtre. Les parois de la cavité sont très-irrégulières; quand on en incise les parties les plus épaisses, on constate nettement que la densité en augmente au fur et à mesure qu'on se rapproche de la périphérie. Les veines qui partent de la tumeur sont béantes, à parois épaisses, rigides, comme cartilagineuses. Le ganglion semi-lunaire de ce côté paraît normal, bien que peut-être un peu plus dur qu'il ne devrait être à la coupe.

Lorsque l'on ouvre l'intestin on constate que les plaques de Peyer sont tuméfiées, saillantes; quelques-unes présentent un pointillé noir. La rate est un peu grosse; les reins, un peu gonflés, un peu congestionnés, se décortiquent facilement. Il existe dans les poumons de l'hyperhémie aux deux bases. Rien d'anomal ni dans le foie, ni dans le cœur, ni dans l'aorte.

Malgré le gonflement des plaques de Peyer, il paraît probable que la mort a été le résultat direct de la cachexie mélanodermique, cachexie rapide, qui a parcouru toutes ses phases en quelques mois, et dont l'origine a bien été dans les capsules surrénales, ainsi qu'Addison l'avait affirmé pour la maladie qui porte son nom.

Dr Victor REVILLOUT.

## HYDROLOGIE

### DES EAUX BICARBONATÉES SODIQUES FORTES DE VALS.

VIII

Nous avons, dans les études précédentes, passé successivement en revue les sources-types bicarbonatées sodiques fortes de Vals, *Précieuse, Désirée, Magdeleine*. Il nous reste à exposer ce que le médecin peut demander à la source *Rigolette*.

Cette source, dont le nom emprunté au diminutif de *Rigole* indique le débit primitif, est une eau froide comme toutes les eaux du bassin de Vals. Sa température est de 16° centigrades, et sa composition va nous montrer que, si son bicarbonate de soude n'est pas représenté par le chiffre le plus élevé, elle possède en revanche une quantité d'acide carbonique et de chlorure de sodium supérieur à celui des autres sources de la station.

L'analyse de la *Rigolette* nous donne les chiffres suivants :

| | |
|---|---|
| Acide carbonique libre | 2.095 |
| Bicarbonate de chaux | 0.259 |
| — de magnésie | 0.259 |
| — de soude | 5.800 |
| — de potasse | 0.263 |
| — de fer et manganèse | 0.021 |
| Chlorure de sodium | 1.200 |
| Sulfate de soude et de chaux | 0.220 |
| Silicate et silice, alumine | 0.060 |
| Iodure alcalin | Indice. |
| Arséniate de soude | Sensible. |
| Lithine | Traces. |

Cette composition place immédiatement la source *Rigolette* près de la source *Magdeleine*. Elle en possède les propriétés toniques et reconstituantes et la pratique n'a pas tardé à montrer tout le bénéfice que l'on peut en tirer dans les cas de diarrhée atone, les gastrorrhées, les entérorrhées, les chloroses, les anémies, la leucocythémie, la leucorrhée; en un mot, dans tous les cas où l'économie a besoin d'être profondément modifiée. Toutes les fois donc que les alcalins doivent être combinés aux toniques, on se trouvera bien de l'emploi de l'eau de la source *Rigolette*. Sa puissance de reconstitution, dans les asthénies chroniques ayant amené un commencement de cachexie, est des plus nettes. Son excès d'acide carbonique libre lui communique une saveur piquante des plus agréables et rappelle le goût si apprécié de l'eau de la *Saint-Jean*.

Une des erreurs des médecins d'eaux est de vouloir leur demander de guérir un trop grand nombre de maladies. L'enthousiasme pour une station minérale lui nuit ordinairement bien plus qu'elle ne lui est utile. Nous voudrions éviter de tomber dans cet excès, et nous nous abstiendrons d'énumérer tous les cas où l'eau de la source *Rigolette* peut être employée avec avantage. Au commencement de cet article, nous avons indiqué le groupe d'affections qui en relèvent; n'insistons donc pas et bornons-nous à attirer l'attention sur deux points intéressants de l'histoire de la source.

Le rhumatisme viscéral et la goutte trouvent dans l'emploi de la *Rigolette* un excellent modificateur. Voici un fait intéressant dû à la pratique du docteur Clermont (de Lyon).

Mlle L. R..., âgée de quarante-huit ans, forte, replète, occupée assidûment dans un grand magasin humide, est depuis longtemps affectée d'un rhumatisme dont elle a été légèrement soulagée par la cure thermale qu'elle a faite à Vichy il y a deux ans.

A son arrivée à Vals, où l'envoie M. le docteur Bossu (de Lyon), elle est pâle, anémique, quoique de forte corpulence; la langue est blanche, la digestion se fait très-mal et la diarrhée est fréquente. Le rhumatisme ne se manifeste plus sur les jambes, qui étaient son lieu d'élection ordinaire.

Le ventre est un peu obèse; il n'offre pas d'altération grave, mais un peu de sensibilité à l'estomac. Un peu de diarrhée est un des phénomènes prédominants; en conséquence, nous conseillons quatre demi-verrées matin et soir de l'eau de la source *Rigolette* et des bains alcalins. La dose de boisson est augmentée à mesure que l'estomac la supporte mieux. Le traitement fut suivi ainsi pendant vingt-deux jours, et en fin de compte la malade put retourner à Lyon, ne se ressentant plus de sa dyspepsie rhumatismale.

L'estomac avait repris l'intégrité de ses fonctions, et l'anémie avait peu à peu disparu.

A mesure que le rhumatisme cédait du côté des organes digestifs, les douleurs faisaient une apparition autour des malléoles, où elles se firent sentir vives, mais fugaces, car la malade en fut entièrement délivrée au bout de quelques jours. Depuis lors, la dyspepsie rhumatique et les autres symptômes pour lesquels Mme L. R..... était venue à Vals n'ont pas reparu.

Bornons-nous aujourd'hui à la reproduction de cette intéressante observation de rhumatisme viscéral, et cherchons à résumer les études que nous venons de publier sous une forme aussi pratique que possible.

Les eaux bicarbonatées sodiques fortes de Vals sont ou toniques reconstituantes ou laxatives. Au premier groupe appartiennent les sources *Rigolette* et *Magdeleine;* au second, les sources *Précieuse* et *Désirée*. Si nous ajoutons à ces groupes une source tempérante sédative, la *Saint-Jean*, et une source ferro-arsenicale, la *Dominique*, nous avons en quelques mots l'histoire des sources-types de Vals.

Le praticien n'a pas le temps de se perdre dans les subtilités, il lui faut une formule concise et très-nette, qui lui permette de se retrouver facilement au milieu des indications de ces sources nombreuses de Vals. Nous pensons lui donner, sous cette distinction de : 1° toniques reconstituantes; 2° laxatives; 3° tempérantes sédatives, et 4° ferro-arsenicales, un guide sûr et facile pour diriger son traitement.

## REVUE DE LA PRESSE

**Anévrysme spontané du pavillon de l'oreille droite, traité avec succès par la ligature de la carotide primitive.** — Un jeune homme de vingt-deux ans avait été traité, à l'âge de quinze ans, pour un catarrhe purulent et un polype de l'oreille droite. Il ne lui était resté de son affection qu'une diminution de l'ouïe et des bourdonnements intermittents. A dix-huit ans, il vit apparaître à l'entrée du conduit auditif droit, près de la

conque, une tumeur pulsatile grosse comme un pois, qui fut reconnue pour un anévrysme. Peu à peu cette tumeur devint volumineuse, et il en apparut une seconde, de la grosseur d'un pois, tout près de l'anthélix; les autres vaisseaux du pavillon se dilatèrent d'une façon notable, et cet appendice devint rouge et brillant.

Le 14 août, à la suite d'un léger traumatisme, il y eut plusieurs hémorrhagies qui furent arrêtées par le tamponnement et le perchlorure de fer. La compression de la carotide ayant suspendu momentanément l'écoulement sanguin, M. Weinlochner (de Vienne) se décida à pratiquer la ligature de cette artère. L'opération fut faite le 30 août, d'après la méthode de Lister; un fil en catgut servit à lier le vaisseau; la plaie, de 4 centimètres, fut réunie par première intention, sauf au point le plus déclive où l'on plaça un tube à drainage, et la guérison fut complète au bout de huit jours.

Le 1er septembre, les pulsations de la temporale droite étaient sensibles, quoique faibles. L'anévrysme se flétrit, et, au bout de quinze jours, l'oreille et la peau voisine avaient pâli. Six mois après, la couleur du pavillon était redevenue normale, et le malade se disait délivré des bourdonnements et d'une céphalalgie dont il n'avait cessé de souffrir depuis plusieurs années. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx.*)

**Des propriétés physiologiques de la tanaisie; traitement préventif de la rage par le chloral.** — M. Peyraud (de Libourne), en étudiant les propriétés biologiques de l'essence de tanaisie, essence voisine de celle d'absinthe et du camphre du Japon, a été amené à constater que cette essence détermine des accès de rage artificiels chez les animaux qui l'ont absorbée. Le type de ces accès est un type rabique très-manifeste.

En poursuivant ces recherches, l'auteur découvrit ensuite que ces terribles convulsions ne se produisaient plus si l'animal était sous l'influence du chloral ou d'un courant d'acide carbonique projeté dans le pharynx.

Partant de cette expérience, on pourrait se demander si le chloral, administré préventivement, ne serait pas capable d'arrêter chez l'homme les phénomènes analogues produits par la rage. Le fait arriva : chez un adolescent mordu par un chien atteint de rage (constatée à l'autopsie par un vétérinaire), le traitement préventif fut administré dès le lendemain, à la dose de 1 à 3 grammes de chloral par jour pendant quarante jours. Le jeune malade ne présente aucun accident rabique, et il se porte très-bien aujourd'hui. Est-ce au chloral qu'il faut attribuer le succès? Est-ce à la cautérisation faite une heure et demie après la morsure avec quelques gouttes d'ammoniaque? Est-ce à une erreur de diagnostic du vétérinaire, qu'il faut attribuer ce résultat favorable ?

En tous cas, il semble que ce fait est suffisant pour engager les expérimentateurs dans cette voie. Il ne faut pas oublier que le chloral doit être employé *préventivement*, avant que les accès se produisent, car, chez les animaux soumis aux accès de rage artificiels, le chloral n'agit pas s'il est administré pendant les accès rabiques. (*Trib. méd.*)

**Conservation des pièces anatomiques.** — M. J.-A. Pennès a présenté, dans le courant des mois d'octobre, novembre et décembre 1878, plusieurs pièces anatomiques conservées par une simple macération plus ou moins prolongée, suivant la délicatesse des tissus, dans une liqueur antiseptique de son invention.

Voici l'énumération de ces pièces : 1° un cœur humain, un cœur de cheval et quatre cœurs de mouton; 2° différentes parties d'un cerveau humain : 3° les poumons d'un phthisique, les viscères d'une brebis tuberculeuse, les viscères d'un mouton, les viscères d'une oie; 4° enfin cinq ou six poissons d'espèces différentes.

Les pièces paraissaient être dans un excellent état de conservation. (*Progrès médical.*)

**Action physiologique des purgatifs.** — D'après les expériences du docteur Brieger (*Berl. Klin.*) les laxatifs agissent simplement en excitant les contractions péristaltiques de l'intestin, tandis que les purgatifs salins, comme on le savait déjà, y attirent les liquides et produisent en même temps une abondante sécrétion des glandes intestinales. D'autre part, les drastiques à faibles doses agissent comme les laxatifs; à fortes doses, ils causent une vive exsudation et hypersécrétion inflammatoires. Ces conclusions diffèrent de celles de Moreau et Brunton en ce que ceux-ci attribuent l'action de tous les purgatifs à une copieuse sécrétion aqueuse, tandis que Brieger n'accorde qu'aux salins et aux drastiques la propriété d'occasionner cette sécrétion. (*Mouvem. méd.*)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juin 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### RAPPORT

**Influence des malformations de l'utérus sur les présentations vicieuses.** — M. POLAILLON lit un rapport sur une observation adressée par le docteur Rey (de Gaillac) qui confirme une fois de plus l'opinion que les malformations de l'utérus sont une cause de présentations vicieuses. Il a constaté dans un cas de présentation du tronc que l'utérus était bilobé, divisé en deux saillies latérales par une dépression médiane. L'utérus devait être bicorne, incomplètement cloisonné. Deux fois déjà l'autopsie a confirmé cette opinion dans deux cas tout à fait analogues.

### COMMUNICATIONS

**Traitement de l'étranglement interne par la gastrotomie. Guérison.** — M. TERRIER. J'ai déjà rapporté, l'an dernier, l'observation d'une opération de gastrotomie pratiquée pour lever l'étranglement d'une hernie interstitielle; j'ai cru devoir continuer cette méthode, et j'ai employé dernièrement le même mode de traitement dans un cas d'étranglement interne, à la Salpêtrière, avec l'assistance de M. Lucas-Championnière. Il s'agissait d'une jeune femme, infirmière dans cet hospice. Elle était accouchée vers la fin de décembre 1878, pour la troisième fois, et sans accident. Elle avait ressenti ensuite des douleurs de ventre, qui ne l'empêchèrent pas d'abord de faire son service. Le 28 janvier 1879, elle fit une chute et fut obligée d'entrer à l'infirmerie le lendemain. Je ne trouvai pas de lésions abdominales par le toucher vaginal. Le repos absolu suffit pour faire diminuer les douleurs. Quinze jours après elle reprit son service. Mais le 17 février, dans la soirée, elle fut tout à coup prise de douleurs très-vives dans l'abdomen, avec vomissements, frissons, absence de selles pendant deux jours, pas de gaz intestinaux. Les vomissements et les douleurs furent un peu calmés par une injection de morphine; mais, le lendemain matin, je trouvai la malade avec le faciès altéré, les yeux excavés, le pouls à 130; c'étaient tous les signes d'une péritonite, mais la température était restée à 37°. La douleur était limitée à un point, elle avait son maximum à droite, et un peu au-dessous de l'ombilic, vers le bord externe du muscle droit; les douleurs étaient spontanées et provoquées. Aucun empâtement à ce niveau. Je prescrivis glace et diète absolue, dix sangsues au point douloureux. Le soir, la malade allait mieux : P. = 130, T° 37°,7. Le 19, les symptômes s'étaient aggravés pendant la nuit, les vomissements avaient reparu : T° 37°,4; cependant l'exploration ne donne pas plus de renseignements que la veille. Rien du côté des organes génitaux ne pouvait expliquer l'apparition d'une pelvi-péritonite commençante. Nous nous décidâmes pour le diagnostic d'étranglement interne, et pour l'opération de la gastrotomie. La nuit fut très-mauvaise, les vomissements étaient répétés, la malade poussait de véritables hurlements; il n'y avait plus à attendre. Le 20 nous fîmes l'opération, M. Lucas-Championnière et moi, avec toutes les précautions du pansement de Lister. L'incision fut faite sur la ligne médiane de l'abdomen, sans hémorrhagie, sur une longueur de 7 centimètres. Le péritoine fut ouvert facilement; il en sortit un liquide séro-sanguinolent, qui prouvait déjà l'existence d'une péritonite, aussi bien que les arborisations du péritoine. Les anses de l'intestin grêle étaient accolées par des adhérences molles, que je décollai

avec précaution. Les anses étaient distendues par des gaz. Je cherchai vers le détroit supérieur du bassin, et je sentis une bride résistante au-dessous de laquelle l'intestin grêle s'engageait aplati et étranglé à ce niveau. Cette bride paraissait s'étendre des parties latérales de l'utérus et se diriger vers la base du sacrum. Je me proposais de la rompre avec mes doigts, après avoir constaté si elle ne présentait pas de battements : elle se déchira sous l'influence de mes tractions. L'intestin grêle avait aussi des adhérences anomales avec les parties postérieures de l'abdomen, j'en rompis quelques-unes. L'intestin était vide au-dessous de la bride qui l'aplatissait.

L'opération avait duré au moins quarante minutes. Je fis des sutures profondes et superficielles. Les suites furent très-simples. A une heure du soir, la douleur était absolument nulle, la température était montée à 39°, le soir à 40°, avec le pouls à 125. Mais la nuit fut calme, P. = 100, T° 39°,2 à minuit. A partir de l'opération, la malade n'a jamais plus souffert. Les sutures superficielles furent enlevées le 23, les profondes le 27. La malade mangeait et allait bien. Vers le 1er mars, elle a eu une deuxième fois des accidents analogues, mais beaucoup plus légers, consistant en quelques douleurs abdominales et un vomissement. Le 23 avril, elle sortait de l'infirmerie. Je l'ai revue depuis, elle va parfaitement; elle n'a pas d'éventration abdominale.

J'ai cru devoir communiquer cette observation à la Société pour convertir ceux de mes collègues qui n'admettent pas encore qu'en présence d'accidents d'étranglement interne, apparus sous nos yeux, et non compliqués par un traitement purgatif ou autre, on soit autorisé à pratiquer la gastrotomie pour lever l'étranglement, et tenter de sauver un malade qui succomberait certainement si on l'abandonnait à lui-même.

M. DESPRÈS. En présence de tels résultats fournis par la gastrotomie, je demande si l'on n'aurait pas le droit d'ouvrir le péritoine pour laver les intestins en cas de péritonite? Ici, en effet, il y avait péritonite, liquide séro-sanguinolent et adhérences intestinales; après l'opération tout a disparu.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. J'ajoute un détail à l'observation de M. Terrier : on accuse toujours l'acide phénique d'être irritant, or nous avons tiré sur l'intestin grêle qui est resté exposé à l'air pendant environ une heure, je l'ai saisi avec des compresses phéniquées; il n'y a eu aucune irritation à sa surface. Quant à la remarque de M. Desprès, c'est un fait banal dans l'opération d'ovariotomie : on opère en pleine péritonite, et tous les accidents disparaissent après l'opération. Spencer Wells dit même que la guérison ne s'en fait que mieux. J'ai vu ramasser le pus de péritonite à pleine éponge, et l'opération se terminer très-heureusement.

M. DUPLAY. Je suis absolument et de plus en plus partisan de la gastrotomie pour lever les étranglements internes. Cette pratique est acceptée complètement à l'étranger, surtout en Angleterre.

Je suis tout disposé à y avoir recours, quoique je n'aie pas été heureux dans les trois cas de ma pratique personnelle. J'ai fait trois fois la gastrotomie dans ces conditions, j'ai eu trois insuccès. J'ai appris cependant un détail important : c'est la difficulté de trouver le siège de l'étranglement.

Dans le premier fait, j'ai ouvert l'abdomen d'une malade du service de M. Peter, à Saint-Antoine; je n'ai pu trouver le siège de l'étranglement; l'opération fut absolument inutile; la malade succomba, et, à l'autopsie, je trouvai la bride qui étranglait l'intestin grêle vers son union avec le cæcum. Je pense donc qu'il convient de prendre pour point de repère l'état du gros intestin. S'il est ballonné, la lésion est au-dessous : s'il n'est pas distendu, la lésion est sur l'intestin grêle, et il suffit de remonter de la valvule iléo-cæcale vers la partie supérieure de l'intestin jusque sur l'étranglement. Dans ma deuxième opération, il s'agissait d'un étranglement interne fort avancé, dans le service de M. B. Anger, à Saint-Antoine; je cherchai la valvule, et je vis que le gros intestin était distendu; je constatai en effet que l'étranglement siégeait à l'union du colon transverse avec le colon descendant; je sectionnai la bride qui l'étreignait, mais, au-dessous d'elle, l'intestin était ulcéré, et il se rompit à l'arrivée des gaz venant de la partie supérieure. Ma troisième opération se rapporte à un cas où je fus prié de faire la gastrotomie pour un étranglement interne diagnostiqué par un professeur de clinique médicale; il n'y avait pas d'étranglement, mais bien un rétrécissement causé par un cancer de l'S iliaque. Le malade succomba.

M. BERGER. Je crois que, dans des cas analogues à celui de M. Terrier, il serait prudent de rompre toutes les adhérences intestinales quand on en rencontre, parce que, si l'on ne décolle pas ces adhérences, il est difficile de se rendre compte de l'état de l'intestin, et, d'autre part, on doit redouter que ces brides ne produisent plus tard de nouveaux accidents d'étranglement, comme cela paraît avoir existé chez cette opérée, vingt jours après la gastrotomie. M. Trélat, dans une observation connue, a essayé de rompre ces adhérences et n'a été arrêté que par l'hémorrhagie. On sait qu'elles peuvent produire des accidents de pseudo-étranglements, qui sont parfois mortels.

M. TILLAUX. La chirurgie des maladies de l'abdomen subit une véritable transformation depuis plusieurs années. Autrefois Nélaton a formulé le traitement si difficile de l'étranglement interne en adoptant l'entérotomie et en rejetant la gastrotomie. J'ai, moi aussi, été partisan de l'entérotomie. Or je commence à me convertir à la gastrotomie qui donne vraiment des résultats admirables. Il est évident que, si Nélaton avait vu nos opérations actuelles, s'il avait vu nos collègues de la Salpêtrière compter seize succès de suite sur seize ovariotomies, il eût certainement accepté la gastrotomie. L'entérotomie, en effet, n'est pas rationnelle et n'attaque qu'un symptôme; elle ne lève pas la cause de l'étranglement. J'en ai pratiqué six, je n'ai eu qu'une guérison; il s'agissait d'un cancer du gros intestin.

M. HOUEL. Nélaton a aussi fait six entérotomies; il a eu quatre succès.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

**Éruptions eczémateuses sur des moignons d'amputés. —** M. DUPLAY. J'ai observé chez deux malades qui avaient subi, l'un l'amputation de l'avant-bras, l'autre l'amputation de la jambe, des accidents tout à fait analogues et qui ne sont pas signalés par les auteurs. Ils ont eu tous les deux des éruptions d'eczéma, par poussées aiguës successives, apparaissant sur le moignon et sur les parties voisines et présentant les caractères et l'évolution classiques de l'eczéma. Pendant six mois, ces éruptions ont résisté à tous les traitements et n'ont disparu que par les seules forces de la nature. Ces deux malades n'avaient jamais eu antérieurement d'eczéma; le dernier avait eu déjà une éruption qui était survenue après l'accident qui lui avait fracturé la jambe, que j'ai dû amputer plus tard. L'eczéma a été exactement limité à la peau.

Ces éruptions ne me paraissent pas constituer ces manifestations arthritiques ou herpétiques qui apparaissent quand le traumatisme réveille la diathèse. Je crois plutôt, et cette opinion a été partagée par mes collègues de Saint-Louis, qu'il s'agit d'une éruption analogue à ces éruptions si tenaces qui surviennent sur des membres mal nourris, par cause trophique. Je pense qu'il y a eu névrite des extrémités des nerfs des moignons et qu'elle a été le point de départ de ces poussées successives. Ces troubles n'ont pas de gravité par eux-mêmes; ils ont cependant empêché de porter l'appareil prothétique pendant six mois.

### PRÉSENTATION DE MALADES

**Subluxation du cartilage semi-lunaire externe. — M. LANNELONGUE** présente une petite fille de onze ans qui, depuis un an, a senti brusquement, sans cause connue, un craquement dans son genou et éprouve toujours la même sensation à chaque mouvement de flexion. Depuis un mois, la marche est plus pénible. En faisant la flexion et l'extension du membre, on sent au côté externe comme une lame élastique qui frappe le doigt, et l'on entend un bruit particulier. Il s'agit probablement d'une subluxation du cartilage semi-lunaire externe qui est projeté en avant, le condyle passant en arrière. L'extension dans un appareil inamovible pendant plusieurs mois ne serait-elle pas le meilleur traitement?

M. DUPLAY. Je crois que toute l'articulation présente cette laxité anomale, et qu'il y a un peu de *genu valgum*. Il y a plutôt subluxation du tibia coiffé de son cartilage semi-lunaire.

M. MARC SÉE. Il ne me semble pas que le mouvement du fibro-cartilage soit ici plus considérable qu'à l'état normal; il y a plutôt un défaut de conformation du condyle externe du tibia, qui paraît faire une saillie un peu plus considérable à la partie antérieure.

M. LANNELONGUE. Le tibia est en effet projeté en avant; mais la sensation du doigt appliqué horizontalement à la partie interne de l'articulation donne bien l'idée d'un déplacement du cartilage, tandis que le tibia lui-même ne bouge pas.

**Tuberculose de l'œil ; tubercules de l'iris.** — M. PARINAUD présente une jeune fille qui porte des tubercules dans l'iris de l'œil gauche. On voit sur l'iris plusieurs tumeurs d'un aspect inégal, qui sont constituées par des tubercules; une granulation grise située vers le bord adhérent de l'iris est particulièrement remarquable. Il faut aussi noter un hypopion qui est formé par la matière caséeuse tombée dans la chambre antérieure. Cette jeune fille a des antécédents tuberculeux, mais elle ne présente aucune trace de tuberculose dans les autres organes. Elle vient d'être réglée, il a trois semaines, pour la première fois. C'est le second cas de tubercules de l'iris observé par l'auteur.

La séance est levée à cinq heures un quart.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 23 juin 1879, M. Hayem (Georges), agrégé, a été nommé professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Gubler, décédé.

— Par décret en date du 23 juin 1879, rendu après avis du Conseil d'État, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est autorisé à accepter, au nom de l'État, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte notarié du 24 décembre 1878, la donation consistant en un herbier et une collection de livres, faite par M. le docteur Bornet, à l'établissement scientifique créé par décret du 8 novembre 1877 et désigné sous le nom de « Villa Thuret », située à Antibes.

— *École de médecine de Reims.* — Sont nommés : MM. Doyen, professeur d'anatomie; Gentilhomme, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire; Lemoine, professeur d'histoire naturelle; Maldan, professeur d'hygiène et thérapeutique; Grandval fils, professeur de chimie et toxicologie.

— *École de médecine de Rennes.* — Sont nommés professeurs : Histoire naturelle, M. Louveau ; chimie et toxicologie, M. Bellamy ; pharmacie et matière médicale, M. Macé ; hygiène et thérapeutique, M. Pitois.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Blanche, professeur de matière médicale et thérapeutique, est nommé professeur d'histoire naturelle (chaire nouvelle).

M. Clouet, professeur de pharmacie et notions de toxicologie, est nommé professeur de chimie et toxicologie.

M. Duprey, professeur de chimie médicale, est nommé professeur de pharmacie et matière médicale.

— M. Dumont-Pallier, médecin de l'hôpital de la Pitié, ouvrira le dimanche 29 juin, à dix heures du matin, des conférences de thérapeutique et clinique médicales et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Visite des malades à huit heures et demie.

— M. le professeur Chatin (de l'Institut) fera sa prochaine herborisation, le dimanche 29 juin, dans les bois de Meudon. Rendez-vous à la gare Montparnasse où l'on prendra à onze heures le train partant pour la station de Clamart.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 29 juin dans la vallée de la Bièvre. Rendez-vous aux fortifications, à la porte d'Italie, à onze heures et demie.

— M. Stanislas Meunier, aide naturaliste au Muséum, fera sa prochaine excursion géologique le dimanche 29 juin à Liancourt, Le Vivray et Chaumont-en-Vexin. Rendez-vous à six heures quinze minutes à la gare Saint-Lazare, où l'on prendra le train partant pour Liancourt-Saint-Pierre.

— M. Ch. Vélain, répétiteur, fera sa prochaine excursion géologique, le dimanche 29 juin, à Morigny et Étampes. Rendez-vous à la gare d'Orléans à six heures trois quarts du matin.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8401.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

| | |
|---|---|
| Trois mois. . | 8 fr. 50 c. |
| Six mois. . . | 16 — |
| Un an . . . . | 30 — |

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### HOPITAL NECKER. — M. Guyon.

#### Des phlegmons prévésicaux.

Nous avons récemment observé dans notre service deux malades atteints de phlegmons de la région hypogastrique. Je tiens à vous parler aujourd'hui de ce genre de phlegmons que je voudrais distinguer des phlegmons, dits périvésicaux, ordinairement observés au voisinage de la vessie. On voit ces phlegmons se développer autour de la vessie dans trois conditions particulières : ce sont, soit des phlegmons accompagnant des cystites anciennes, chroniques, ce que l'on doit appeler des péricystites ; soit des phlegmons ayant leur point de départ dans les affections prostatiques, siégeant sur la face postérieure de la vessie, et pouvant envahir tout le bassin et même, décollant le tissu cellulaire sous-péritonéal, se faire une issue vers la cuisse ou vers le bord inférieur des côtes; ce sont là les prostatites phlegmoneuses diffuses, qu'il faut distinguer des prostatites simples, qui n'occupent que la cage de la glande et ne rompent pas ses aponévroses.

Mais il importe de distinguer de ces deux formes une troisième espèce de phlegmons périvésicaux qui est complètement distincte des deux premières et par son siège et par son étiologie. Tandis que ces deux sortes de phlegmons naissent sous l'influence de maladies de la vessie, ceux dont nous nous occupons, les phlegmons *prévésicaux*, se développent en dehors de toute influence vésicale.

La différence d'âge est notable ; l'un de nos malades, Charles D..., est âgé de cinquante-huit ans ; l'autre, Victor B..., n'a que dix-neuf ans : j'en ai observé un cas, en ville, chez un enfant de quinze ans, un autre chez un homme de trente ans. Quant au sexe, je n'en ai pas encore rencontré d'exemples chez la femme, quoique rien ne s'oppose à la production de ces abcès, dont il existe, d'ailleurs, six observations, chez des sujets du sexe féminin, relatées dans la science.

Dans la première période, le diagnostic est dévoyé : ainsi, notre premier malade avait été pris brusquement de vomissements, de fièvre, trois semaines auparavant; puis étaient survenues des douleurs abdominales peu intenses, des accidents urineux pendant trois ou quatre jours. C'est dans cet état qu'il fut admis dans un service de médecine, avec un ventre gros et ballonné, et une tumeur dans la région hypogastrique. Lorsqu'il fut renvoyé dans notre service, dans la salle Saint-Vincent, et que nous eûmes examiné cette tumeur, il semblait d'abord qu'on avait affaire à une tumeur de mauvaise nature. Elle remplissait tout l'hypogastre et le distendait notablement[illegible]

Chez le second malade, le diagnosti[illegible] pas plus évident. Ce jeune homme était malade depuis plusieurs semaines aussi, et accusait de la douleur abdominale, des vomissements, et une diarrhée intense, accompagnée d'inappétence. La diarrhée cessa subitement et fut remplacée par une rétention d'urine, pour laquelle le malade se décida à entrer à l'hôpital. Chez un autre malade, étudiant en pharmacie, que j'ai eu l'occasion d'observer, les accidents prévésicaux ont été précédés par des accidents d'indigestion, peut-être un peu à cause d'un dîner trop copieux. Chez d'autres sujets, j'ai vu la rectite se présenter dans les mêmes conditions.

En examinant l'état actuel du premier malade lors de son entrée, nous avons été frappés d'une particularité remarquable : la tumeur hypogastrique présentait la forme et les dimensions de la vessie distendue, à peu près exactement. Et l'erreur aurait pu être commise sans une différence qui est capitale. Le globe vésical distendu est régulier et rénitent : or ces tumeurs ne sont pas régulières : elles présentent des bosselures, des irrégularités, surtout sur les parties latérales. La vessie distendue n'est jamais bosselée. C'est là une circonstance très-importante à noter pour le diagnostic.

Si, d'autre part, on combine le toucher rectal avec le palper abdominal hypogastrique, on constate une véritable liberté du rectum, et l'on ne perçoit pas la sensation du poids de la vessie distendue reposant sur le rectum.

Ayant constaté que la vessie ne fait pas saillie vers le sacrum et n'est pas distendue, et que la prostate est dans une position normale, on peut conclure avec certitude que la tumeur n'est pas formée par la vessie distendue ; il faut en chercher la cause ailleurs. C'est là un fait important acquis, car le médecin est précisément consulté pour des accidents du côté de la vessie, pour une rétention d'urine, ou pour ce que l'on croit une tumeur de la vessie.

La première fois que j'ai observé un phlegmon prévésical, c'était, en province, chez un malade dont le médecin

était justement embarrassé parce que cette tumeur ne se vidait pas, et que le cathétérisme ne donnait qu'une très-faible quantité d'urine.

Mais, au bout de huit ou dix jours, les phénomènes vésicaux s'accentuent; et on le comprend facilement : une tumeur développée au-devant de la vessie, assise sur cet organe, ne peut atteindre un volume égal au moins aux deux poings, sans déterminer des accidents de ce côté. Cependant l'urine reste parfaitement normale : les malades urinent peu à la fois, et fréquemment, mais les caractères, absolument physiologiques, de la sécrétion urinaire écartent tout soupçon de cystite. Cette différence capitale doit guider le médecin : dans les cas d'abcès prévésicaux, on sonde le malade, et ce cathétérisme, très-facilement effectué, donne issue à une petite quantité d'urine, et d'urine toujours normale.

Ces abcès guérissent en général par résolution; c'est le cas de nos deux malades. J'en ai vu plusieurs autres, aussi terminés par résolution, et arrivés à guérison complète après un délai de six semaines. J'ai vu aussi un cas terminé par suppuration ou plutôt supposé tel : c'est chez ce malade de province dont je viens de parler; une péritonite suraiguë éclata quelques jours après, et l'emporta rapidement. Elle était probablement déterminée par l'ouverture du phlegmon suppuré dans la cavité péritonéale. La suppuration peut quelquefois se terminer plus favorablement, si la collection purulente est accessible au bistouri : la guérison alors est possible, mais [illegible] est plus lente.

L'abcès peut-[illegible] s'ouvrir dans la vessie? On l'a dit, mais ce n'est pas trop prouvé; les viscères, en général, résistent longtemps à cette ouverture de dehors en dedans.

Les phlegmons de la paroi postérieure de la vessie, les prostatites phlegmoneuses diffuses, se terminent, au contraire, ordinairement par résolution. C'est donc une nouvelle différence entre ces deux sortes de lésions, qui s'ajoute à celles que j'ai précédemment énoncées.

Comment obtenir la résolution de ces abcès? Je crois pouvoir assurer que le meilleur moyen d'obtenir la résolution me paraît être l'emploi des vésicatoires : notons cependant que, chez le premier de nos malades, les cataplasmes seuls ont suffi pour nous procurer ce résultat.

On peut quelquefois être obligé d'agir plus vivement. Chez l'étudiant en pharmacie qui a fait le sujet de cette leçon, j'avais observé quelques symptômes de péritonite, et j'ai employé la glace et les sangsues. Il ne faut pas hésiter dans des cas analogues; mais, en général, l'affection garde une marche subaiguë. Le repos au lit est essentiel, pour éviter la suppuration, et afin de ne pas favoriser l'ouverture de la collection purulente dans la cavité abdominale. C'est pour cette même raison que je proscris les bains, tout aussi bien qu'après les phlegmasies utérines.

Quoique je n'aie pas encore eu l'occasion de faire des autopsies de ce genre, je ne veux pas terminer sans vous dire quelques mots de l'anatomie pathologique de ces abcès prévésicaux. Il est probable que l'inflammation se développe dans cette poche celluleuse dans laquelle se meut la vessie, limitée en avant par la face postérieure du muscle droit de l'abdomen, et en arrière par le péritoine, dans l'atmosphère celluleuse, dans cette cavité de Retzius dont on a fait des descriptions peut-être un peu contestables.

Il y a là un espace cellulaire très-considérable, en avant de la vessie, et le phlegmon peut filer sur les portions latérales de la vessie, parce que les limites latérales sont peu solides et peu résistantes. Aussi ce phlegmon, de l'espace prépéritonéal, peut, à mon avis, devenir rétro-vésical. Ainsi, j'ai senti, chez notre plus jeune malade, une induration assez notable, en appuyant un peu sur la paroi rectale : la communication entre les parties latérales et la cavité antérieure devait exister. Je vous signale cette question anatomique qui est encore mal éclaircie, et qui mériterait quelques recherches. Je pense qu'il arrive là comme pour le panaris de l'index développé à la suite de durillon forcé, qui se fait peu à peu une expansion sur la face dorsale de la phalange.

La pathogénie de ces abcès reste encore très-obscure; on ne peut affirmer quel est leur point de départ. Il n'est ni vésical ni prostatique : il serait peut-être plutôt intestinal. En tous cas, les symptômes vésicaux ne sont que secondaires; je leur attribue une si faible importance que, chez le vieillard, j'ai refusé de faire l'exploration de la vessie avec la sonde en argent : je prévoyais bien que je n'avais rien à chercher de ce côté, et j'avais à redouter les accidents sérieux d'un cathétérisme inopportun.

---

## HOPITAL COCHIN. — M. Bucquoy.

### Traitement de la pneumonie (1).

II

*Conclusions.* — Aujourd'hui nous avons abandonné la pratique systématique de tel ou tel traitement de la pneumonie, à l'exclusion des autres; nous devons nous demander si nous sommes dans la bonne voie. Pour l'établir, ferons-nous le dépouillement de toutes les statistiques, et chercherons-nous si, par exemple, la mortalité dans les pneumonies traitées par la saignée est plus faible que dans les cas où l'on a employé l'émétique? Je crois que ce serait là une détestable méthode, qui nous conduirait à des erreurs considérables. Pour faire des statistiques, il faudrait rassembler des faits comparables entre eux; or, compter en masse tous les faits de pneumonie observés dans un hôpital, est chose complètement irrationnelle : telles pneumonies ont été soignées au début, telles autres à la fin, telles autres existaient chez de jeunes sujets, telles autres chez des vieillards, etc. Il est nécessaire d'établir des catégories bien distinctes. Pour vous en donner la preuve, il me suffira de vous citer le fait suivant : j'ai retrouvé ces jours derniers dans mes notes une statistique des pneumonies traitées dans mon service pendant l'année 1875, statistique recueillie avec soin par mon regretté interne Maunoir : sur 65 pneumonies franches, il y a eu 54 guérisons et 11 morts, soit 20 p. 0/0 de mortalité, ce qui ne paraît pas un beau résultat. Or, si nous décomposons cette série de malades, nous trouvons que 25 malades étaient âgés de cinquante ans : 15 ont guéri, 10 sont morts, soit une mortalité de 40 p. 0/0. Les quarante autres malades étaient âgés de moins de cinquante ans : 39 ont guéri, un seul est mort, et encore il était fortement alcoolique : la mortalité descend, pour ces quarante cas, à 2,5 p. 100. On pourrait dire, si l'on considère les faits en bloc, avec 40 p. 0/0 de mortalité, que mon traite-

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 juin 1879.

ment a été détestable; tandis qu'en tenant compte des circonstances, de cette particularité que nos malades, en cet hôpital, sont souvent des vieillards usés par toutes les privations et ne venant à l'hôpital que pour y mourir, on reconnaîtra les succès de notre méthode de traitement.

Pas plus pour la pneumonie que pour toute autre maladie, il ne faut pratiquer un traitement exclusif. Un traitement doit varier avec les indications qui se présentent : la pneumonie n'est pas une entité qu'il faut combattre indépendamment du malade; au contraire, il faut traiter le malade et non la maladie. C'est donc une question d'opportunité ; il nous reste à déterminer dans quelles circonstances nous devrons utiliser chacune des diverses médications que l'on a recommandées dans la pneumonie.

Et d'abord l'*expectation* peut-elle être quelquefois admise; dans quelles limites une pneumonie, abandonnée à elle-même, peut-elle guérir? Il y a quelques années, une semblable méthode aurait paru presque impardonnable et immorale : cependant tous les jours nous voyons, même sans le vouloir, des pneumonies non traitées guérir régulièrement : ainsi, un pauvre malheureux est pris de pneumonie, il se couche parce qu'il ne peut continuer son travail, il attend plusieurs jours le médecin qui n'arrive pas : on fait des démarches pour le faire entrer à l'hôpital, et il nous arrive, au cinquième ou sixième jour, avec une pneumonie qui a évolué d'une façon satisfaisante, la fièvre est tombée, le malade est en voie de guérison, et nous n'avons autre chose à faire qu'à assister à la guérison spontanée. On a bien supposé que ces pneumonies avaient plus de tendance à passer à l'état chronique, et à avoir une résolution plus tardive, mais il n'en est rien : leur défervescence est aussi régulière que celle des types les mieux traités. Et encore je parle ici de l'expectation chez des malades qui se trouvent dans les conditions les plus déplorables, de l'expectation involontaire, mais ses résultats sont beaucoup plus heureux chez les malades de la clientèle aisée, qui sont soumis à toutes les prescriptions d'une hygiène bien entendue : chez eux, l'expectation n'est pas de l'inaction, c'est le repos au lit, la diète, les boissons chaudes, en un mot les mille petits soins qu'on procure à un malade atteint de n'importe quelle affection fébrile. C'est tout un traitement quoiqu'on ne lui administre aucune drogue. Ce n'est pas non plus sortir véritablement de l'expectation, quand on applique des ventouses scarifiées sur la partie postérieure de la poitrine pour combattre un point de côté intense, quand on prescrit une potion calmante pour calmer la toux, etc.

On se bornera donc à l'expectation dans tous les cas où la maladie a une tendance naturelle à la guérison, chez les sujets adultes et chez les enfants à partir de l'âge d'environ deux ans ; à la condition qu'ils ne seront pas débilités par une cause quelconque, ou n'auront conservé aucune atteinte d'une maladie antérieure, et si la pneumonie est limitée et ne tend pas à se diffuser.

L'abus qu'on a fait autrefois de la saignée a amené les générations actuelles à s'en abstenir complètement. C'est un système absolument mauvais : nous ne pouvons admettre que Chomel, Andral, Louis, Grisolle se soient toujours trompés lorsqu'ils ont préconisé la saignée alors que, luttant contre M. Bouillaud, ils se trouvaient pourtant obligés de reconnaître que la saignée avait des avantages, et de s'en servir eux-mêmes dans la pneumonie. On dit que les constitutions médicales ne sont plus les mêmes ; nous ne sommes pas un tas d'anémiques comme on le répète trop, et nous supporterions la saignée aussi bien qu'on la supportait il y a vingt-cinq ans.

Chez les sujets jeunes, dans les cas de pneumonie à hépatisation diffuse et à réaction intense, la saignée, si elle est faite au *début* de la maladie, a une réelle utilité. Dans nos hôpitaux, vous ne nous voyez pas faire la saignée ; mais cela tient à ce que les malades arrivent souvent vers le cinquième jour, l'hépatisation s'est faite et s'est limitée, il n'y a plus rien à prévenir : on diminuerait bien la dyspnée et la fièvre, mais on affaiblirait le malade à une période où il a besoin d'être épargné pour arriver à une résolution prompte.

Dans la clientèle de la ville, on a plus facilement l'occasion de pratiquer la saignée, parce qu'on est appelé au début de la maladie; il faut bien le reconnaître, on temporise à tort, on hésite trop à faire la saignée. J'ai souvent regretté, au troisième jour d'une pneumonie, de ne pas l'avoir attaquée le premier jour par la saignée, qui aurait diminué l'appel fluxionnaire du poumon et empêché l'extension du foyer. Lorsqu'une pneumonie se déclare avec un point de côté intense, une dyspnée et une fièvre considérables, lorsqu'on est en présence de ce que j'appelle des pneumonies à grand orchestre, on pourrait saigner avec avantage.

Une saignée de 400 ou 500 grammes produira un effet local sérieux sur l'engouement pulmonaire ; elle soulagera le malade, relèvera le pouls et abaissera la température.

Au sujet des émissions sanguines locales, on a beaucoup moins de scrupules : vous nous voyez tous les jours appliquer des ventouses scarifiées. Dans la pratique des campagnes, on n'oubliera pas les sangsues, pour diminuer la toux et la douleur du point de côté.

La médication contro-stimulante, combinée avec la saignée, constitue la méthode française de traitement mixte de la saignée; elle a été instituée par Laënnec, et Grisolle l'a mise en pratique jusqu'à la fin de sa vie. Le tartre stibié semble être le traitement par excellence de la pneumonie : il produit d'abord quelques vomissements, puis la tolérance s'établit, et il reste un état nauséeux pendant lequel le pouls se relève et la température s'abaisse. Il faut répéter les doses, et l'on n'arrive à ces résultats qu'au prix d'une véritable intoxication. Je redoute cette adynamie artificielle ; je veux bien administrer le tartre stibié suivant la méthode de Rasori, mais, aussitôt que la tolérance s'établit, je m'arrête et je cherche à supprimer les effets d'adynamie.

J'ai vu Aran traiter la pneumonie par la vératrine à la dose de 25 à 35 centigrammes par jour (par pilules de cinq centigrammes) ; il provoquait une adynamie profonde et un état de débilité effrayant, que je n'oserais jamais risquer de produire. Il n'est pas démontré, en effet, que, par un tel traitement, on ait diminué la durée de la pneumonie, ni atténué considérablement ses ravages.

Si la pneumonie ne me paraît pas devoir être abandonnée à elle-même, et si l'hépatisation est étendue, je prescris 30 centigrammes de tartre stibié dans un julep, à prendre par cuillerée, d'heure en heure, de façon qu'après six ou huit heures les effets vomitifs et nauséeux sont produits et la tolérance s'établit. Cela suffit pour abaisser le pouls et la température. Le lendemain, je ne continue pas l'emploi du tartre stibié, et, si le malade se trouve un peu faible, je le stimule par une potion de Todd. S'il n'est pas affaibli, et si la pneumonie présente une évolution normale, je reviens à l'expectation simple.

J'emploie quelquefois la digitale (en teinture alcoolique),

avec le tartre stibié, surtout dans les pneumonies catarrhales. Quant à la vératrine, c'est un médicament atroce que je rejette complètement.

La médication par les toniques et par l'alcool a des indications beaucoup plus fréquentes : ce traitement est indiqué chez tous les sujets débilités, qui ont besoin d'être stimulés pour pouvoir terminer leur phlegmasie par la résolution. C'est dans ce sens qu'il faut employer l'alcool : il n'est pas un remède spécifique contre la pneumonie, mais il remet le malade en état de résoudre lui-même sa pneumonie. Vous connaissez tous le succès qu'a eu ce traitement en Angleterre. Il est surtout précieux dans les pneumonies des sujets alcooliques : chez ces individus, déprimés et affaiblis, l'alcool relève le système nerveux, et lui continue l'excitation à laquelle il était accoutumé; il place le malade dans ses conditions habituelles de santé qui lui permettront de traverser heureusement l'évolution de sa pneumonie.

Je ne m'arrêterai pas longtemps sur les indications de la médication évacuante et des vomitifs : ils déterminent une action antipyrétique et défluxionnent le poumon ; on trouvera l'indication des vomitifs dans les formes bénignes de la pneumonie, dans les pneumonies catarrhales, bronchiques ou gastriques. On purge trop souvent les malades : cette action est déjà produite par le tartre stibié, mais on ne la cherche pas. En général il faut éviter l'emploi des purgatifs.

De même l'usage des vésicatoires est devenu beaucoup trop banal : c'est une déplorable méthode. Aujourd'hui, en présence d'une pneumonie, on s'abstient trop de chercher les véritables indications spéciales du cas particulier. On prescrit au début les vésicatoires volants qui soulagent à peine les malades. Au début, il est bien préférable de les remplacer par les ventouses scarifiées : le vésicatoire ne doit être appliqué que plus tard, si la pneumonie tarde à se résoudre; si on l'applique trop tôt, il élève la température et exagère encore l'état fébrile. C'est à la période terminale seule de la maladie que les vésicatoires doivent être employés. On y ajoutera l'usage des alcalins, de l'iodure de potassium, si la pneumonie a une tendance à passer à l'état chronique et n'entre que lentement dans la période de résolution.

En résumé, la pneumonie ne doit pas être traitée d'une façon exclusive : son traitement doit varier suivant les indications qui se présentent.

Dans une pneumonie aiguë, franche, de peu d'étendue, chez de jeunes sujets, on doit se borner à une sage expectation, en se contentant de satisfaire à quelques indications accessoires, dyspnée, point de côté (ventouses scarifiées), état gastrique (vomitifs).

Si la résolution est lente, on appliquera un ou deux vésicatoires, mais à la période terminale de la pneumonie, et *pas au début*.

Dans les pneumonies étendues, ayant un caractère envahissant, il faut pratiquer la saignée : j'en suis absolument partisan dans ces cas, et même, s'il le faut, des saignées répétées.

Toutefois le tartre stibié reste encore le traitement par excellence de la pneumonie; mais il doit être employé avec mesure, pour garantir le pouls et abaisser la température. Dès que la tolérance s'établit, on doit, à mon avis, le supprimer, et lui substituer, suivant les indications, le quinquina, l'alcool, ou simplement l'expectation.

## HOPITAL DU MIDI. — M. Ch. Mauriac.

### Du bubon d'emblée (1).

III

Il n'est pas douteux que les localisations de la syphilis dans les régions des aines sont exceptionnelles. On n'en trouve pas beaucoup d'exemples dans les recueils scientifiques. M. le professeur Verneuil a publié en 1871 un remarquable mémoire sur les tumeurs gommeuses de la région inguinale. Il relate dans les plus grands détails l'histoire d'un malade qui, à la suite de la nécrose du calcanéum ayant nécessité l'amputation de la jambe, vit se former une tumeur au pli de l'aine correspondante. Cette tumeur se ramollit, puis se vida et devint le siége d'une ulcération envahissante qui dénuda l'artère fémorale. Une fissure du vaisseau se produisit, et elle entraîna une hémorrhagie mortelle. Ce malade était atteint d'une syphilis dont les débuts assez obscurs remontaient à une époque extrêmement éloignée; il portait sur le corps des traces de syphilides ulcéreuses et des cicatrices déprimées, consécutives à des nécroses.

Il est facile de voir, par la simple énumération des principales circonstances de ce fait, qu'il ne présente avec les nôtres qu'une ressemblance éloignée. Mais, à cette époque, M. Verneuil répétait, au sujet des gommes inguinales, ce qu'il avait déjà dit dans son excellent article *Aine* du *Dictionnaire encyclopédique.*

« J'ai consacré jadis, dit le savant professeur, un court chapitre aux tumeurs gommeuses du pli de l'aine. Il en ressort que ces productions sont rares, qu'elles peuvent siéger dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans l'épaisseur du cordon spermatique, qu'elles se rencontrent à l'état solide ou à l'état d'ulcération, auquel cas *elles pourraient être confondues avec l'ulcère scrofuleux ou le bubon chancreux*, dernière erreur que j'ai peut-être commise (2). »

« Je ne suis pas sûr, disait M. Verneuil, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, de n'avoir pas pris des gommes ulcérées pour des chancres lymphatiques et ganglionnaires inguinaux. L'inoculation, que je regrette de n'avoir pas tentée, aurait levé les doutes qui me sont venus trop tard à l'esprit (3). »

Dans sa thèse sur la *Syphilis primitive* (Paris, 1853, p. 80), M. Turrhos dit aussi que les tumeurs gommeuses inguinales sont très-rares; que M. Ricord, en 1853, n'en avait vu que trois cas, et il rapporte l'observation suivante dont voici le résumé :

Chancre induré en 1847 suivi de roséole, etc., et traité par M. Ricord; en 1849, testicule syphilitique gauche et en 1852 tumeur dans l'aine gauche, indolente malgré son grand volume, très-dure et sans changement de couleur à la peau. Elle perça au bout de trois semaines, sans douleur aucune. Pas de diathèse strumeuse, ouverture en boutonnière, à bords d'un rouge foncé, cavité de la grosseur d'une noix remplie dans son tiers inférieur d'une sorte de bourbillon, d'un blanc sale, jaunâtre ; insensibilité du bourbillon qui se liquéfie peu à peu, etc. — M. Lebert reconnut dans cette tumeur les attributs du tissu gommeux.

Dans un très-bon travail de M. le docteur Campana (de Naples) sur les adénopathies syphilitiques (4), j'ai trouvé un beau cas de gomme ulcérée des aines. La malade, âgée de trente-sept ans, avait été contaminée par son mari onze ans auparavant. Au bout de quatre ans, gommes sur le tibia gauche; elles se ramollirent et se changèrent en ulcérations profondes qui mirent plus de deux ans à guérir malgré les médications les plus variées. Mais, après la guérison de la jambe, engorgement de la glande inguinale gauche, d'abord indolent, puis inflammatoire. Il s'ouvre au bout d'un mois; il en sort un liquide jaunâtre mêlé de pus. Quelque temps après, une seconde glande s'engorgea et s'ouvrit comme la pre-

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 juin 1879.
(2) *Arch. de méd.*, 1871, t. II, p. 399.
(3) *Dict. encyclop.*, t. III, article *Aine.*
(4) *Delle linfadenopatie sifilitiche del dottor Campana, Giornale italiano delle malattie veneree*, 1871, vol. 12, p. 98.

mière dans la même région, puis une troisième, et les ulcérations qui succédèrent à ces gommes devinrent phagédéniques. Plus tard pharyngopathie syphilitique ulcéreuse avec destruction de l'amygdale et du pilier postérieur droit, etc. Formation d'une gomme dans l'aine droite. Les ulcérations serpigineuses de l'aine gauche étaient à bords décollés, irréguliers, déchiquetés, à fond recouvert de détritus puriformes et d'une substance nécrosique de couleur blanc jaunâtre, épaisse et adhérente. L'iodure de potassium améliora rapidement l'état de la malade.

Dans ce cas, comme dans celui de M. Turrhos et de M. Verneuil, il eût été difficile de prendre la lésion inguinale pour des bubons d'emblée. Le mode du processus, la présence de bourbillons sphacélés, la concomitance d'autres accidents syphilitiques, la physionomie générale de l'affection et son encadrement, mettaient tout de suite sur la voie du diagnostic.

Il faut bien que les gommes inguinales soient rares pour qu'on n'en trouve pas un seul exemple dans les 221 cas de syphilis tertiaire réunis par M. le docteur Jullien.

Dans les dix-huit volumes du *Giornale italiano delle malattie veneree et delle malattie della pelle*, si habilement dirigé par le savant docteur G.-B. Soresina (de Milan), je n'ai vu que l'observation ci-dessus du docteur Campana.

Mais peut-être cette rareté n'est-elle pas aussi grande que le ferait supposer la pénurie des documents. Ne tiendrait-elle pas aussi à ce qu'on a toujours méconnu la nature de l'affection et qu'on l'a prise, comme M. Verneuil avoue l'avoir fait, pour un bubon chancrelleux?

J'ai dit que quelques circonstances exceptionnelles donnaient de l'importance à mes trois cas et surtout au premier. Parmi elles il y a des particularités de détail que le lecteur aura remarquées et sur lesquelles il est inutile d'insister. Mais il en est d'autres qui méritent de fixer un instant notre attention. C'est surtout dans l'observation première qu'on les rencontre.

Assurément cet homme était syphilitique depuis 1867, c'est-à-dire depuis sept ans, quand se produisirent les lésions inguinales. Et pourtant la maladie constitutionnelle ne s'était révélée jusque-là par aucune manifestation. Elle était restée à l'état latent. Eh bien! rien n'est plus propre que cet état syphilitique latent, plus commun qu'on ne le croit, à faire commettre des erreurs de diagnostic. Il faut toujours s'en défier et se tenir sur ses gardes, surtout quand on se trouve en face d'une affection qui présente quelque chose d'insolite et qui peut se rattacher de près ou de loin à une maladie vénérienne.

N'était-ce pas le cas chez ce patient? L'ulcération inguinale ressemblait par son mode de développement et par sa physionomie à un bubon d'emblée. Mais l'hypothèse du bubon d'emblée est la dernière qu'on doive admettre, puisque cet accident est tellement extraordinaire que beaucoup de pathologistes contestent son existence. Il fallait donc penser à la syphilis, quoique aucune affection ancienne ou récente n'en révélât l'existence.

Qu'on ne se laisse pas abuser non plus, quand il s'agit du diagnostic de la syphilis, par sa circonscription très-limitée. J'ai observé, en effet, assez fréquemment cette espèce de préférence inexplicable et exclusive de la maladie constitutionnelle pour certains organes ou portions d'organes dans lesquels elle se confine. On l'y voit rester longtemps en permanence, tantôt sous une forme, tantôt sous une autre, le plus souvent sous la même, et, quand elle les quitte, c'est ordinairement pour les frapper de nouveau, à des intervalles plus ou moins éloignés.

Il y a dans ce fait une sorte d'*affinité topographique* dont il est bien difficile de pénétrer la cause. Quand ses effets se concentrent sur les organes génitaux et les parties voisines, on croit aisément à une lésion contractée récemment par contagion. Que d'erreurs de ce genre ont été commises! On y glisse d'autant mieux qu'on voit dans le passé du malade ou dans son état actuel la trace ou l'existence d'autres manifestations se rattachant au processus syphilitique.

La répétition des mêmes actes morbides dans le même lieu et suivant le même mode pathologique, lorsqu'elle se produit à courte échéance, peut mettre sur la voie du diagnostic. C'est ce qui m'est arrivé pour mon premier malade.

Il est évident que le meilleur critérium nous est encore fourni par l'inoculation. On doit y recourir dans tous les cas où il reste un peu d'incertitude dans l'esprit. Elle est formellement indiquée lorsqu'il s'agit d'une ulcération qu'on suppose provenir d'un bubon virulent.

Mais, ne fût-ce qu'au point de vue de l'art du diagnostic, il vaudrait mieux déduire la nature de l'affection des circonstances pathologiques qui président à sa formation, dirigent son processus et impriment un caractère spécifique à chacun de ses phénomènes. Ce serait là du bon déterminisme clinique. Il n'exclurait pas l'inoculation expérimentale; elle ne ferait alors que confirmer une vérité déjà connue, et on pourrait prédire avec certitude ses résultats positifs ou négatifs.

Un pareil diagnostic rationnel est-il toujours possible dans les affections qui nous occupent? Oui; mais il faudrait pour cela assister à leur début, préciser leur siège initial et suivre leur processus dans toutes ses phases. Comme nous l'établirons plus tard, ces pseudo-bubons d'emblée n'ont point toujours leur point de départ dans les ganglions lymphatiques. Quelquefois ils procèdent de gommes situées dans la peau ou dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Quant à leur évolution, elle présente de grandes variétés. Rapide en général dans les syphilomes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, elle est lente dans les adénopathies gommeuses, etc.

---

## INSTRUMENTS ET APPAREILS

### Pulvérisateur à vapeur.

Par M. le docteur Lucas-Championnière.

Cet appareil, construit par M. Collin, est destiné à pulvériser l'eau phéniquée exactement dans les mêmes conditions que le pulvérisateur du professeur Lister. Il est d'une forme différente, son maniement est plus simple et il est beaucoup moins coûteux.

Comme tous les pulvérisateurs à vapeur, il est constitué par une chaudière chauffée par une lampe à alcool. La chaudière sphérique porte à sa partie supérieure une sorte d'entonnoir C qui permet de remplir la chaudière d'une quantité d'eau déterminée.

Une soupape de sûreté ;

Deux tubes pour la sortie de la vapeur, qui sont mobiles de haut en bas et de bas en haut pour permettre de diriger le jet. Ces deux tubes A, B n'ont pas de robinet; ils se ferment d'eux-mêmes quand on les relève dans la position verticale.

Ces deux tubes rencontrent sous un angle aigu deux autres tubes par lesquels se fait l'aspiration du liquide phéniqué placé dans le vase antérieur.

Le liquide monte par les tubes plongeurs, filtré par une petite éponge, puis il est brisé par le courant de vapeur sur l'orifice étroit par lequel il est obligé de passer.

La pulvérisation est très-fine et faite suivant le procédé recommandé par le professeur Lister. Elle ne mouille pas comme celle de la plupart des autres appareils et couvre un espace considérable.

La présence des deux tubes est une disposition fort importante que M. Championnière avait depuis longtemps fait adopter pour les divers appareils qu'il a utilisés.

Le modèle exposé en 1878 avait ces deux becs ; on ne cherche pas par là à donner deux jets de pulvérisation simultanés, mais à avoir la possibilité, si l'un des becs vient à se boucher, au cours d'une opération, d'avoir immédiatement un autre jet sans déplacer l'appareil. Plusieurs constructeurs anglais ont depuis adopté la même disposition.

L'appareil avec la chaudière remplie jusqu'au niveau de l'entonnoir pulvérise pendant plus de deux heures sans interruption.

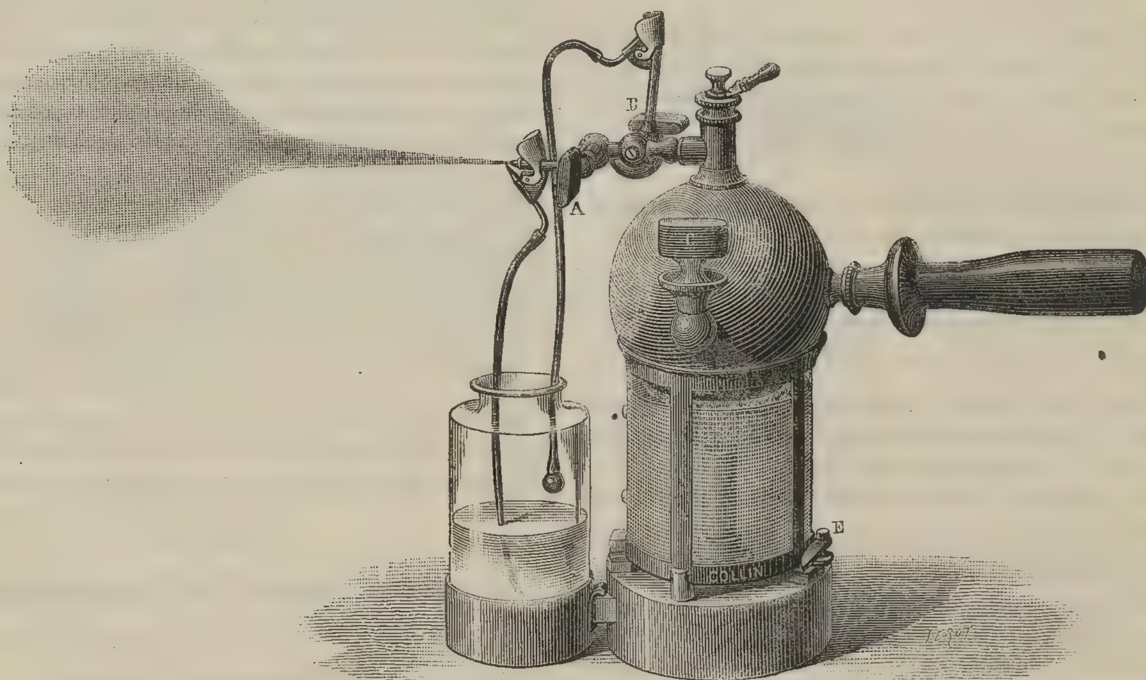
Il fonctionne avec une faible pression, mais il est essayé à très-haute pression pour éviter tout danger d'explosion.

Il n'est pas très-lourd, quoique ayant une assise suffisante.

On peut adapter la lampe du professeur Lister, mais l'appareil marche bien avec une lampe à mèche ordinaire.

En un mot, cet appareil, pour lequel M. Championnière a fait adapter toutes les parties principales du pulvérisateur de M. Lister, remplit exactement les mêmes fonctions.

Quelques perfectionnements dans les détails le rendent plus maniable, infiniment moins coûteux, et il est appelé à rendre de grands services, non-seulement pour l'application du pansement de Lister, mais pour la désinfection des salles d'hôpital et autres, pour lesquelles on commence à employer les pulvérisateurs qui marchent longtemps et sûrement, sans gêner ni inonder les assistants.




## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juin 1879. — Présidence de M. Hervieux.

### COMMUNICATIONS

**De l'origine des tænias.** — M. MAGNIN adresse à la Société une lettre dans laquelle il proteste contre les assertions de M. Laboulbène et maintient l'opinion qu'il a émise sur ce sujet.

**Névrite parenchymateuse.** — M. DESNOS présente un travail de M. Joffroy sur ce sujet.

**Pneumonie érysipélateuse.** — M. STRAUSS fait une communication sur l'*érysipèle des bronches et du poumon* (*pneumonie érysipélateuse*).

Il s'agit d'un malade du service de M. Strauss, à l'hôpital Tenon, âgé de vingt-six ans, vigoureux, non alcoolique, bien portant auparavant, entré le 14 mars 1879, pour un érysipèle de la face, qui évolua sans présenter de particularité notable. Le 20, l'érysipèle de la face était presque éteint, quand apparurent de la dysphagie, de la rougeur vive du pharynx, des amygdales et de la langue (érysipèle pharyngé et buccal).

Le 23, aggravation violente de la fièvre et des symptômes généraux; léger point de côté à droite, sans frisson; toux peu accusée, aucun phénomène laryngé. On constate l'existence d'une pneumonie (matité, râles crépitants, souffle naissant) à la base du poumon droit.

La pneumonie suit une marche extrêmement rapide; en moins de quatre jours elle envahit le poumon droit tout entier, de la base au sommet, sans présenter en aucun point de tendance à la résolution; elle a débuté le 23 (moment du point de côté et de la recrudescence de la fièvre); le 28, le malade était mort.

*L'autopsie* est surtout importante par les lésions constatées sur l'appareil respiratoire; la muqueuse du larynx, les replis aryténo-épiglottiques présentent une coloration pâle, tout à fait normale, contrastant avec la rougeur violacée du pharynx et du voile du palais. Les trois premiers anneaux de la trachée sont recouverts par une muqueuse de coloration normale aussi; mais, au dessous, la trachée dans toute sa hauteur offre une coloration rouge intense, écarlate; cette coloration résiste au lavage, au frottement du linge et à la pression. Au niveau de l'éperon de bifurcation des grosses bronches, à l'origine de la *bronche gauche*, la rougeur s'arrête net. Elle se poursuit au contraire sur la *grosse bronche droite* et sur toutes ses branches de division, avec la même intensité que sur la trachée. Un dessin colorié, dû à M. Tuffier, externe du service, montre bien ces particularités.

Le poumon droit, dans la totalité du lobe moyen, les trois quarts supérieurs du lobe inférieur et les deux tiers du lobe supérieur, est transformé en un bloc hépatisé, de coloration rosée vers le lobe supérieur, partout ailleurs gris. A la section il s'écoule un liquide grisâtre, séro-purulent. L'aspect granuleux de la coupe est peu accusé.

*Examen microscopique*. A l'état frais, le liquide obtenu par le raclage de la coupe, même des portions en hépatisation rouge, ne renferme aucun moule fibrineux des infundibula, mais exclusivement des leucocytes. Après durcissement méthodique, les coupes montrent les alvéoles complètement remplies de globules blancs, sans *aucune trace de fibrine*.

M. Strauss discute la valeur de ces lésions histologiques. Il ne s'agit ni d'une pneumonie franche, fibrineuse, arrivée à l'hépatisation grise, ni d'une broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Il rapproche les lésions que présente le poumon des altérations histologiques que MM. Vulpian, Steudner et Volkmann ont signalées depuis longtemps comme propres à l'érysipèle cutané.

La pneumonie en question offre donc, conclut M. Strauss, des particularités cliniques et surtout des caractères histologiques qui la distinguent et qui la *spécialisent*.

1° Caractères cliniques. Survenance de la pneumonie chez un sujet atteint d'érysipèle de la face et de la gorge, en l'absence de tout

refroidissement. Début insidieux (point de côté léger, sans frisson). Marche extensive extrêmement rapide (tout le poumon droit envahi en quatre jours).

2° Caractères histologiques. Hépatisation grise générale et rapide; réplétion des alvéoles par des leucocytes, sans trace de fibrine; identité de ces lésions avec celle de l'érysipèle cutané.

M. Strauss croit donc pouvoir, sans témérité, établir le fait d'une pneumonie *spéciale,* sinon spécifique, d'une *pneumonie érysipélateuse* ou de ce que les anciens appelaient l'érysipèle du poumon.

La propagation par la trachée et la grosse bronche droite est évidente et écarte suffisamment l'objection de coïncidence; mais il manque une étape intermédiaire, la muqueuse du larynx et des premiers anneaux de la trachée étant intacte.

M. RENDU partage l'opinion émise par M. Strauss, sur la nature de la pneumonie, dans le cas dont il vient de parler. Mais il pense que cette opinion doit être basée beaucoup plus sur les caractères cliniques de la maladie que sur ses caractères histologiques.

En effet, il n'est pas possible, suivant lui, de faire un diagnostic différentiel entre la pneumonie franche, fibrineuse, et la pneumonie érysipélateuse, d'après la présence ou l'absence seule de tractus fibrineux, la fibrine pouvant exister sans qu'on la retrouve à l'autopsie, soit qu'elle se soit dissoute par suite de la décomposition cadavérique, soit même qu'elle existe sans qu'on puisse la retrouver.

M. STRAUSS fait observer que l'autopsie n'a été faite que trente heures après la mort, et que, dans cet espace de temps, les coagulations fibrineuses n'ont pas le temps de se dissoudre.

En outre, la rapidité avec laquelle tout le poumon droit est entré en suppuration dans ce cas, est un fait absolument exceptionnel, et qui ne s'observe pas dans la pneumonie franche fibrineuse.

M. DAMASCHINO accepte également l'interprétation de M. Strauss, attendu que, suivant lui, s'il s'était agi d'une pneumonie franche, survenant dans le cours d'un érysipèle, il y aurait eu certainement de la fibrine à cette période.

**Ataxie sans ataxie. —** M. DEBOVE communique l'observation d'un malade ayant présenté d'abord tous les caractères d'une insuffisance mitrale classique et qui fut pris de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, de douleurs en ceinture et d'une chute de la paupière gauche sans qu'il y eût jamais d'incoordination dans sa marche. Il s'agissait donc d'un ataxique sans ataxie ou mieux d'un tabétique qui mourut avant d'arriver à la seconde période de la maladie et qui pourtant présenta, à l'autopsie, les lésions médullaires de l'ataxie la mieux confirmée.

**De l'impression que font sur la peau certains métaux. —** M. GOUGUENHEIM fait une courte communication sur ce sujet. Il rappelle un article de David Ferrier dans le *British medical Journal* dans lequel ce médecin raconte avoir vu, chez un paralytique qu'on était obligé de sonder, une sonde en argent laisser des traces noirâtres sur la peau de la cuisse. On chercha dès lors si d'autres métaux laissaient des traces semblables, et l'on s'aperçut que l'argent, l'or, le cuivre, le zinc, le magnésium et le plomb produisaient des marques sur la peau, tandis que le fer et le platine seuls n'en produisaient pas. M. Ferrier émit cette opinion que ces marques pouvaient être dues à un état œdémateux de la peau. M. Gouguenheim a pu constater le même fait récemment chez deux malades.

**Intoxication par la benzine. —** M. GUYOT a reçu récemment dans son service un malade qui, pour la seconde fois, présentait l'état suivant : stupeur absolue, paupières ouvertes, mâchoires contracturées, hyperesthésie générale excessive, aphasie; la première fois, au lieu d'une hyperesthésie c'était une anesthésie générale et il y avait aussi de l'hémiplégie faciale à droite avec kérato-conjonctivite du même côté, délire très-intense. Cet homme travaille dans la benzine, il distille de 1,000 à 1,500 kilogrammes de benzine par jour. Cet homme a guéri de sa première attaque, il est encore actuellement sous la stupeur la plus profonde et refuse toute nourriture.

M. LUYS fait observer que ces accidents pourraient faire naître l'idée de l'alcoolisme coïncidant avec des accidents nerveux centraux. Il propose d'alimenter cet homme par la sonde œsophagienne.

M. BLACHEZ fait remarquer que ce sont là des accidents analogues à ceux de l'intoxication par le sulfure de carbone.

M. QUINQUAUD a eu l'occasion, en 1873, d'étudier les accidents qu'on observe dans les usines où se fabrique la benzine; ces accidents sont une anémie des plus marquées, des phénomènes divers du côté du système nerveux : parésies, paralysies, anesthésie, hyperesthésie, affaiblissement des fonctions génésiques, des phénomènes d'excitation, jamais de stupeur. Sauf ce dernier caractère, les autres phénomènes se rapprochent beaucoup de ceux observés chez le malade de M. Guyot.

### ÉLECTION

MM. Landouzy, Hutinel et Rathery sont nommés membres de la Société.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour quarante emplois d'aide-médecin de la marine et deux emplois d'aide-pharmacien s'ouvrira successivement dans les écoles de médecine navale de Rochefort, de Toulon et de Brest, à partir du 1er septembre 1879. Pour tous renseignement s'adresser au Secrétariat du conseil de santé de ces différents ports.

— Un concours pour les emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira : à Paris, le 25 août 1879; à Lille, le 30 du même mois; à Nancy, le 2 septembre; à Besançon, le 5 septembre; à Lyon, le 8 septembre; à Marseille, le 12 septembre; à Montpellier, le 15 septembre; à Toulouse le 19 septembre; à Bordeaux, le 23 septembre, et à Rennes, le 27 septembre.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8414.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Colin continue toujours à battre en brèche les théories régnantes, particulièrement sur le terrain de la médecine expérimentale, tantôt en critiquant les expériences d'autrui, tantôt en instituant des expériences nouvelles, parallèles et contradictoires.

Il ne croit pas beaucoup à l'influence nocive de l'air et de ses germes sur la marche des plaies. Et comme la discussion sur la septicémie s'était ranimée à propos de l'ostéomyélite, il a fait porter ses recherches actuelles sur l'inflammation traumatique de la moelle osseuse chez les animaux.

Perforant les os, en broyant la moelle, y introduisant dés corps étrangers, excisant largement tout autour de la plaie les tissus mous, afin de donner à l'air un plus facile accès dans cette plaie osseuse constamment béante, il a vu, chez des herbivores comme chez des carnivores, la guérison, plus ou moins lente, suivant le mode de procéder, survenir enfin dans tous les cas, sans accidents putrides et sans septicémie.

M. Colin est même allé plus loin : il a arrosé à plusieurs reprises de sang putréfié, ou même du sang d'un lapin mort de septicémie, la surface de ces plaies osseuses ; et il n'est survenu aucune complication locale ni générale. Ce résultat négatif est vraiment surprenant, et peut-être les adversaires de M. Colin vont-ils lui répondre par ce vieil adage : « Qui prouve trop ne prouve rien. »

En effet, si les germes contenus dans le sang d'un animal septicémique restent complètement inefficaces quand on les dépose à la surface des plaies produites sur le chien, ou sur le bélier, ou sur le taureau, il n'y aurait pas lieu de conclure, de la parfaite innocuité de l'air atmosphérique arrivant sur ces plaies, à la non-existence de germes dans cet air, ou à leur non-intervention absolue dans la production des septicémies où elles interviennent.

Il est possible qu'à ce point de vue il y ait de notables différences suivant les espèces animales. Il est possible que quelques-unes soient extrêmement peu disposées à la septicité, et que les questions de sang, de vitalité, celles de races, celles d'individus aient une importance au moins égale à celles de germes ou de milieux.

Mais rien ne prouve jusqu'à présent que ces dernières soient à négliger et qu'il soit sans inconvénient, en chirurgie humaine, de porter sur les plaies du pus ou du sang provenant d'un opéré septicémique.

La séance publique annuelle de l'Académie de médecine aura lieu le 15 juillet.

Dr Victor REVILLOUT.

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

### Cystite tuberculeuse. — *Abcès prostatique.*

Je vous signalerai aujourd'hui, au n° 49 de la salle Sainte-Vierge, un homme de cinquante-neuf ans, qui souffre de la vessie et qui, toutes les demi-heures, tous les trois quarts d'heure environ, a des besoins d'uriner très-impérieux, auxquels il faut qu'il satisfasse immédiatement s'il ne veut augmenter ses douleurs ou uriner involontairement. Il présente également ceci de particulier, que la miction est douloureuse, que les urines contiennent une quantité abondante de muco-pus et qu'elles présentent cette teinte obscure que l'on observe toutes les fois que des mucosités, peut-être même des vibrions, sont maintenus en suspension dans ce liquide.

Évidemment cet homme a une cystite, mais n'a-t-il pas un peu de prostatite ? Il m'a semblé, en effet, en pratiquant le toucher rectal, que la paroi de l'intestin qui correspond à la glande était légèrement dépressible au niveau du lobe moyen ; mais, comme cela n'est pas douloureux, comme, en pressant, on ne fait pas sortir de pus par l'urèthre, je ne suis pas autorisé à dire que cet homme a un abcès de la prostate, quoique je ne sois pas éloigné d'y croire.

Si cette manière de voir était exacte, nous aurions affaire à un abcès qui ne se viderait pas par l'urèthre. Mais ne pourrait-il pas se faire que, par l'intermédiaire de la pression déterminée par les parois du rectum, le pus se fît jour dans la vessie ? Cela n'est pas impossible. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas que ce point qui soit obscur chez cet homme. Il y a, en effet, à se demander quelle est la nature de la cystite dont il est atteint.

Il est des cystites dont il est facile de déterminer la pa-

thogénie et l'origine : ce sont celles qui sont dues à l'obstruction de l'urèthre, soit par un rétrécissement, soit par la compression exercée sur une partie du trajet de ce canal par un des lobes de la prostate hypertrophié. Dans ce cas, derrière l'obstacle qui s'oppose à la sortie des urines, la muqueuse uréthrale s'enflamme, et, de là, l'inflammation se propage jusqu'à la vessie.

Mais ici cette hypothèse n'est pas admissible attendu que cet homme n'a pas eu de blennorrhagie récente, qu'il ne présente pas d'hypertrophie appréciable des lobes latéraux et que d'ailleurs les urines s'écoulent librement. D'autre part, il y a six mois que ces troubles ont commencé, et la présence d'un obstacle en un point quelconque de l'urèthre ne donnerait pas lieu à une cystite aussi prolongée.

La première idée qui vient ensuite à l'esprit et que l'âge du malade autorise, c'est qu'il est probablement atteint d'une cystite calculeuse, symptomatique de la présence d'un calcul. Mais deux fois nous avons introduit la sonde d'argent dans la vessie, et, deux fois, nous n'avons rien trouvé. Nous avons eu beau dilater cet organe à l'aide d'une injection d'eau chaude, tourner le cathéter dans tous les sens, et cela avec d'autant plus de facilité que la vessie n'est pas très-intolérante, il nous a été impossible de sentir une pierre.

Or, si cet homme n'a pas de rétrécissement, ni d'hypertrophie des lobes latéraux de la prostate ; si enfin il n'a pas de calcul, pourquoi donc a-t-il une cystite ?

Je sais bien qu'on peut avoir quelquefois une cystite d'emblée, rhumatismale ; mais notre homme n'est pas assez rhumatisant pour cela. D'un autre côté, il est bien rare, excepté chez quelques sujets jeunes, qu'on trouve une cystite aussi rebelle, aussi douloureuse, sans qu'il existe quelque autre maladie concomitante, soit en avant des voies uréthrales, telle qu'un rétrécissement, soit en arrière, une lésion des reins ou un calcul dans la cavité vésicale par exemple.

Cherchons donc s'il n'a pas autre chose.

J'ai pensé d'abord qu'il était peut-être atteint de cette affection décrite, il y a une vingtaine d'années, par M. Mercier, sous le nom de valvule musculaire et qui consiste dans l'hypertrophie des fibres lisses qui entourent le col de la vessie.

Cette disposition constituant un obstacle à la sortie des urines, il en résulte à la longue une inflammation du réservoir urinaire.

Mais la vessie se vide complètement. Or, quand une valvule musculaire est capable de donner une cystite aussi intense, on commence toujours par observer un certain degré de rétention urinaire ; si bien que la cystite est à la fois le résultat de la propagation à la vessie de l'inflammation qui se développe en arrière de l'obstacle et du séjour prolongé de l'urine dans cet organe.

Peut-être la sonde conductrice pourrait-elle nous éclairer positivement à cet égard ; mais c'est un moyen douloureux, pénible pour les malades, et dont j'ai préféré m'abstenir.

S'agirait-il donc par hasard, d'une contraction spasmodique du col ? C'est quelque chose de bien obscur que cet état qui a été décrit par Civiale sous le nom de névralgie du col, et qui a été désigné par Philips sous la dénomination de contracture spasmodique du col, pour expliquer cet état anatomique mal défini, en vertu duquel la vessie se vide incomplètement, devient douloureuse et s'enflamme.

Mais, comme je vous l'ai déjà dit, le réservoir urinaire se vide très-bien, et, si nous pouvons, jusqu'à un certain point, nous expliquer ainsi la douleur et les besoins fréquents d'uriner, cette contracture spasmodique du col est insuffisante pour nous rendre compte de la présence de pus et de mucus dans les urines.

Peut-être avons-nous affaire à une cystite idiopathique ; mais c'est une affection tellement rare que je ne crois pas devoir m'y arrêter ici.

Une autre hypothèse plus admissible, c'est celle d'une cystite symptomatique d'un corps étranger, non plus d'un calcul libre dans la cavité de la vessie, mais enchatonné, incrusté dans les parois vésicales.

Mais ces incrustations qui se composent de phosphates de chaux ou ammoniaco-magnésiens, rarement d'acide urique ou d'urate de chaux, et qui, en empêchant la vessie de revenir sur elle-même au moment de la miction, sont une cause d'inflammation, déterminent un état ammoniacal des urines que nous ne trouvons pas chez cet homme.

D'autre part, quand il existe des plaques calcaires assez abondantes pour donner une cystite aussi considérable, on peut facilement constater leur présence au moyen de la sonde d'argent ; ce qui n'a pas lieu dans le cas présent.

Mais ce que je crois être la vérité, c'est que nous assistons chez ce malade à un commencement d'affection tuberculeuse, soit de la prostate, soit de la vessie elle-même : d'une part, parce que la tuberculisation des voies urinaires est assez fréquente, bien qu'il ne soit pas commun de la voir localisée uniquement dans la vessie et même à la fois dans celle-ci et dans la prostate ; d'autre part, parce que j'ai, pardevers moi, un certain nombre de faits dans lesquels la cystite ou la cysto-prostatite tuberculeuse avaient débuté par des phénomènes analogues à ceux que nous observons ici, c'est-à-dire, par des phénomènes de cystite intense, très-douloureuse, très-rebelle et qu'il était impossible d'expliquer par aucune lésion. Ce n'est qu'après un an, dix-huit mois, en voyant se développer une épididymite ou une prostatite tuberculeuse, que le diagnostic pouvait être porté d'une façon positive.

Pour ces raisons, ici encore nous ne pouvons faire à ce sujet que de simples conjectures. Le diagnostic d'une affection tuberculeuse de la vessie seule ou à la fois de la vessie et de la prostate ne deviendra certain que plus tard, si les deux conditions suivantes se réalisent, c'est-à-dire si cette cystite continue à ne pas être reconnue idiopathique, et si, n'étant pas symptomatique d'un calcul ni reconnue idiopathique, elle a résisté au traitement que nous allons diriger contre elle.

Nous allons donc soumettre ce malade, pendant quelques semaines, à l'usage du bromure de potassium qui est un excellent moyen pour calmer la douleur chez nombre de sujets ; de plus, tous les soirs, nous lui ferons prendre un lavement avec douze ou quinze gouttes de laudanum. Enfin, s'il paraît bien supporter la belladone et l'opium, nous joindrons à ces différents moyens quelques injections de chlorhydrate de morphine.

Nous verrons ensuite ce qui va se passer. Si nous réussissons de la sorte à améliorer l'état de ce malade, il y aura lieu de supposer qu'il n'est pas atteint d'une affection tuberculeuse. L'hypothèse contraire sera confirmée, s'il continue à souffrir.

D'autre part, la question sera plus facilement résolue si, dans quelque temps, nous voyons survenir des symptômes de tuberculisation dans d'autres parties des voies urinaires.

C'est en effet une règle qui a été nettement établie par les travaux de M. Ricord et de M. Dufour, que, lorsqu'une affection tuberculeuse se développe sur une des parties constituantes de l'appareil génito-urinaire, les autres peuvent être tour à tour envahies par la tuberculisation si le malade ne succombe pas avant.

Sous ce rapport, cet homme est donc très-intéressant à étudier ; c'est pourquoi j'ai tenu à vous le signaler.

---

## HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

### Causes de la formation des caillots dans les sinus de la dure-mère (1).

VII

Obs. *Néphrite albumineuse chronique. — Attaque d'éclampsie. — Mort. — Thrombose des sinus de la dure-mère. — Thrombose des veines cérébrales. — Apoplexie capillaire et encéphalite. — Mort.* — V... Marie, âgée de douze ans, morte le 4 mai 1871, à l'hôpital des Enfants.

Elle avait une forte albuminurie non précédée de scarlatine. Elle eut subitement une attaque d'éclampsie qui dura vingt-quatre heures, puis elle se remit un peu, resta très-faible pendant deux jours et elle succomba.

*Autopsie.* — Je trouvai le *sinus longitudinal supérieur,* les *sinus latéraux* et le *pressoir d'Hérophile* remplis de caillots jaunes fibrineux élastiques peu adhérents, remplissant à moitié ces sinus; leur extrémité était rouge-noirâtre. Les veines méningées sont pour la plupart remplies de sang liquide et de caillots noirs assez durs, qu'on fait circuler dans leur intérieur. La *pie-mère* est fortement œdématiée à la convexité de l'encéphale, mais non à la base et, là où il y a de l'œdème, la suffusion séreuse est faiblement opaline, trouble, un peu grisâtre.

Dans le *cerveau,* à la partie postérieure de l'hémisphère gauche, il y a un foyer hémorrhagique d'infiltration rouge, gros comme un noyau de cerise, au centre duquel je trouve une veine dilatée par un caillot noir. Autour de ce foyer d'infiltration sanguine, il y a une zone ecchymotique jaunâtre, semée de petits points hémorrhagiques noirs et plus loin une foule d'autres petits foyers constituant ce qu'on appelait jadis apoplexie capillaire. Les ventricules latéraux sont un peu dilatés et la voûte a trois piliers ramollis par l'épanchement ventriculaire.

Dans les *poumons,* quelques noyaux de pneumonie chronique avec des tubercules caséeux, et plus loin des granulations grises pulmonaires, ganglions bronchiques tuberculeux.

*Reins* hypertrophiés avec substance corticale énorme, grisâtre, ramollie, graisseuse.

Le *péricarde* et le péritoine renferment beaucoup de sérosité.

Obs. *Albuminurie. — Convulsions finales. — Thrombose et phlébite des sinus de la dure-mère et des veines méningées.* — X..., âgée de neuf ans, entrée le 11 août 1873, morte le 8 octobre, au n° 21 de la salle Sainte-Catherine.

Enfant traitée antérieurement dans le service, pour une rougeole suivie de broncho-pneumonie.

Elle rentre avec une albuminurie brightique; anasarque généralisée, éclampsie finale, convulsions limitées aux muscles de la face et du cou.

A *l'autopsie,* faite trente-six heures après la mort, rien à noter que l'anasarque dans l'aspect extérieur du corps.

Dans la *poitrine,* épanchement pleural double de médiocre abondance. Adhérences assez résistantes du poumon gauche à la partie inférieure, pas d'adhérences à droite. A gauche, le poumon est farci de granulations grises demi-transparentes. La plèvre pariétale, dans les parties où elle tapisse le diaphragme et le péricarde, en est également couverte. A droite, à peine quelques granulations; pas de foyer caséeux. A gauche, petite masse caséeuse de la grosseur d'une noisette dans le lobe inférieur.

*Ganglions bronchiques* très-volumineux et caséeux, sans granulations, des deux côtés. A droite même, un de ces ganglions est en pleine suppuration.

Les glandes lymphatiques qui pénètrent dans les poumons, au niveau du hile, sont aussi des deux côtés en dégénérescence caséeuse, mais sans suppuration. Pas d'altération amyloïde.

Rien à noter dans le larynx, la trachée et les bronches.

Pas de tubercules, et peu d'épanchement dans le péricarde.

*Cœur* entièrement sain. Pas d'altération valvulaire, pas d'hypertrophie, pas d'état graisseux apparent. Caillots cruoriques des cavités droites.

Dans le *péritoine* ascite abondante. Pas de granulations sur la séreuse pariétale ni sur l'intestin.

Granulations disséminées sous la séreuse du foie et de la rate.

Le *foie* est ferme, de volume normal, et manifestement gras.

La *rate* renferme vers son bord antérieur un petit foyer caséeux gros comme un pois et non ramolli.

Les *reins* sont tous deux augmentés de volume. Leur tissu est pâle, décoloré, flasque et mou, comparable à de la chair lavée. Il ne renferme pas de granulations.

La capsule est peu adhérente et se détache avec facilité.

Dans l'*encéphale,* œdème des méninges et épanchement léger de sérosité dans les ventricules, dont les parois ne sont pas ramollies. Nulle part de granulations.

En examinant les veines de la convexité du cerveau, dans le voisinage du sinus longitudinal supérieur, on voit qu'elles sont oblitérées par des caillots fermes et adhérents, mais non encore décolorés. Cette oblitération offre en moyenne dans chaque veine de deux à trois centimètres d'étendue.

En ouvrant le *sinus longitudinal,* on le trouve obstrué dans toute son étendue par une coagulation fibreuse ancienne, adhérente et décolorée, qui se fragmente sous le manche du scapel.

Le pressoir d'Hérophile et la portion horizontale des sinus latéraux sont oblitérés par des caillots de même nature.

Dans la portion oblique des mêmes sinus, simplement des caillots noirs, mous, évidemment d'origine récente. Rien dans la veine jugulaire interne. Rien dans les autres sinus.

Dans ces deux observations d'albuminurie chronique, les convulsions qui ont terminé la vie se rattachent à l'œdème de la pie-mère, à la suffusion séreuse des ventricules, à la thrombose des sinus de la dure-mère et des veines méningées. Sur l'une de ces malades il y avait thrombose de quelques veinules du cerveau, ayant amené des ruptures veineuses et la formation de plusieurs foyers hémorrhagiques par infiltration capillaire.

### Phénomènes produits par la formation des thromboses dans les sinus de la dure-mère.

Ce qu'il y a d'intéressant dans l'étude que je fais des thromboses occupant les sinus de la dure-mère chez les enfants, c'est la recherche des symptômes qui les caractérisent et qui permettent d'en faire le diagnostic avec précision.

Je ne parle pas ici des nouveau-nés, que je n'ai pas assez observés. Ce que je vais dire ne s'applique qu'aux enfants de un à douze ans que l'on reçoit à l'hôpital de la rue de Sèvres. Eh bien, là, les troubles fonctionnels produits par la formation de caillots dans les sinus de la dure-mère sont tellement caractéristiques qu'il n'y a pas à se tromper sur leur signification.

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 juin 1879.

L'aphorisme suivant les résume en quelques mots :

*A la fin des maladies aiguës et dans le cours des maladies chroniques de l'enfance, une convulsion subite annonce une mort prochaine par obstruction cruorique et fibrineuse des sinus de la dure-mère.*

Cet aphorisme de diagnostic complète cet autre aphorisme sur le pronostic des convulsions en général :

*Chez les enfants, une convulsion initiale de maladie fébrile guérit toujours et annonce fièvre éruptive ou phlegmasie, car elle ne dépend d'aucune lésion cérébrale, tandis que les convulsions ultimes des maladies annoncent une lésion mortelle du cerveau, des méninges et des sinus de la dure-mère.*

Les choses se passent toujours comme je viens de le dire. Quand une maladie se prolonge, affaiblit et amaigrit un enfant, quelle que soit sa nature : coqueluche interminable suivie de pneumonie chronique; rougeole compliquée de broncho-pneumonie; bronchite tuberculeuse et phthisie; entérite chronique et adénite du mésentère ou carreau, etc. ; si l'on voit apparaître des convulsions partielles ou générales, avec perte de la connaissance, on peut être assuré qu'il se forme une thrombose des sinus annonçant une mort prochaine.

Ordinairement l'invasion est subite, et l'enfant a tout à coup des convulsions avec perte de l'intelligence et de la sensibilité. Une fois Biemer a vu la mort subite sans accidents convulsifs.

Ces convulsions sont rarement partielles.

Cependant, parmi les observations que je rapporte, il en est une où elles n'occupaient que les yeux, la bouche et étaient accompagnées de cyanose du visage, et dans deux autres cas elles occupaient une fois le côté gauche du corps, une fois le côté droit. Chez une autre enfant, après avoir agité le côté droit, elles ont passé dans le côté gauche.

Elles sont plus souvent générales, soit qu'elles débutent ainsi d'emblée, soit qu'elles deviennent générales après avoir été un moment partielles. Elles occupent les bras et les jambes. Dans mes observations, elles ont été générales vingt-deux fois sur trente-deux cas analysés. Elles sont surtout *cloniques* avec agitations continuelles, mais quelquefois *toniques* avec de la contracture des extrémités ou du renversement de la tête en arrière comme dans l'opisthotonos.

Une fois, ces convulsions ont été accompagnées d'hémiplégie. Cinq fois il y a eu de la contracture dans les doigts, dans les orteils et dans les poignets.

C'est surtout dans les yeux que les mouvements convulsifs et les contractures sont intéressants à observer. Presque toujours il y a du strabisme et de la déviation conjuguée des yeux par en haut sous la paupière supérieure, mais dans six cas j'ai noté la déviation conjuguée latérale des globes oculaires.

Ce phénomène, auquel on a fait jouer un rôle de révélateur en disant que la direction de la déviation conjuguée latérale droite ou gauche des yeux indiquait le côté de la lésion cérébrale, est loin d'avoir cette importance. C'est peut-être vrai chez les vieillards, mais la chose est tout à fait inexacte chez les enfants. J'ai très-souvent observé ce phénomène. Quelquefois il m'a indiqué l'hémisphère lésé, car la direction des yeux était du côté de la lésion, mais ailleurs il n'a rien révélé du tout, car la lésion était dans l'hémisphère opposé à la déviation; enfin, dans plusieurs autres faits, la déviation conjuguée des yeux existait un jour à droite, le lendemain à gauche, et à l'autopsie je n'ai trouvé ni tubercule, ni hémorrhagie, ni lésion des hémisphères. Chez les enfants, c'est en général un symptôme sans importance.

Avec les convulsions finales des maladies chroniques produites par la thrombose des sinus, il y a toujours du coma et une perte d'intelligence à peu près absolue.

Dans un seul cas, dont je n'ai pas retrouvé l'observation, cependant bien présente à mon souvenir, et qui est relatif à une enfant phthisique de quatorze ans, c'est-à-dire une adulte, il n'y a pas eu de convulsions, mais bien du *délire*. C'est qu'en effet, chez les adultes, la fin des maladies n'est annoncée que par un *subdelirium* ou un *délire* qu'on attribue à l'inanition, tandis qu'en réalité il résulte d'une thrombose des sinus. L'adulte peut délirer, mais le petit enfant ne peut que convulsionner. Le fait est très-curieux.

Arrivée à la dernière période de la phthisie pulmonaire tuberculeuse, l'enfant fut prise d'un demi-coma vigil mêlé de vrai délire. Je trouvai dans ses yeux à l'ophthalmoscope des thromboses veineuses rétiniennes qui me firent dire : Il y a des thromboses semblables dans les sinus et l'enfant ne tardera pas à mourir.

Quelle ne fut pas ma surprise ! Le délire cessa et l'intelligence revint momentanément. Cela dura huit à dix jours et les mêmes symptômes de divagation délirante reparurent. Cette fois l'enfant succomba, et je trouvai, à l'autopsie, des thromboses de deux âges dans les sinus de la dure-mère. Les unes étaient blanches, fibrineuses, compactes, anciennes et les autres cruoriques, demi-transparentes, ambrées, récentes. Il fut évident pour moi que la première obstruction des sinus n'avait pas été assez complète pour congestionner violemment le cerveau et amener la mort immédiate, que la circulation cérébrale avait pu se rétablir et permettre une prolongation de huit jours, mais qu'une seconde obstruction des sinus étant venue s'ajouter à ce qui restait de la première, la mort en avait été la conséquence.

La sensibilité est fort émoussée, souvent détruite, mais les mouvements réflexes persistent dans un certain nombre de cas.

Les convulsions produites par la thrombose des sinus à la fin des maladies chroniques durent de quelques heures à un ou deux jours. Dans un seul cas, dont l'observation est ici, je les ai vues durer pendant quinze jours.

Elles ont des paroxysmes et elles cessent un moment pour reparaître un peu plus tard, sous une forme un peu différente, tantôt plus fortes à droite et tantôt plus fortes à gauche. Leurs intermittences n'ont rien de régulier, mais elles finissent par être continuelles aux approches de la mort.

En même temps que se produisent les convulsions ultimes des maladies chroniques par suite de la thrombose des sinus, il se fait des stases et des thromboses semblables dans les veines de la rétine. La cérébroscopie au moyen de l'ophthalmoscope permet de les découvrir pendant la vie. On peut ainsi voir au fond de l'œil les signes de ce qui se passe dans le cerveau. Dans les faits soumis à mon examen, j'ai vu les veines rétiniennes larges, dilatées, remplies de petites thromboses flexueuses et souvent de thromboses noirâtres disséminées dans leur intérieur. La papille était gonflée, rouge et parfois infiltrée de sérosité qui s'étendait sur la rétine avoisinante.

C'est ce qui m'a permis de dire comme conclusion de l'examen ophthalmoscopique : œdème de la papille, œdème des méninges et du cerveau ; stases et thromboses veineuses

de la rétine, thrombose des canaux veineux de la dure-mère.

Maintenant, comment se terminent ces convulsions qui apparaissent dans le cours des maladies chroniques de l'enfance et qu'on doit rattacher à la thrombose des sinus? D'après ce que j'ai vu, la mort en est toujours la conséquence dans un délai qui varie de quelques heures à deux et trois jours. Aussi ai-je pu dire que les convulsions intercurrentes d'une maladie chronique indiquaient une mort prochaine. Dans les trente-cinq observations que je rapporte, ce pronostic s'est justifié. Mais, s'il est vrai que tous ceux qui sont morts dans ces conditions avaient une thrombose des sinus, ne pourrait-il pas arriver que, dans certaines maladies encore guérissables, une convulsion intercurrente produite par une thrombose des sinus ne gênant pas trop la circulation cérébrale puisse guérir? Cela n'est pas impossible. La végétation polypiforme du sinus pétreux de l'observation, lésion évidemment ancienne, semble prouver qu'une thrombose des sinus peut perdre son volume primitif et guérir. La chose est incontestable dans la thrombose des membres, car j'ai étudié dans les veines fémorales le phénomène de la phlegmatia alba dolens au bout de six mois.

Je crois donc, sans pouvoir justifier mon affirmation, que certaines thromboses des sinus peuvent guérir, si la maladie dans le cours de laquelle elles se montrent est elle-même guérissable et guérit. J'ai vu de ces faits en ville, mais la preuve de mon diagnostic est impossible à fournir. Je pense seulement que chez plusieurs enfants que j'ai suivis et chez lesquels il s'est développé de l'hydrocéphalie chronique avec augmentation de volume du crâne, après une convulsion, il a dû exister à cet instant une thrombose des sinus qui a été l'origine mécanique du mal. Je connais plusieurs enfants qui sont dans ce cas, et il m'en vient journellement à l'hôpital qui sont dans ces conditions. Quelques-uns me sont amenés par les parents tous les deux ou trois mois depuis plusieurs années, et j'utilise leur présence à ma clinique pour développer les idées que je viens de transcrire.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

### Phagédénisme syphilitique : phagédénisme tertiaire (1).

II

Conséquences. — Les conséquences du phagédénisme tertiaire sont naturellement différentes suivant qu'il s'agit d'un phagédénisme en surface ou d'un phagédénisme en profondeur.

*a*. Le phagédénisme en surface aboutit à constituer de larges ulcérations sur les diverses régions du tégument; on rencontre des ulcérations moyennes, considérables, énormes, monstrueuses même. Ainsi l'on a vu, du côté des organes génitaux, le phagédénisme dépouiller tout le gland, décortiquer tout ou partie de la verge, labourer la vulve, les grandes lèvres, le vestibule, le clitoris, ou, débordant les organes génitaux, envahir le scrotum et la région inférieure de l'abdomen. Sur le tronc, il parcourt parfois d'énormes étendues ; j'ai vu deux fois l'envahissement de tout le dos, puis des parties latérales et antérieures du thorax; sur le cou, toute la nuque, le cuir chevelu et la partie inférieure de la région dorsale ont été attaqués. De même, sur les membres, j'ai vu dans ces derniers temps un phagédénisme tertiaire occuper toute la longueur du bras, du deltoïde au poignet, sur une longueur de 37 centimètres.

Chez une femme, il y a quelques années, j'ai traité un phagédénisme qui avait dépouillé toute la cuisse, mis à nu le grand trochanter, et même dépassé le genou ; la plaie mesurait 42 centimètres de hauteur. La face et le crâne ne sont pas plus épargnés. Mais, si graves que soient ces désordres, ils n'approchent pas de ceux que produit le phagédénisme térébrant.

*b*. Le phagédénisme en profondeur ne fait pas seulement des plaies ulcéreuses, des destructions, des excavations et des mutilations ; il amène même la disparition intégrale de partie d'organes, de régions anatomiques même. Du côté des organes génitaux, c'est un gland crénelé, taillé en biseau, en bec de clarinette, réduit à un petit mamelon infime de la grosseur d'une cerise ; ce sont des corps caverneux rongés dans la moitié ou les deux tiers de la région pénienne, une verge horriblement mutilée et ne conservant plus qu'un maigre tronçon. La vulve, les grandes et petites lèvres, le clitoris et son capuchon, le vestibule, le tubercule uréthral, la fourchette, sont autant de victimes du phagédénisme, qui peut cribler toute cette région comme une véritable écumoire.

Sur le tronc et les membres, le phagédénisme aboutit à de vastes excavations, creusées dans l'épaisseur des tissus mous, des muscles, des os même qui peuvent être anéantis au point qu'il n'en reste pas un vestige. Vous avez vu, au n° 22 de la salle Saint-Thomas, une petite fille qui a été victime d'une syphilis contractée auprès de sa nourrice ; elle a tout le corps horriblement couvert de lésions phagédéniques ; non-seulement les deux avant-bras ont perdu la peau et les muscles, mais, d'un côté, le radius manque complètement dans son tiers inférieur et le cubitus fait défaut. Les extrémités des membres subissent des mutilations encore plus complètes et plus radicales, qui aboutissent à l'anéantissement des doigts, des orteils, ainsi que le témoigne, par exemple, cette pièce d'un malade d'abord traité par M. Desprès, et qui a perdu trois orteils amputés par le phagédénisme tertiaire. Dès que le diagnostic de la nature de cette lésion a été porté, le traitement spécifique a arrêté immédiatement les progrès du mal. J'ai vu un malade, guéri d'une phthisie syphilitique, perdre aussi trois orteils. En ville, j'ai vu aussi un talon tout entier rongé par le phagédénisme et enlevé comme par un coup de hache.

Le phagédénisme térébrant creuse des anfractuosités profondes dans les os du crâne, et il peut mettre le cerveau à nu comme vous avez pu le voir chez une infirmière de nos salles, dont le nez, le voile du palais, la gorge, plus le pariétal ont été rongés par le phagédénisme ; le cerveau a été mis à nu, on le voyait battre avec ses mouvements isochrones aux pulsations du cœur. Cette malade a servi aux recherches expérimentales de M. Franck.

C'est surtout à la face que le phagédénisme produit de regrettables difformités, et parfois les plus hideuses excavations creusées en différents points, échancrant les paupières, les lèvres, les oreilles, et surtout le nez, auquel il faut toujours revenir à propos du phagédénisme tertiaire. Tantôt il est évidé en entonnoir, tantôt échancré latéralement, tantôt ouvert à sa partie inférieure, tantôt perforé de part en part, tantôt détruit complètement, l'ouverture nasale n'étant

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 juin.

plus représentée que par un orifice triangulaire béant, rappelant tout à fait l'aspect d'une tête de mort.

Est-il besoin d'ajouter que les sujets porteurs de ces terribles délabrements deviennent des objets d'horreur et de répulsion, sont exclus de la vie commune, et languissent longtemps dans nos salles, séquestrés dans quelques asiles, et principalement à Saint-Louis qui est leur refuge et où vous pouvez constamment en rencontrer dans nos cours remplissant les fonctions d'infirmiers, les seules que leur permettent leurs mutilations ?

Telles sont les conséquences du phagédénisme tertiaire ; cependant elles sont parfois plus terribles encore, et, sans exagération et sans figures de rhétorique, on peut dire qu'en certains cas le phagédénisme a réduit les malades à l'état de véritable épouvantail. Vous citerai-je ici l'histoire encore récente d'un célèbre artiste que tout Paris avait applaudi, et qui, atteint de syphilis, n'avait toujours traité sa maladie que par le dédain? Les accidents tertiaires se compliquèrent de phagédénisme : ce malheureux était effrayant à voir, il ne lui restait plus de nez, plus de lèvre supérieure ; pas trace de voûte palatine ni de voile du palais ; le pharynx était passé à l'état de souvenir. Les os propres du nez avaient disparu ; le nez et la gorge n'étaient plus qu'un cloaque repoussant. C'est dans cette terrible situation que le marasme, la torture morale autant que les souffrances et les désordres organiques amenèrent une mort qui était plutôt une délivrance.

Alibert raconte l'histoire d'un malade, qui avait le corps criblé d'ulcères qui s'agrandirent tous au point de se réunir en une seule plaie ; il ne restait plus de peau sur toute la surface du corps qui n'était plus qu'une vaste croûte suppurante.

Il est des cas où l'incroyable le dispute au monstrueux, où les lésions ont été telles qu'elles dépassent tout ce qu'on pourrait imaginer. Ne dirait-on pas un roman que l'observation suivante rapportée par un maître éminent, Delpech (de Montpellier)? Le phagédénisme avait détruit tout le nez, tout le visage, les fosses nasales, le voile du palais et sa voûte osseuse, tout le rebord alvéolaire des maxillaires, puis la base du crâne. Le malade avait perdu les os propres du nez, le vomer, l'ethmoïde, les unguis, les deux maxillaires, les palatins, tous les cornets, les os malaires, le frontal, une partie du sphénoïde et de l'occipital. Le cerveau avait été successivement envahi ; quatre sens avait disparu ; la paralysie occupa les quatre membres, si bien qu'à un moment, le malade était réduit à l'état d'une statue immobile, d'un automate ne tenant plus à la vie que par les fonctions végétatives. Il resta cinq mois dans cet état ; un jour survint une crise affreuse, avec étouffements : il vomit une masse énorme qui n'était autre qu'un fragment osseux, l'apophyse basilaire de l'occipital. Plus tard le malade guérit, recouvra son intelligence, ses sens, et se rétablit ! Vous le voyez, l'histoire d'un malade qui vomit son occipital n'est pas un roman pathologique ; elle est signée du nom d'un grand chirurgien. Ce récit vous donnera, je pense, une idée des conséquences du phagédénisme tertiaire.

Symptômes généraux. — L'état général du malade peut rester indemne, même dans des cas où le phagédénisme a pris des proportions considérables. Ainsi j'ai vu un jeune homme, à qui un phagédénisme térébrant avait coûté la moitié de la verge, n'éprouver pas la moindre fièvre, ni le moindre phénomène de réaction ; il disait ne s'être jamais si bien porté que pendant les moments où il perdait sa verge. De même la jeune femme dont le phagédénisme avait dévoré le grand trochanter et la cuisse, continua pendant trois ans sa vie folâtre du demi-monde. Elle était, pour le reste, absolument bien portante.

Mais il est des cas d'un autre genre, dans lesquels le phagédénisme retentit sur l'état général, aux degrés les plus divers, au point d'amener même le marasme et la mort. Comment en serait-il autrement? Comment des lésions aussi formidables ne réagiraient-elles point sur l'économie, et par des voies multiples, par les suppurations abondantes longtemps entretenues, par le repos prolongé, par l'alanguissement des fonctions digestives, par les dyspepsies et la constipation qu'entraîne le séjour prolongé au lit, par la douleur, par les hémorrhagies, par l'insomnie, par les troubles de la déglutition et de la mastication, etc., enfin par l'état habituel qui est la conséquence presque fatale d'une situation véritablement pitoyable, et qui ne peut soustraire le patient au désespoir le plus légitime? Tel est l'état de ceux qui perdent tout ou partie de la verge ; ils tombent dans l'accablement, dans la prostration physique et morale, prennent la vie en dégoût et ne résistent pas aux idées de suicide. Ainsi un jeune homme, qui avait perdu la moitié de sa verge par un phagédénisme tertiaire, termina son existence par un coup de pistolet.

Terminaisons. — Il y a trois modes de terminaison du phagédénisme : la cicatrisation, la chronicité indéfinie, la mort. 1° La terminaison la plus favorable et heureusement la plus commune est la cicatrisation. Il se produit une cicatrice large, étalée, régulière : c'est une difformité, mais cela n'affecte pas les fonctions vitales. Cependant il peut survenir des accidents ultérieurs, des rétractions inodulaires, des brides tendineuses (comme par exemple chez notre infirmière de la salle Sainte-Marthe), des rétractions qui modifient l'attitude des parties, qui rendent l'érection oblique, latérale, coudée, infléchie en un sens ou en l'autre, qui limitent les mouvements de flexion et d'extension, qui rétrécissent, oblitèrent même les cavités, méat urinaire, fosses nasales, vagin, rectum, paupières, pharynx, etc. Ce mode de guérison survient après un temps variable, selon l'étendue de la lésion et l'efficacité du traitement, quelquefois en quelques semaines, quelquefois en une, deux, trois, cinq années. 2° Il se peut que la guérison n'arrive jamais, mais c'est tout à fait exceptionnel. Je n'ai vu que deux cas de phagédénisme du visage, qui, malgré tout, ont résisté à tous les essais ; l'un datait de dix ans, l'autre de seize ans. 3° La mort est une terminaison plus fréquente, bien qu'elle soit peu commune comparativement aux cas de guérison. L'épuisement progressif, les complications locales, les troubles fonctionnels, sont autant de causes beaucoup trop suffisantes pour amener une terminaison fatale.

Pronostic. — Une maladie qui peut aboutir à la mort ou à des mutilations considérables comporte nécessairement un pronostic très-grave.

Le pronostic de phagédénisme est grave pour deux raisons : d'abord comme lésion ulcéreuse, et surtout comme traduction d'une malignité inhérente à cette individualité morbide, insaisissable dans sa nature, mais vraiment réelle et trop manifeste. Cette gravité s'atteste par plusieurs ordres de considérations, par le génie même du phagédé-

nisme. 1° Le phagédénisme tertiaire a pour prélude le phagédénisme chancreux; les premiers accidents syphilitiques ont été graves, généralement pustulo-ulcéreux. En vertu de la relation habituelle entre les caractères du chancre, la lésion initiale et les accidents ultérieurs, la disposition maligne se retrouve dans le phagédénisme. 2° Le phagédénisme tertiaire s'accompagne souvent d'autres phénomènes tertiaires ; des lésions multiples existent en même temps chez le même sujet. Cette dissémination, cette multiplicité dénote une cause interne, une cause générale à laquelle il faut toujours rapporter les accidents présentant ce caractère. 3° La facilité avec laquelle se produisent les récidives révèle encore cette gravité. C'est presque une loi absolue que le malade atteint de phagédénisme tertiaire doit toujours craindre les récidives *in situ* ou ailleurs. En voyant leur corps constellé de cicatrices de divers genres, on peut s'assurer que le phagédénisme a sévi sur eux à diverses époques. Vous avez vu une femme dont le phagédénisme guttural a récidivé cinq fois en deux ans. Une ulcération étant à peine guérie en un point, une autre apparaît dans le voisinage, et ainsi de suite.

La fréquence des récidives démontre donc que le phagédénisme est l'effet d'une cause interne contre laquelle le médecin doit toujours être prêt à lutter : une guérison obtenue, il faut s'attendre à des assauts ultérieurs.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juillet 1879. — Présidence de M. RICHET.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes-rendus des épidémies observées en 1878 dans les départements des Alpes-Maritimes, de la Charente, d'Eure-et-Loir, de Saône-et-Loire, de l'Ardèche, des Ardennes, de la Haute-Vienne, du Finistère, de la Haute-Marne, de la Loire (arrondissement de Saint-Étienne), du Gers et de la Nièvre. (Commission des épidémies.)

L'administration communale de Bruxelles avertit l'Académie que tous les travaux de statistique démographique et médicale lui seront expédiés régulièrement.

La correspondance non officielle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Batemann, de Norwich (Angleterre), demandant à être inscrit au nombre des candidats au titre de membre correspondant; 2° un travail de M. Verrier concernant un fœtus ectromélien; 3° un rapport sur les épidémies qui ont sévi dans l'arrondissement de Château-Gontier (Mayenne).

M. LE PRÉSIDENT annonce que la séance annuelle aura lieu le 15 juillet prochain.

M. LE PRÉSIDENT annonce, en outre, que M. le docteur Notta (de Lisieux), membre correspondant, assiste à la séance.

### DISCUSSION SUR L'OSTÉOMYÉLITE

M. COLIN, à propos de la discussion sur l'ostéomyélite de l'adolescence, fait connaître le résultat d'expériences qu'il a entreprises sur les animaux dans le but d'étudier les conditions au milieu desquelles cette affection peut se produire.

Voici les conclusions qui terminent ce mémoire :

« Des expériences dont le résumé vient d'être donné, je crois pouvoir, sous toutes réserves, tirer les conclusions suivantes :

« La trépanation simple des os des membres, sur les sujets jeunes comme sur les adultes, la moelle demeurant exposée au libre contact de l'air, ne suffit pas pour déterminer une ostéomyélite appréciable.

« L'introduction à demeure dans le canal médullaire de stylets non oxydables, comme ceux de platine, même d'argent, ne provoque qu'une ostéomyélite simple, non suppurante, sans extension notable de l'irritation aux couches extérieures de l'os et du périoste. Celle de stylets oxydables, tels que ceux de zinc ou de cuivre, en irritant à la fois mécaniquement et chimiquement, donnent une ostéomyélite grave, s'étendant rapidement à l'ensemble de l'os, au périoste et au tissu cellulaire. En ce dernier cas, elle réalise en même temps l'ostéomyélite et la périostite phlegmoneuse. Sous l'influence de ces irritations, les os des sujets jeunes ou presque adultes peuvent en quelques semaines, au plus en un mois, un mois et demi, se gonfler, perdre leur consistance, même dans la couche compacte et éprouver des déformations considérables; de plus, leur périoste peut s'injecter, s'infiltrer, comme dans la périostite phlegmoneuse.

« Dans tous les cas ces sortes d'irritations mécaniques ou chimiques paraissent difficilement provoquer la suppuration; d'où l'on est porté à penser que l'ostéomyélite suppurante observée par les cliniciens devient telle par suite de conditions spéciales, d'états de l'organisme, de causes prédisposantes, que l'expérimentation n'est pas en mesure de faire intervenir.

« Le contact prolongé de l'air semble être sans action fâcheuse, aussi bien sur le périoste et sur l'os que sur le tissu médullaire. L'action irritante de ce fluide, de ses germes, de ses poussières; de ses matières organiques ne suffit pas pour donner à l'ostéomyélite la forme suppurante, ni pour provoquer des accidents putrides; au moins, des vingt-deux grands os trépanés et à moelle irritée par des stylets maintenus en permanence dans le canal médullaire, aucun, sur huit animaux, n'est devenu le siège de telles complications.

« L'application même réitérée de substances putrides à la surface des plaies et aux ouvertures faites au canal médullaire des os est sans influence marquée sur la suppuration. Elle ne donne ni un mauvais aspect aux plaies ni des propriétés infectieuses au pus. Enfin cela ne retarde pas sensiblement la cicatrisation dans les conditions expérimentales, en présence de tissus sains et en l'absence de prédisposition à la pyogenèse et aux accidents septiques. »

M. LE PRÉSIDENT déclare, personne n'étant plus inscrit pour la discussion sur l'ostéomyélite des adolescents, que cette discussion est close.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté, en date du 26 juin 1879, le nombre des places d'agrégés près ces Facultés de médecine, mises au concours par l'arrêté du 14 juin 1879 (voir la *Gazette des hôpitaux*, 1879, page 550) est porté de trente-cinq à trente-huit, savoir :

*Section de médecine* (pathologie interne et médecine légale), 13 places, dont 4 pour Paris, 2 pour Bordeaux, 3 pour Lyon et 4 pour Montpellier.

*Section de chirurgie et accouchements* : 1° pathologie externe, 8 places, dont 3 pour Paris, 1 pour Bordeaux, 2 pour Lyon, 1 pour Montpellier et 1 pour Nancy. — 2° Accouchements : 5 places, dont 1 pour Paris, 1 pour Bordeaux, 1 pour Lille, 1 pour Lyon et 1 pour Montpellier.

*Section des sciences anatomiques et physiologiques* : 1° anatomie et physiologie, 3 places, dont 1 pour Paris, 1 pour Bordeaux et 1 pour Lyon. — 2° Histoire naturelle : 3 places, dont une pour Lille, 1 pour Lyon et 1 pour Nancy.

*Section des sciences physiques* : Physique, 2 places, dont 1 pour Lyon et 1 pour Montpellier. — 2° Chimie et toxicologie, 2 places, dont 1 pour Paris et 1 pour Nancy. 3° Pharmacie, 2 places, dont 1 pour Bordeaux et 1 pour Lyon.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8421.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Ulcérations scrofuleuses du pharynx et de la langue.

La rareté des ulcérations scrofuleuses de la langue est telle que l'année dernière, dans sa thèse d'agrégation où il a résumé tous les travaux récents sur les *scrofulides des muqueuses*, M. Looten s'exprimait ainsi à ce propos :

« Dans le cours de cette étude, un fait nous a frappé d'une manière toute particulière, c'est l'immunité dont paraît jouir la muqueuse linguale vis-à-vis de la scrofule.

« Nous ne parlerons pas ici des glossites ou plutôt des stomatites des scrofuleux, bien que tous les auteurs indiquent la scrofule comme une des causes de cette lésion; mais nous voulons insister sur ce fait, à savoir que la *muqueuse linguale n'est jamais envahie par les ulcérations scrofuleuses*; ou, si elles existent dans des cas tout à fait exceptionnels, on les observe du côté de la base de la langue, près de l'épiglotte.

« Dans l'observation citée par M. Homolle, les ulcérations siègent vers la base, à la limite de la portion de la muqueuse qui est accessible à l'examen direct. *C'est le seul exemple d'ulcération scrofuleuse de la muqueuse que nous connaissions.* »

Le fait auquel M. Looten fait ici allusion forme la seconde observation de la thèse de M. Homolle.

Il s'agit d'un homme de vingt-sept ans, ayant eu deux blennorrhagies, mais non syphilitique, atteint d'un lupus qui lui avait rongé en partie le nez et les joues, et dont la lèvre supérieure dans toute sa portion muqueuse, une partie de la lèvre inférieure, la muqueuse des joues, celle des gencives, celle de la voûte palatine, étaient couvertes de lésions tuberculo-ulcéreuses plus ou moins profondes.

« Quant aux piliers antérieurs, dit M. Homolle, ils sont un peu mamelonnés, et c'est par eux que les lésions du voile du palais semblent se relier à celles dont je vais parler maintenant.

« Vers la base de la langue, à la limite des parties qu'il est possible de découvrir par l'examen à la simple vue, sont deux éminences tuberculeuses. L'une, antérieure, située au côté gauche de la ligne médiane, a le volume et la saillie d'un petit pois; sa forme est assez régulièrement ovalaire, ses bords sont nets, sa surface présente quelques saillies papillaires peu prononcées; sa coloration est plus pâle, plus jaunâtre, plus mate que celle des parties voisines; sa consistance est ferme. En arrière de ce tubercule en est un autre moins volumineux, mais de même apparence, entouré lui-même d'éminences moins distinctes, qui se confondent avec les grosses papilles de la base. »

Ainsi les lésions de la langue n'étaient pas nettement ulcéreuses, mais tuberculeuses ; et c'était le seul cas connu où la scrofule, dans ses manifestations profondes, eût atteint la langue.

C'est pourquoi, malgré ce fait unique, M. Looten, insistant encore sur l'affirmation déjà si nette dans les passages que nous avons soulignés plus haut, a pu ajouter :

« Comment se fait-il que les ulcérations scrofuleuses du pharynx, qui ont une tendance si manifeste à l'envahissement, s'arrêtent sur les limites de la muqueuse linguale? Pourquoi les ulcérations tuberculeuses et syphilitiques y sont-elles relativement si communes? Pourquoi la langue est-elle si facilement envahie par certaines tumeurs, par l'épithéliome, par exemple? Y a-t-il des dispositions anatomiques ou bien des conditions physiologiques qui expliquent cette absence de lésions?

« Nous devons nous borner à attirer l'attention sur ces faits; il nous semble qu'au point de vue des rapports de la scrofule avec la syphilis, la tuberculose et l'épithéliome, *il y aurait un intérêt réel à les étudier avec une scrupuleuse attention.* »

Or, en ce moment, dans le service de M. Bourdon, se trouve une malade, non syphilitique, atteinte d'ulcérations de la langue et d'ulcérations du pharynx, sans lupus de la face, sans complication de lésions ulcéreuses ou tuberculeuses du côté de la voûte palatine, des gencives, des joues ou des lèvres, mais couverte de cicatrices remontant à la première enfance et qui ne permettent pas de douter qu'elle soit scrofuleuse.

Ce fait est beaucoup plus probant que celui de M. Homolle, puisqu'il ne s'y agit plus seulement d'une simple propagation, par continuité de tissu, jusqu'à la base de la langue, de lésions occupant tout le haut de la bouche et les piliers du voile du palais.

Il contredit d'une manière formelle la théorie qui exclurait la langue des scrofulides ulcéreuses.

Il mérite donc au plus haut point l'étude la plus attentive, et cette étude est facile à faire, car cette femme, non encore guérie, ne quittera pas sans doute avant quelques semaines le lit qu'elle occupe à la Charité, n° 21, salle Saint-Basile.

Voici en peu de mots l'histoire de cette femme, d'après les renseignements fournis par elle-même et qui paraissent tous exacts, car, pour toute la période passée à l'hôpital, ils concordent absolument avec les souvenirs de M. Bourdon et des élèves du service.

Sa malade actuelle ne semble pas remonter à beaucoup plus de trois mois, mais elle a toujours été délicate, et, en outre, elle est couturée de longues cicatrices scrofuleuses au cou, des deux côtés, vers l'angle de la mâchoire, et aux deux avant-bras, un peu au-dessous du coude.

Pâle, mince, ayant la peau à demi transparente, les cheveux roux, elle est loin de porter son âge. A peine lui donnerait-on de dix-huit à vingt ans; et elle en a plus de vingt-trois. Elle s'est du reste formée très-tard. Elle avait près de dix-neuf ans quand elle a été menstruée, et ce fut d'abord d'une façon fort irrégulière. Les règles ne se rétablirent qu'après une première interruption de près de trois mois. On sait l'importance que le regretté professeur Lorain attachait à ce qu'il nommait l'*infantilisme* chez la femme et le *féminisme* chez l'homme. Il y voyait l'indice d'une constitution tout particulièrement prédisposée aux manifestations de la tuberculose ou de la scrofule. L'aspect de cette femme rappelle à merveille les descriptions de ce savant maître.

Elle raconte pourtant qu'elle n'avait jamais eu, jusqu'à ces derniers temps, pendant toutes les années dont elle a gardé le souvenir, c'est-à-dire à partir de sa première enfance, aucune affection qu'on puisse rattacher à la scrofule, sauf une ophthalmie qui l'a très-longtemps fait souffrir.

Les cicatrices de son cou et de ses avant-bras remonteraient donc à une date fort reculée; et depuis lors elle n'aurait eu ni plaie, ni abcès, ni tumeur, ni gonflement ganglionnaire.

Elle ne se rappelle pas non plus que ni son frère ni aucune de ses sœurs ait jamais rien eu de ce genre. L'une de ses sœurs est pourtant frêle et délicate comme elle-même. L'autre, au contraire, comme le frère, est très-robuste.

Elle ne sait pas comment se portait sa mère, qu'elle a perdue ayant trois ans. Quant à son père, marin de la côte de Saint-Malo, il était asthmatique et toussait sans cesse. Il est mort il y a cinq ans, à l'âge de soixante ans.

Il n'y a que trois ans qu'elle habite Paris, où elle était venue se placer comme femme de chambre. Jusqu'alors elle était restée dans son pays natal, au bord de la mer, dans des conditions hygiéniques satisfaisantes.

A Paris elle a eu de grandes fatigues. On recevait beaucoup dans la maison où elle servait, et il lui arrivait souvent de ne pas se coucher avant deux ou trois heures du matin, ce qui ne l'empêchait pas de se lever à cinq. En outre, elle cirait les parquets, quatre grandes pièces tous les jours. Elle a toujours été sujette à des maux de tête, à des maux d'estomac, à des douleurs de dos entre les deux épaules. Quelquefois elle se trouvait mal; elle pleurait facilement sans cause. En outre, elle avait des maux de gorge assez fréquents et des rhumes persistants qui revenaient presque tous les hivers.

L'été dernier, elle fut atteinte d'un érysipèle de la face, à la suite duquel elle alla passer environ un mois dans sa famille, à Saint-Malo. Elle y prit des bains de mer, et y contracta un mal de gorge qui durait encore alors qu'elle revint à Paris, et qui ne s'y dissipa qu'au bout de quelques semaines.

Tels sont les commémoratifs.

Ce fut vers la fin de l'hiver suivant, au mois de mars de cette année, qu'à l'occasion d'un nouveau mal de gorge, on aperçut pour la première fois des ulcérations sur le pharynx.

De ces ulcérations, la plus importante siégeait sur le voile du palais, vers sa base, à peu près sur la ligne médiane. Presque aussi grande qu'une pièce d'argent de 20 centimes, elle présentait des bords saillants d'un rouge vif, taillés à pic comme à l'emporte-pièce, un fond mamelonné, grisâtre, comme gangreneux. D'autres, semblables, mais plus petites, se trouvaient sur les piliers du voile du palais et sur la luette. Elles n'étaient pas indolentes, mais, au contraire, le siège de douleurs assez vives, qu'exaspéraient les mouvements de déglutition et le contact des aliments.

Leur aspect pouvait faire songer à la syphilis, et cette hypothèse fut étudiée avec le plus grand soin dans le service de M. Bourdon. Mais l'absence de tout engorgement ganglionnaire à la région précervicale écartait l'idée d'accidents primitifs, de chancres indurés portés directement par contagion sur le pharynx. Quant à des accidents tertiaires, à des gommes ulcérées, pour les admettre il aurait fallu trouver dans l'histoire de cette malade quelque chose de concordant, tandis qu'au contraire tout tendait également à faire penser qu'elle n'avait pas eu la vérole. On ne trouvait nulle part de chaîne ganglionnaire; elle n'avait jamais eu d'éruption suspecte, et les dames qu'elle servait l'avaient en grande estime.

D'ailleurs, s'il était impossible de découvrir, en dehors des ulcérations, le moindre indice de syphilis, soit acquise, soit congénitale, on avait sous les yeux, dès le premier regard, les stigmates les plus évidents de la scrofule, sous forme de longues cicatrices irrégulières et adhérentes. Le traitement fut institué en conséquence : huile de foie de morue, extrait de quinquina, chlorate de potasse, attouchements avec le coaltar, cautérisations très-légères avec le nitrate d'argent.

L'amélioration fut très-rapide. Au bout de trois semaines, les ulcérations étaient presque complètement cicatrisées, et la malade, se croyant guérie, voulut partir à la campagne avec ses maîtres.

Elle y resta environ quinze jours, puis, reprise de nouvelles douleurs à la gorge, et, cette fois, souffrant en outre de la langue, elle revint à Paris exprès pour rentrer dans le service de M. Bourdon.

Les anciennes ulcérations du voile du palais et de la luette s'étaient reproduites, une nouvelle avait paru vers le milieu du bord droit de la langue. Elle était grosse comme un pois et avait les bords taillés à pic.

On voulut remettre la malade à l'huile de foie de morue; mais elle déclara qu'elle ne pouvait plus la supporter. En conséquence, on lui fit prendre de l'iodure de potassium, que l'on monta jusqu'à la dose de 3 grammes par jour.

Durant cette médication, les ulcérations du pharynx se cicatrisèrent de nouveau rapidement. Mais, bientôt après, elles reparurent, alors qu'on n'avait point cessé d'administrer les mêmes remèdes aux mêmes doses.

Cette troisième fois même, la maladie se compliqua d'accès de suffocation, qui se reproduisirent à plusieurs reprises et, devenant de plus en plus violents, nécessitèrent la trachéotomie.

Cette opération fut pratiquée, il y a trois semaines. Bientôt après, on put enlever la canule ; toute oppression avait disparu ; depuis la fin de la semaine dernière, la plaie est complètement fermée.

De leur côté, les ulcérations pharyngiennes s'étaient encore cicatrisées ; on en était revenu à l'huile de foie de morue, enfermée cette fois dans des capsules molles.

Considérée comme en convalescence et déjà sur le point de sortir, la malade, il y a quelques jours, eut dans la salle une discussion vive, à la suite de laquelle elle refusa toute nourriture pendant vingt-quatre heures. Ce fut l'occasion d'une troisième rechute.

Quand on examine la gorge aujourd'hui, on voit sur le voile du palais, non loin de sa ligne d'union avec la voûte palatine, une série d'ulcérations qui seraient chacune à peu près rondes et du volume d'une lentille ou d'un pois si elles étaient isolées, mais qui s'unissent et se confondent les unes avec les autres, formant par leur ensemble une sorte de fer à cheval dont le centre serait vers la base de la luette. Le fond est grisâtre. Le bord commun, ondulé, est rouge et assez saillant ; tout autour les tissus ont l'aspect normal. Une ulcération beaucoup moins profonde, à peine visible, peu étendue, siège dans le fond du pharynx vers la partie moyenne. La luette, ulcérée, est très-courte ; on voit qu'elle a subi une perte de substance assez importante, par le fait d'ulcérations antérieures.

Sur la langue on remarque à droite, vers le milieu du bord, une ulcération, grosse comme un gros pois, profonde de plus d'un millimètre, dont les bords sont taillés à pic ; un peu en arrière, du même côté, se trouve une autre ulcération, plus petite que la précédente. A gauche, plus en arrière encore, sur la face supérieure, à un centimètre environ du bord, on remarque une ulcération moins profonde, mais plus étendue, dont les limites postérieures sont difficiles à découvrir.

Il est probable que les accès de suffocation qui ont motivé la trachéotomie, ainsi qu'un autre accès tout à fait passager qui s'était produit lors de la seconde rechute, avaient pour cause un œdème laryngé du voisinage, occasionné par une ulcération de ce genre.

En résumé, on voit que les ulcérations gagnent de plus en plus de terrain à chaque nouvelle récidive. Limitées d'abord au voile du palais, elles ont bientôt envahi la langue, et la présence de l'une d'elles dans le voisinage de l'épiglotte s'est traduite par une gêne dans la respiration, qui a disparu en quelques jours avec sa cause.

En effet, leur évolution est rapide : elles apparaissent, croissent et se cicatrisent dans l'espace de quelques semaines ; puis il se fait bientôt une nouvelle poussée : nous assistons à la quatrième.

C'est là un premier point tout à fait insolite. Personne n'avait noté une marche aussi capricieuse dans les angines ulcéreuses liées à la scrofule.

On peut penser que le traitement y est peut-être pour quelque chose. Mais, ce traitement ayant varié, les résultats ont été les mêmes, et la troisième récidive s'est produite, sans cause connue, alors que la médication par l'iodure de potassium était continuée aux plus hautes doses.

Quant à l'aspect des ulcérations, il s'écarte également beaucoup des descriptions classiques de la scrofulide ulcéreuse, pour se rapprocher bien davantage, surtout sur le voile du palais et sur la langue, de celle des ulcérations succédant aux gommes syphilitiques.

Il faut même noter que, dans le tableau du diagnostic différentiel des angines syphilitiques et des angines scrofuleuses donné par M. Looten, d'après la thèse de M. Feugère, les signes suivants : « bords arrondis, circulaires, taillés à pic,... faits comme par un emporte-pièce... ulcération grisâtre, blafarde, qui paraît être le siège d'un travail de mortification de gangrène, dont le fond lardacé est recouvert d'une couche blanchâtre, putrilagineuse, comme gangreneuse,... parties voisines de l'ulcération n'offrant pas une teinte vineuse... », en un mot les points essentiels de la description donnée ci-dessus sont indiqués comme caractéristiques de la syphilis.

Il est vrai que déjà, dans sa très-bonne thèse faite en 1875, M. Homolle a eu soin d'insister sur les difficultés que présente souvent dans la pratique ce diagnostic différentiel entre les angines scrofuleuses et les angines syphilitiques.

Dans le cas qui nous occupe, je crois qu'il faut admettre l'absence de syphilis.

Aucun ganglion ne se rencontre dans les régions occipitales ; un seul, gros comme un haricot, se trouve vers la base du cou, dans cette région où se déversent les lymphatiques pulmonaires, comme l'ont démontré les préparations de M. Richet et de ceux qui concouraient en même temps que lui pour la place d'aide d'anatomie.

Il n'y a pas non plus de ganglions engorgés ni dans les régions cervicales, ni dans les aines.

Ainsi pas d'adénopathie, pas d'alopécie, pas d'éruption suspecte d'aucune sorte. Sur la conduite, les renseignements les meilleurs et que tout confirme. Une absence complète de tout accident imputable à la syphilis pendant vingt-trois ans, ce qui ne permet guère la supposition d'une syphilis congénitale.

Que faut-il conclure ?

Qu'en dehors des formes d'angines scrofuleuses déjà connues et dont quelques-unes sont elles-mêmes si embarrassantes pour le diagnostic différentiel, il faut encore en admettre une se rapprochant par son aspect de l'angine syphilitique et très-remarquable par son évolution, par ses récidives fréquentes, non-seulement sur les cicatrices, mais sur des parties épargnées d'abord, par la rapidité avec laquelle elle cède, sauf à reparaître.

Il resterait à comparer cette espèce d'ulcérations aux ulcérations tuberculeuses, qui, sur la langue, leur ressemblent tant. A ce propos, je dois dire que la malade, auscultée avec un grand soin, n'offre jusqu'ici aucun signe de tubercules dans les poumons.

Il resterait aussi à poser la question du siège anatomique, à se demander aux dépens de quel organule, de quel tissu, soit normal, soit pathologique, ces ulcérations se produisent.

Mais à quoi bon des hypothèses ? Il suffit d'appeler sur ce point l'attention de ceux qui pourront l'élucider par des recherches histologiques.

### Pneumonie du sommet.

Dans le service de M. Richard, suppléant de M. Vulpian à la Charité, se trouve en ce moment un malade, à propos duquel se soulève une question grave, celle des pneumonies du sommet et de leur marche.

Il y a là une cause d'erreurs de diagnostic trop fréquente dans la pratique et sur laquelle M. le professeur Peter a insisté avec raison.

Trop souvent on croit à une phthisie, à une pneumonie caséeuse, alors qu'il s'agit simplement d'une de ces pneumonies à siège insolite, à résolution lente, qui se produisent d'ordinaire chez des individus débiles ou affaiblis.

Chez les enfants, M. Bouchut a décrit ce genre de pneumonie. A cet âge, ce n'est pas très-rare; j'en ai rencontré quelques cas, et j'avoue que le premier, chez un ami intime dont l'enfant me tenait au cœur autant que s'il eût été le mien, cette pneumonie du sommet avec matité absolue m'a causé d'abord le plus grand effroi. Tout s'est terminé à merveille, et il en a été de même chez d'autres enfants que j'ai vus plus tard présenter les mêmes symptômes.

Mais chez un vieillard, un jeune homme, un adolescent, déjà mal portant, quand, n'ayant pas d'ailleurs assisté au début du mal, on rencontre, dans un des sommets des poumons, cette matité absolue avec du souffle, de la bronchophonie, parfois d'une résonnance presque caverneuse, ce ne peut être sans une certaine appréhension qu'on se demande s'il s'agit là d'une pneumonie simple.

En tout cas, il est bon d'avoir bien dans l'esprit cette hypothèse favorable.

Il faut savoir que les pneumonies simples, non caséeuses, du sommet ont assez souvent une marche chronique d'emblée pour ainsi dire.

La défervescence s'accomplit. Les râles humides du début se dissipent pour faire place à des bruits de souffle, qui finiront par disparaître sans râles crépitants de retour. Une période torpide d'induration locale, d'hépatisation plus congestive que réellement inflammatoire, sans grande réaction générale, s'établit, pour une durée indéterminée, parfois des semaines, ou parfois des mois entiers.

Dans des pneumonies de la base, on a également signalé la persistance des signes physiques une fois là fièvre tombée et la maladie terminée dans son évolution aiguë.

Mais cette persistance, d'autant plus rare du reste que la pneumonie est plus franche, que le sujet est plus vigoureux, est infiniment plus inquiétante lorsqu'il s'agit du lieu d'élection des affections tuberculeuses.

D'ailleurs sait-on bien jusqu'à quel point la pneumonie à résolution lente, quelle que soit sa simplicité primitive, sera innocente dans ses suites?

C'est une cause de débilitation pour l'organisme, de plusieurs manières, par la gêne qu'elle amène directement dans l'hématose, par l'anorexie qui en résulte le plus habituellement, par le régime d'homme malade, sans grand exercice, qu'elle impose.

Ce seraient déjà là des conditions mauvaises pour quelqu'un de prédisposé aux tubercules.

Et, d'une autre part, ne sait-on pas que, tout en étant incapable de donner naissance à une diathèse, soit tuberculeuse, soit cancéreuse, etc., une irritation locale peut souvent déterminer sur le point où elle porte la manifestation de la diathèse en puissance ?

Si cette vérité était mise en doute, les faits se presseraient en foule pour la prouver.

Une transformation sur place est donc possible, est donc à craindre, tant qu'il reste encore quelque chose de cette pneumonie du sommet.

Il convient de s'en préoccuper, dans une mesure raisonnable; il est indiqué d'en hâter, le plus possible, la résolution, particulièrement par les révulsifs, qui agissent très-bien en cas pareils.

De petits vésicatoires volants, grands comme des timbres-poste, et qu'on renouvelle tous les deux jours de place en place sur la région où l'on trouve de la matité, peuvent être très-utiles, aussi bien dans les cas de pneumonie vraie que dans ceux de simple congestion pulmonaire.

Dr Victor REVILLOUT.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Vergetures de la peau dans la fièvre typhoïde.** — M. Bouchard a observé trois faits notoires dans lesquels des vergetures occupant la peau au niveau des grandes articulations, dans le sens de l'extension, se sont développées pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Ces vergetures rappellent tout à fait celles qui surviennent pendant le cours de la grossesse. Elles étaient transversales et siégeaient, soit sur la face antérieure de la cuisse, soit sur la partie postérieure du bras. Elles paraissent indélébiles. C'est chez les adolescents qu'elles sont observées, et il est vraisemblable qu'elles sont le résultat de l'accroissement excessif du tissu osseux, sans participation du tégument externe, sans développement parallèle de la peau, surtout dans les points où la peau subira un traitement, c'est-à-dire au niveau des jointures où se se passent de grands mouvements. La croissance est, en effet, plus active pendant la fièvre typhoïde qu'à l'état normal; un des malades observés présenta même, peu de temps après sa fièvre typhoïde, une ostéite épiphysaire.

Plusieurs membres de la Société clinique déclarent aussi avoir observé des faits analogues, pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, et toujours chez des adolescents. (*France méd.*)

**Grossesse cinq mois après la ménopause. — Emploi de la sonde utérine et de l'ergotine sans accidents pour le fœtus. — Extraction d'un enfant vivant de l'utérus une heure après la mort de la mère.** — Le *Cincinnati Lancet and clinic* rapporte la curieuse histoire dont voici le résumé : une femme de quarante-sept ans était mère de six enfants, dont le plus jeune avait cinq ans. Elle avait cessé d'être réglée depuis six mois, et n'avait éprouvé aucun des symptômes qui lui étaient habituels pendant ses grossesses précédentes, quand elle s'aperçut de la présence dans le ventre d'une tumeur grossissant sans la faire souffrir. La tumeur du bas-ventre ne répondait pas à l'idée d'une grossesse de six mois; elle était à peine plus grosse que le poing. Le médecin, pensant à la présence d'un fibrome, introduisit un hystéromètre à environ 12 centimètres sans donner lieu à un écoulement sanguin; il n'y eut ni douleur ni malaise. M. Cleveland, sentant son diagnostic confirmé par cet examen, administra quinze gouttes d'ergotine trois fois par jour, et pendant huit semaines, sans aucun effet. La malade fut perdue de vue; puis, la tumeur ayant beaucoup augmenté de volume, elle revint : une auscultation minutieuse fit entendre les bruits du cœur du fœtus.

Six mois après la date du premier examen, M. Cleveland fut demandé chez cette femme qu'il trouva assise sur son lit, avec le regard égaré. Elle venait de reprendre connaissance après une attaque convulsive : sa langue saignait. Elle ne se plaignait pas de douleurs, mais de fatigue. Il n'y avait pas de travail. Elle avait déjà eu de semblables accès deux semaines auparavant. Elle avait eu, du reste, des accès convulsifs dans une grossesse antérieure dix ans auparavant. M. Cleveland la quitta pour revenir deux heures après, et, à son retour, la trouva morte. Constatant qu'il entendait les bruits du cœur du fœtus, il proposa de faire l'opération césarienne; le mari refusa. M. Cleveland le quitta pour aller chercher sa trousse, et revint un quart d'heure après; le mari fut long à se laisser persuader. Les bruits du cœur s'entendaient faiblement. Il se passa plus de trois quarts d'heure pour tous ces retards, certainement une heure avant que l'enfant fût extrait. Il était asphyxié, mais il put être ranimé. C'était une fille à peu près à terme; sept mois après l'opération, elle était encore bien vivante. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

**Effet de coups violents sur l'abdomen.** — Le professeur Giovanardi a fait des recherches présentant un grand intérêt au point de vue médico-légal, sur les effets de coups ou compressions considérables portés contre les parois abdominales. De ses observations cliniques il résulte que, par les causes susdites, une rupture immédiate, complète ou incomplète, de l'intestin peut se produire. Ensuite, il donne les résultats de ses expériences sur des animaux, pour constater laquelle des tuniques intestinales se déchire la première, en cas de rupture partielle, et il en tire les conclusions suivantes : 1° Quand par traumatisme il y a lacération complète des parois et perforation de l'intestin, la solution de continuité est plus étendue dans la muqueuse et la couche musculaire que dans la partie péritonéale ; 2° en cas de rupture incomplète, la séreuse reste intacte et la muqueuse seule ou la muqueuse et le tissu musculaire sont déchirés ; 3° quand l'individu survit quelques jours à la lésion, les bords de la plaie prennent un caractère ulcéreux ; 4° une lésion mécanique complète ou incomplète de l'intestin n'est pas l'effet du contre-coup, mais toujours de l'action directe de la pression de l'intestin entre le corps qui comprime, et la colonne vertébrale. (*Écho vétér.* et *Arch. méd. belges.*)

## THÉRAPEUTIQUE

### LES STIGMATES DE MAIS DANS LES MALADIES DE LA VESSIE.

Par le docteur Dufau.

L'introduction des stigmates de maïs dans la thérapeutique est encore trop récente pour qu'on ait pu étudier d'une façon suffisante leurs indications et leur mode d'emploi. Il n'est donc pas inutile de faire connaître ce que l'expérience a pu nous apprendre à cet égard, et je vais essayer d'en donner un résumé sous forme de conclusions, en m'autorisant, outre ma pratique personnelle, des nombreuses communications que j'ai reçues à ce sujet.

1° Les stigmates de maïs ont une action des plus évidentes, je ne dis pas toujours favorable, dans toutes les affections de la vessie, qu'il s'agisse de cystite, de gravelle ou de tout autre cas, qu'elles soient récentes ou qu'elles soient anciennes.

2° Dans la cystite aiguë par traumatisme, comme aussi dans la cystite blennorrhagique, il se produit un effet diurétique très-prononcé, et une exacerbation des douleurs. Il vaut donc mieux, dans ces cas, s'abstenir d'employer les stigmates de maïs.

3° C'est dans la gravelle, urique ou phosphatique, et dans la cystite ancienne, simple ou consécutive à la gravelle, dans le catarrhe muqueux ou muco-purulent, qu'ont été obtenus les meilleurs résultats.

Tous les accidents cèdent rapidement, les douleurs vésicales, la dysurie, l'excrétion de sable, l'odeur ammoniacale, l'abondance des sécrétions, etc., etc.

4° La rétention d'urine tenant à ces états divers disparaît souvent sous l'influence de leur amélioration ; mais l'emploi de la sonde doit être quelquefois continué, le bas-fond de la vessie ne parvenant pas à se vider complètement.

5° Beaucoup des malades observés avaient fait usage, avec des résultats variables, des divers moyens habituellement employés, goudron, térébenthine, eaux minérales, Vichy, Contrexéville, Capvern, etc. Les stigmates de maïs ont fort souvent réussi alors que les moyens précédents avaient échoué, mais nous devons appeler l'attention sur les faits suivants :

Dans certains cas, une amélioration s'étant produite sous l'influence des moyens cités plus haut, et l'état des malades restant stationnaire quoi qu'on pût faire, les stigmates de maïs ont produit, soit la guérison, soit un coup de fouet des plus favorables et qui a permis de revenir avec succès aux premières préparations.

Dans d'autres cas, ces moyens, qui n'avaient rien produit lors d'une première administration, sont devenus efficaces après que le terrain avait été en quelque sorte déblayé par les stigmates de maïs.

Le plus souvent, cependant, les stigmates de maïs ont suffi seuls à amener la guérison ; mais il est bon de connaître les faits que je viens de signaler, afin de faire varier, le cas échéant, la médication.

Il peut être utile, également, d'employer dans certains cas, en même temps que les stigmates de maïs, les moyens externes déjà usités ; notamment les irrigations vésicales à grande eau, avec une sonde à double courant, ou bien les injections avec des solutions diverses, de goudron, de borax, de silicate de soude, celles de bicarbonate de soude si les urines sont très-acides, celles d'acide benzoïque si elles sont alcalines, etc.

6° En dehors des affections de la vessie, les stigmates de maïs peuvent produire les meilleurs résultats à titre de diurétiques absolument inoffensifs quoique fort énergiques, dans les maladies du cœur, l'albuminurie, et en général dans tous les cas où les diurétiques ordinaires sont indiqués. On nous a signalé nombre de faits où la sécrétion urinaire avait triplé et même quintuplé dès les premières vingt-quatre heures ; d'autres où le médicament avait été continué deux et trois mois sans que jamais on ait observé d'accidents. Ceci est utile à retenir, les diurétiques les plus fréquemment employés, le nitrate de potasse, la digitale, la scille, etc., étant loin de toujours convenir et n'étant pas sans danger.

7° Le mode d'emploi des stigmates de maïs a été déjà indiqué, mais il n'est peut-être pas suffisamment connu.

Les stigmates en décoction produisent les mêmes effets que l'extrait, mais possèdent beaucoup moins d'énergie, et, de plus, ont une action fort irrégulière, ce qui est facile à expliquer. Récoltés et desséchés dans des conditions qui ne sont pas identiques, mouillés même quelquefois, la tisane peut avoir d'un jour à l'autre une activité très-différente.

L'extrait, au contraire, et son sirop, présentant toujours la même composition, ont une action qui est toujours la même, et, sous un moindre volume, on peut prendre une bien plus grande dose de médicament.

Ce qu'on peut faire, au point de vue de l'économie, c'est donner le sirop dans de la tisane de stigmates. Il est important, en effet, que le sirop soit étendu d'une certaine quantité d'eau, comme pour tous les diurétiques en général, et les effets obtenus avec l'extrait en pilules diffèrent sensiblement.

Le sirop forme d'ailleurs avec la tisane ou avec l'eau, qu'elle soit chaude ou froide, une boisson fort agréable et dont on ne se fatigue point. Le médicament doit être pris à jeun de préférence. Deux à trois cuillerées de sirop par jour suffisent le plus ordinairement.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 juillet 1879. — Présidence de M. Tarnier.

**Subluxation du cartilage semi-lunaire du genou.** — M. Le Fort. A propos du procès-verbal, je demande à dire quelques mots au sujet de la communication de M. Lannelongue. J'ai observé deux fois une variété non décrite de cette luxation. La première fois, c'est sur moi-même. Il y a deux ans, étant à l'École pratique et me trouvant obligé de satisfaire certain besoin, je dus prendre une attitude qu'on ne prend ordinairement qu'en rase campagne. Dans cette situation un peu gênée de flexion forcée, je sentis quelque chose qui se déplaçait dans mon genou droit ; j'eus parfaitement conscience d'une secousse, d'un claquement. Je sens cette même particularité toutes les fois que je suis obligé de fléchir fortement les genoux. Il n'y eut pas trace d'hydarthrose. Il me semble que c'est là un véritable déplacement du cartilage semi-lunaire. Chez un malade, actuellement dans mon service, j'ai rencontré le même fait. Il a senti subitement, en se baissant pour ramasser un marteau, quelque chose qui se dérangeait dans son

genou. Il éprouva des douleurs qui l'obligèrent à entrer à l'hôpital, où j'ai constaté ce déplacement du cartilage semi-lunaire à la partie antérieure du genou. Sans doute on ne sent pas le cartilage lui-même, mais la douleur est parfaitement bien marquée et bien localisée dans l'interstice articulaire correspondant. J'ai prescrit le repos en recommandant d'éviter cette attitude de flexion un peu forcée. Je crois qu'on pourrait aussi limiter par des appareils les mouvements de flexion du genou.

M. DESPRÈS. Je viens d'observer un malade que j'ai cru atteint de ce que nous appelions autrefois le pincement de la synoviale. Je ne serais pas éloigné de croire qu'il pouvait y avoir un déplacement semi-lunaire. Les malades de ce genre ont été guéris par les mouvements forcés. Ces jours derniers, on m'a apporté un enfant qui avait fait un faux mouvement et avait entendu un craquement dans le genou. Il n'y avait pas de gonflement; aucun point douloureux; je pensai que c'était un pincement de la synoviale; je fis un mouvement forcé, et l'enfant était guéri. Je serais disposé à admettre l'idée de déplacement du cartilage semi-lunaire; autrefois on appelait cela du pincement de la synoviale.

M. VERNEUIL. Quoique l'anatomie pathologique de cette affection ne soit pas faite, il est des cas où l'on peut s'en rendre compte, chez des sujets extrêmement maigres et ayant la peau amincie. On voit, dans la flexion, se produire une petite saillie correspondant à ce cartilage semi-lunaire et qui disparaît pendant le mouvement d'extension. C'est parfois très-douloureux et cela suffit pour empêcher la marche. Ce n'est point là une luxation du cartilage; c'est un mouvement normal que l'on peut constater en disséquant un genou; on voit alors que l'on peut faire voyager le cartilage. Il s'ajoute un peu de synovite à ce phénomène qui, d'ailleurs, n'est point passager et empêche souvent les jeunes sujets de danser, de monter les escaliers, etc. J'ai plusieurs fois traité ces malades par l'immobilisation dans l'extension, en ménageant dans l'appareil plâtré une fenêtre pour appliquer les révulsifs sur le genou. Plusieurs de ces malades ont passé pour avoir des corps étrangers du genou.

J'estime d'ailleurs qu'il ne s'agit ici ni de pincement de synoviale ni de luxation du cartilage; c'est un mouvement presque normal compliqué d'un peu de synovite. Tous mes malades étaient rhumatisants.

M. FORGET. Je suis aussi fortement arthritique, et je me rappelle avoir observé le même phénomène sur moi-même pendant tout un hiver. J'étais pris de douleurs atroces, subitement, dans la rue. Comme j'étais alors externe de Boyer qui nous faisait souvent des leçons sur les corps étrangers du genou, je pensais être atteint de cette affection.

M. LE FORT. Les symptômes présentés par les malades de M. Verneuil ne ressemblent pas à ceux que j'ai observés; mon malade et moi, nous avons eu la sensation nette de quelque chose qui se déplace.

M. MARC SÉE. Il faut renoncer à l'idée de pincement de la synoviale; les cartilages semi-lunaires ont précisément pour but de l'empêcher.

### LECTURE

**Anatomie des synoviales des gaînes tendineuses du pied.** — M. LARCHER lit un travail sur ce sujet; il a étudié les limites de ces synoviales par l'insufflation et par le cathétérisme. En haut, elles ne dépassent pas les malléoles, sauf celle du jambier antérieur. En bas, elles s'arrêtent au scaphoïde, d'où l'importance dans les amputations de conserver le scaphoïde.

La statistique d'amputations du pied pratiquées dans dix hôpitaux de Paris donne 271 amputations totales du pied et 80 amputations partielles. Les premières comptent une mortalité de 34 0/0; les secondes de 17 0/0; en y ajoutant les autres causes de mort, érysipèle et septicémie, on a les chiffres de 43 0/0 et de 28 0/0.

Les conclusions sont qu'il faut appliquer au pied le précepte classique d'amputer le plus loin possible de la racine du membre; il importe de tailler un grand lambeau plantaire et un petit lambeau dorsal, en conservant intacts les muscles et les gaînes tendineuses. On recherchera autant que possible la réunion par première intention. On évitera en même temps tout ce qui peu amener l'atrophie des moignons; on s'abstiendra d'amputations partielles si les muscles sont déjà atrophiés.

### COMMUNICATION

**Uréthrotomies externes dans les cas d'oblitération complète du canal.** — M. NOTTA (de Lisieux), membre correspondant, lit deux observations dans lesquelles il a pratiqué l'uréthrotomie externe dans des conditions exceptionnellement difficiles. Il s'agissait, dans le premier cas, d'un malade porteur de fistules urinaires, dont le canal de l'urèthre était détruit. Depuis huit mois il avait des fistules périnéales et l'urine ne passait plus par le canal. Un stylet était absolument arrêté par la portion fibreuse qui remplaçait le canal en arrière des bourses. Après avoir divisé le raphé périnéal, M. Notta chercha le point par où s'écoulait l'urine; toutes les recherches furent infructueuses. Il fit l'incision de tout le canal de l'urèthre; puis, pour retrouver la portion vésicale de ce canal, il fallut plonger le bistouri au-dessus de l'arcade pubienne dans la vessie pour introduire une bougie par le col de la vessie. Des sutures furent appliquées, une sonde à demeure laissée en place. Malgré un écart de cinq centimètres entre les deux bouts de l'urèthre, la guérison fut obtenue. L'urine passa de nouveau par l'urèthre. Cependant il s'en écoulait encore un peu par la fistule périnéale.

Dans la deuxième observation, il y avait aussi destruction de l'urèthre au niveau du périnée, et fistules périnéales. L'urine ne passait plus par le méat depuis trois ans et demi; la sonde ne pouvait passer; par la fistule périnéale l'urine communiquait avec le rectum et il s'écoulait par la fistule quelques matières fécales. Le sperme s'écoulait par la fistule.

L'incision du périnée faite, une sonde cannelée put atteindre le bout postérieur et conduire dans la vessie. Le canal antérieur fut traité par l'uréthrotomie interne, et incisé dans toute sa longueur. Le canal de l'urèthre se continuait, au périnée, avec un tissu jaunâtre fibreux. L'opération fut suivie de succès, et une sonde à demeure fut laissée. Grâce à de nombreuses précautions ultérieures, cathétérismes, uréthrotomies, etc., l'urine continua à passer par le canal de l'urèthre. A la fin de la miction, seulement, il passe encore un peu d'urine par l'anus et la fistule périnéale. En résumé, le résultat obtenu est le suivant: avant l'opération, l'urine passait par la fistule toutes les heures et, à chaque miction, elle passait mélangée à des matières fécales. Après l'opération, le malade n'a plus de garde-robes involontaires; l'urine s'écoule par la verge, sauf à la fin de la miction, elle passe un peu par la fistule et l'anus. Ce résultat est très-satisfaisant, en raison de l'étendue de l'interruption du canal.

M. DESPRÈS. Le canal de l'urèthre était-il complètement oblitéré? Je n'ai jamais vu d'oblitération absolument complète. Il n'en existe aucun exemple au musée Dupuytren. Le canal peut être très-sinueux, dévié dans tous les sens par les brides cicatricielles, les indurations, etc. Mais je n'en ai jamais vu où je n'aie pu passer une bougie. Un vieux procédé utile est celui qui consiste à passer une bougie assez grosse jusqu'au niveau du point rétréci, et à la laisser en place; le lendemain on peut aller un peu plus loin, et ainsi de suite. J'ai eu deux fois à chercher le bout postérieur de l'urèthre, et une fois dans un cas très-difficile, chez un enfant; j'ai réussi. Quand les malades le peuvent, il est avantageux de leur recommander de retenir leur urine, et de les faire uriner au moment de l'opération, afin de voir d'où vient le jet d'urine au fond de la fistule.

M. CRUVEILHIER. Dans un cas d'opération d'uréthrotomie externe, j'ai fait le cathétérisme rétro-uréthral, en introduisant un trocart courbe dans la vessie.

M. LE FORT. Il n'est pas toujours aussi facile que le pense M. Després de trouver le bout interne de l'urèthre; je l'ai cherché pendant trente minutes sans le trouver. Je n'oserais pas trop, dans ces cas, inciser la vessie comme l'a fait M. Notta. C'est en suivant la partie supérieure de l'urèthre que l'on arrive le mieux dans la vessie. Ayant été obligé dans un cas de retirer la sonde,

quinze ou vingt jours après l'opération, comme cela se pratique d'habitude, je n'ai pu réintroduire une autre sonde, et j'ai dû faire une nouvelle uréthrotomie externe, sans conducteur, et encore combinée avec l'uréthrotomie interne.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. J'ai fait une uréthrotomie externe analogue à celle de M. Notta ; ce sont vraiment des cas qui ne sont plus du tout comparables aux ruptures ordinaires de l'urèthre.

M. TILLAUX. Les deux observations de M. Notta sont des cas rares : les malades, depuis plusieurs années, ne pissaient plus par le canal. Les rétrécissements complets de l'urèthre sont précisément possibles seulement dans ces cas où toute l'urine s'écoule par la fistule. J'ai vu Dupuytren opérer un malade qui avait une fistule périnéale, et dont le bout antérieur du canal était tout à fait oblitéré.

Est-il absolument nécessaire de chercher le bout postérieur ? Je me contente d'inciser sur la partie médiane jusqu'à ce que j'arrive au foyer de l'hématome péritonéal, et une fois que je suis sûr que l'urèthre est ouvert, que la sonde du bout antérieur passe dans la plaie, j'attends ; plus tard on voit le bout postérieur, et le canal se rétablit lui-même sans sonde. Il suffit que le malade urine et que l'urine ne s'infiltre pas.

M. NOTTA. C'est parce qu'elles sont rares que j'ai communiqué à la Société ces deux observations d'oblitération étendue du canal de l'urèthre. J'avais tenté, avec toutes sortes de bougies, de faire le catéthérisme ; je n'ai pu y arriver. L'oblitération existait même dans le bout antérieur puisque le cathéter ne pouvait le franchir complètement, et ne pouvait traverser la partie postérieure de ce bout antérieur.

### PRÉSENTATION DE MALADE

**Ablation du maxillaire supérieur ; appareil prothétique.** — M. BOUILLY présente un malade qui, après une résection du maxillaire supérieur, eut une réparation irrégulière ; il a fallu oblitérer avec un appareil les cavités nasales, palatine, buccale et pharyngienne qui communiquaient.

### PRÉSENTATION DE PIÈCE

**Corps étranger du rectum ; couteau de cuisine.** — M. LE DENTU présente un couteau de cuisine qu'il a retiré ce matin du rectum d'un homme âgé d'environ soixante ans. Il y a un mois que l'instrument séjournait dans le rectum. Deux jours après l'introduction, le malade fut obligé de cesser son travail. Il resta chez lui pendant le reste du temps. Hier, il entra à l'hôpital Saint-Louis, racontant « qu'il s'était assis par mégarde sur ce couteau planté par sa pointe sur une planche ». La fesse droite présentait une tumeur inflammatoire ; sous la peau on sentait la pointe du couteau. Le toucher rectal faisait percevoir très-haut le manche du couteau. Une large incision fut pratiquée sur la fesse, à 7 ou 8 centimètres de l'anus, à l'endroit où la pointe faisait saillie. Elle put être saisie avec une pince et le couteau tout entier fut extrait. Pendant la chloroformisation, on a pu compléter l'instruction « scientifique » par les aveux du malade soumis à l'ébriété chloroformique. Il a avoué que sa version était fausse, et a confessé sa distraction en ces termes pittoresques : « C'est moi-même qui se l'est fait. »

La séance est levée à cinq heures et demie.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*École de médecine de Toulouse.* — Un concours s'ouvrira, le 15 octobre 1879, pour un emploi de chef des travaux anatomiques. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— M. le docteur G. de Beauvais, médecin en chef de Mazas, vient d'être nommé officier de l'instruction publique.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 9 juillet, à huit heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : 1° Élection de membre titulaire ; 2° rapport du conseil de famille ; 3° communication sur le vaccin de génisse, par M. Brochard ; 4° constitution médicale du mois de juin. Policlinique.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 6 juillet dans les bois de Satory. Rendez-vous à la gare de Versailles à l'arrivée du train partant de Paris (gare Montparnasse), à onze heures du matin.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera sa prochaine excursion géologique le dimanche 6 juillet à Mouchy-le-Châtel, Noailles et Abbecourt. Rendez-vous à six heures du matin à la gare du Nord où l'on prendra le train pour Heilles.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8430.

N° 78. — MARDI 8 JUILLET 1879. 52e ANNÉE. MARDI 8 JUILLET 1879. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOTEL-DIEU. — M. Richet.

### Phimosis cicatriciel.

Un jeune homme, âgé de vingt ans, est entré dans nos salles pour se faire opérer d'un phimosis cicatriciel.

Avant de nous occuper de cette infirmité pour laquelle seule il vient nous consulter, signalons en passant un fait intéressant que nous avons découvert aussitôt que nous avons examiné ses parties génitales. Dans le scrotum droit, nous avons trouvé une tumeur de la grosseur d'une amande, transparente, fluctuante, se continuant par un pédicule le long du cordon, et remontant vers l'intérieur de l'anneau inguinal. Ayant d'abord songé à l'existence d'une tumeur herniaire, dont le sac renfermerait un peu de liquide, nous avons tenté la réduction de la tumeur dans la cavité abdominale. Mais le liquide n'a pu être refoulé au-delà du canal inguinal et n'a pas franchi l'orifice interne de ce canal : il ne s'agissait pas d'une hernie. La tumeur est un vestige du canal vagino-péritonéal, dans lequel se forment souvent des kystes, des hydrocèles du cordon.

Ce malade n'en est pas du tout incommodé, et il ne nous demandait que de le débarrasser de son phimosis, qui lui cause divers inconvénients; lorsqu'il urine, il reste de l'urine dans le conduit préputial, qui est irrité ; ce qui produit des démangeaisons désagréables; puis, pendant l'érection, la verge est tordue.

Cet homme ne présente pas un phimosis ordinaire : ce n'est pas un phimosis congénital ; le prépuce ne peut se refouler à cause d'un anneau cicatriciel qui ne s'élargit pas. Il y a, à l'extrémité du prépuce, un cercle inodulaire très-dur, très-résistant. Au contraire, le phimosis congénital présente une grande souplesse ; le bord préputial n'a pas une autre consistance ni une autre structure que le reste de l'organe ; alors le prépuce est plus allongé et plus étroit que dans le cas particulier, il forme une espèce de long canal préputial. Ici, il est très-étroit, mais très-dur : c'est un phimosis cicatriciel.

Or le phimosis cicatriciel ne peut se produire que par trois causes différentes : syphilis, diabète, phimosis inflammatoire.

1° Le phimosis *syphilitique* succède en général à des chancres qui siègent souvent sur l'orifice préputial : puis, les chancres du prépuce n'étant pas cicatrisés, si l'on fait l'opération du phimosis, on trouve d'abord d'autres chancres à la couronne du gland ; ensuite la plaie prend rapidement un aspect syphilitique, et suit une marche parfois phagédénique.

Ce n'est pas à des accidents de cette nature que nous avons affaire : les allures et les réponses naïves de ce garçon nous témoignent assez clairement qu'il n'a pas eu de syphilis, et qu'il ne s'y est jamais exposé.

2° Le phimosis *diabétique* est aussi intéressant à connaître. Chez les individus diabétiques, l'urine présente une âcreté extraordinaire; elle irrite le bord préputial où apparaissent des excoriations qui se cicatrisent d'autant moins facilement que le diabète provoque des mictions fréquentes. L'exulcération augmente, s'enflamme et se termine par des rétrécissements infranchissables du prépuce.

Autrefois, mon confrère M. de Beauvais m'appela chez les frères de Saint-Jean-de-Dieu pour faire l'opération du phimosis à un homme venu de province à Paris parce qu'il ne voulait pas faire connaître son infirmité à son médecin ordinaire. Nous fîmes la circoncision. Quel ne fut pas notre étonnement, le lendemain de l'opération, en trouvant une plaie toute noirâtre avec des taches gangreneuses sur la verge et sur les bourses ! Nous songeâmes au diabète, et, en effet, l'urine renfermait des quantités effroyables de glucose. Un traitement antidiabétique énergique et des lotions à l'alcool pur furent instituées et arrêtèrent ces ravages, non sans qu'il en restât des vestiges ineffaçables. Ce fut le point de départ du mémoire publié dans la suite par mon confrère.

Nous avons cherché le diabète chez ce jeune homme, il n'en existe pas trace. Son phimosis est donc nécessairement le résultat d'une simple inflammation antérieure.

3° Le phimosis *inflammatoire* peut, en effet, déterminer un phimosis cicatriciel ; chez les individus dont l'urine est très-acide ou très-alcaline, le prépuce étant toujours irrité par ce contact, le bord du prépuce s'enflamme à la longue ; des fissures, des gerçures se produisent, et il se forme un anneau cicatriciel dur et infranchissable. C'est ce qui est arrivé dans le cas particulier. Ce diagnostic est important à établir, car il commande le procédé opératoire.

Que faire, en effet, de la dilatation du prépuce qu'on a

quelquefois employée avec succès dans les cas de phimosis ordinaire congénital? D'ailleurs, après la dilatation, comme il faut plus tard faire l'excision, pourquoi ne pas opérer par la circoncision immédiatement? Cette nécessité explique l'abandon dans lequel est tombée cette méthode opératoire de la dilatation. Chez notre malade, il n'y faut pas songer ; le tissu cicatriciel ne se dilate pas. Il faut retrancher ce cercle dur.

Y a-t-il lieu de faire l'incision de J.-L. Petit, ou l'incision en V que je pratique assez souvent? Pas dans ce cas particulier. Il faut ici une circoncision spéciale. D'abord la peau n'est pas assez souple pour permettre l'emploi des diverses pinces très-ingénieuses imaginées pour cette opération, mais dont le praticien peut très-bien se passer en toute circonstance. Il suffit d'agir comme nous allons le faire aujourd'hui : pour faire habilement une circoncision, le point le plus important est que la peau et la muqueuse soient coupées exactement au même niveau. C'est là, à mon avis, la grosse difficulté de cette opération. Pour l'éviter, il ne faut pas attirer la peau de la verge et du prépuce vers soi, l'allonger sur la verge : il faut, au contraire, refouler la peau du prépuce vers la racine de la verge ; la peau ainsi retirée en arrière, on passe une pince à artères entre la peau et le gland pour saisir la peau et la muqueuse qui sont ainsi fixées solidement, de façon que la peau ne peut plus se replier en avant et recouvrir la muqueuse. Une deuxième pince fixe la peau et la muqueuse de la même manière au côté opposé. Et alors seulement on peut attirer sans crainte la peau et la muqueuse fixées par les deux pinces, on fend le prépuce en avant et en arrière, et on sectionne ensuite les deux lambeaux de chaque côté, dans toute la largeur; le cercle inodulaire est, par conséquent, enlevé complètement.

S'il arrivait qu'on ne pût découvrir le gland après cette excision des lambeaux, on pourrait donner encore un coup de ciseaux sur la muqueuse jusqu'à ce qu'on arrivât à un résultat satisfaisant.

On réunit la peau et la muqueuse au moyen de serre-fines.

Chez notre malade, on aurait pu supposer qu'il n'y avait pas d'adhérences derrière le cercle du bord du prépuce, entre la muqueuse et le gland; lorsqu'il a été examiné pour le concours du bureau central par l'un des candidats, celui-ci a pu passer entre le prépuce et le gland une sonde qui a semblé être assez mobile; cependant, au cours de l'opération, nous nous apercevons qu'il existe de nombreuses adhérences, et nous sommes obligés de sculpter le gland, pour ainsi dire, en disséquant ce tissu cicatriciel, jusqu'à ce qu'on puisse faire franchir le gland au prépuce restant.

---

## HOPITAL NECKER. — M. Potain.

### Paraplégie hystérique chez l'homme.

Nous venons d'examiner un homme atteint d'une paraplégie qui est intéressante parce qu'il est très-difficile d'en déterminer exactement la nature.

Aucun mouvement volontaire n'est possible depuis la hanche jusqu'à l'extrémité des pieds. La sensibilité est d'ailleurs conservée sous toutes ses formes ; la sensibilité tactile est tout à fait intacte, la sensibilité à la chaleur et au froid paraît aussi normale.

La température des membres inférieurs est normale; la rougeur qu'on observe à la fesse droite tient au contact de l'urine, parce que ce malade est aussi atteint d'une incontinence d'urine; incontinence par atonie de la vessie, et non par regorgement.

La paraplégie est donc complète. Elle n'a pas commencé d'une façon brusque, elle est survenue rapidement; il est au septième jour de la maladie.

Cet homme se portait bien jusque-là; exerçant la profession de musicien dans un orchestre du bois de Boulogne, où il se rendait tous les jours depuis son logement au faubourg du Temple, ce qui lui faisait un trajet assez long chaque fois. Un jour, en quittant l'orchestre, où il avait eu très-froid, il ressentit du malaise, de l'engourdissement dans les membres inférieurs; il eut quelque peine à rentrer chez lui. Le lendemain, il était paralysé. Avant ce refroidissement il avait ressenti quelque faiblesse dans la région lombaire, mais il avait pu faire sa besogne quotidienne.

Nous sommes donc en présence d'une paraplégie grave et venue rapidement; quelle en est la nature?

Le problème est complexe. Il y a bien des lésions, et des lésions de divers ordres, qui peuvent déterminer la paraplégie.

Il est d'abord évident que c'est dans le système nerveux que nous devons les rechercher, et qu'il n'y a pas lieu de songer ici à des myopathies. Or la cause peut siéger depuis le plexus sacré jusqu'au cerveau.

La compression du plexus sacré par quelque gonflement, une maladie du rectum, de la vessie, du bassin en un mot, peut amener une paraplégie. Chez notre malade, le bassin est libre, pas douloureux; il n'existe aucun trouble fonctionnel; cette étiologie n'est pas probable.

Du côté du cerveau, on trouve rarement des causes de paraplégie. C'est l'hémiplégie qu'il faut chercher dans les hémisphères, mais rarement la paraplégie. Cependant on a cité des observations de paraplégie cérébrale; Erard a trouvé, chez une femme atteinte de paraplégie, une tumeur du volume d'une petite noix, siégeant dans le corps vitré, sur la ligne médiane, de sorte qu'elle comprimait également les deux points symétriques; d'où une paraplégie, au lieu d'une hémiplégie.

Mais, en général, ces paraplégies dues à des troubles cérébraux ont une marche progressive, et sont précédées d'accidents cérébraux notables.

C'est ensuite dans la moelle que nous pouvons trouver la cause de la paraplégie.

D'abord la compression de la moelle par le rachis, comme nous en avons un cas au lit numéro 4 de la salle Saint-Luc, chez un malade atteint d'une lésion de la portion inférieure du canal rachidien. Ici, rien de semblable; la pression sur toute la longueur du rachis ne provoque aucune douleur, même lorsqu'on l'exerce avec une grande force. D'ailleurs une paraplégie due à ce mécanisme ne se produirait que progressivement, au fur et à mesure que la compression augmenterait d'intensité.

Dans l'intérieur du canal rachidien, des lésions peuvent apparaître qui amèneraient la paraplégie inférieure. D'abord les méninges peuvent être le siège d'une hémorrhagie.

L'hématorachis, en dehors de la dure-mère, ou bien dans la cavité de l'arachnoïde, amène une paraplégie très-rapide; elle a des caractères analogues à ceux de notre malade, mais il y a des phénomènes d'excitation, de la contracture,

ou de petites convulsions au début ; or les membres sont flasques depuis le commencement de la maladie, et il n'y a pas même exagération des mouvements réflexes.

En second lieu, la moelle elle-même peut, autant que les méninges, être le siége d'une hémorrhagie, ou encore d'un ramollissement. Ces deux processus pathologiques produiront le même résultat, la paraplégie. Quoique d'une nature très-différente, on peut les confondre cliniquement ; il y a certaines circonstances favorables à l'hémorrhagie directement.

Mais, en dehors de ces circonstances difficiles à déterminer, dans un bon nombre de cas, l'hématomyélite a pour origine un certain degré d'inflammation de la moelle : les vaisseaux assez volumineux de la moelle ont besoin d'un soutien assez résistant ; les mailles du tissu conjonctif, dans lequel ils reposent, ne cèdent que si elles ont subi une altération plus ou moins franchement inflammatoire. Quelquefois on a trouvé des anévrysmes miliaires dans la moelle; mais, en général, il sont précédés par l'état qu'on désignait autrefois sous le nom de ramollissement rouge.

On peut faire l'une ou l'autre supposition pour expliquer la paraplégie. Le plus souvent, dans ces cas, où la paraplégie survient brusquement, on observe une excitation notable au début. Cependant ce phénomène n'est pas constant, et paraît avoir manqué dans plusieurs observations ; toutefois, comme ce fait n'est pas habituel, nous chercherons un autre mécanisme.

Il y a d'autres modes d'altération de la moelle : la syphilis, on le sait, peut provoquer des paraplégies, sans qu'on sache exactement quelle est la lésion de la moelle. On sait que des individus, pris de paraplégie, guérissent à la suite d'un traitement antisyphilitique ; l'iodure de potassium sert de pierre de touche, et l'on conclut à la syphilis, sans que ce soit un diagnostic absolument prouvé et rigoureux. En effet, l'iodure de potassium réussit dans des cas où il n'y a pas de syphilis : il faut donc être réservé dans son appréciation, qui n'est justifiée que dans les cas où la paralysie cède rapidement au traitement spécifique.

Y a-t-il lieu d'employer ici une médication antisyphilitique ? Or ce malade est syphilitique ; il dit avoir été traité par Ricord, pendant un temps prolongé ; il dit avoir eu des accidents à la gorge et sur la peau. Aujourd'hui nous ne trouvons pas de trace extérieure de syphilis, ce qui ne prouve pas qu'elle n'existe pas ; on a vu aussi des cas où il n'existait aucune lésion superficielle, puis les accidents arrivaient plus tard, caractérisant des lésions profondes incontestables.

Malheureusement la paraplégie de nature syphilitique n'a pas de caractères qui lui soient propres. Si l'on a affaire à un malade syphilitique, il est permis de supposer qu'elle est due à cette cause, mais elle n'est pas certaine, et elle n'exclut pas la recherche des autres sources de paraplégie.

Le rhumatisme est une de ces causes; il agit ou bien directement sur la moelle, ou bien indirectement, par l'altération des articulations rachidiennes. Nous en avons observé un exemple il y a deux ans, chez un malade qui fut pris de paraplégie pendant le cours d'un rhumatisme, paraplégie qui alternait avec les accidents articulaires, et qui disparut en même temps que ces accidents localisés aux articulations.

Notre malade n'a pas d'accidents dus au rhumatisme ; il n'en a pas eu. Cependant les conditions dans lesquelles il a été pris de paraplégie, l'exposition continuelle au froid, à l'humidité, pendant des journées entières dans un orchestre exposé à tous les vents, les fatigues prolongées, tout cela constitue bien des conditions favorables au rhumatisme. Mais nous n'avons aucune démonstration directe de cette disposition morbide, qui n'a pas de caractères spéciaux. Le froid et l'humidité peuvent, en effet, provoquer d'autres affections qui ne sont pas rhumatismales.

Il existe encore d'autres formes de paraplégie : la paraplégie ischémique ; l'insuffisance de circulation dans la moelle jouerait, d'après Brown-Séquard, un grand rôle dans la pathogénie des paraplégies. Cette considération est restée jusqu'à ce jour purement théorique.

La paraplégie se produit encore d'une manière réflexe, dans les affections des voies urinaires et quelquefois dans certaines maladies de l'utérus. Notre malade est bien atteint d'une incontinence d'urine absolue, mais nous n'observons aucune altération de la sécrétion urinaire, ni aucune maladie des reins. Il faudrait d'ailleurs, pour admettre cette hypothèse, que l'affection des voies urinaires eût précédé l'affection de la moelle, et, dans ce double rapport, il resterait toujours à déterminer quelle part de paraplégie a produit la maladie urinaire, quelle part de paraplégie est le résultat de cette affection des voies urinaires. Nous ne sommes pas dans ce cas.

Une dernière cause de paraplégie est l'hystérie. Il s'agit d'un homme, mais vous savez que l'hystérie chez l'homme existe, qu'on a parfaitement établi son existence ; on a même observé un cas où la compression du testicule produisait, comme la compression de l'ovaire, la cessation de l'accès hystérique. S'il y a des faits à vérifier dans l'histoire de l'hystérie chez l'homme, il en est un certain nombre où elle ne peut être mise en doute (Briquet). Vous ne récuserez donc pas le diagnostic de paraplégie hystérique, parce qu'il s'agit d'un malade du sexe masculin. L'hystérie a précisément existé chez notre malade.

Or l'hystérie détermine une certaine forme de paraplégie : sans doute, elle donne lieu plus souvent à des hémiplégies ou à des paraplégies plus localisées, mais parfois elle provoque la paraplégie. Ordinairement c'est d'une manière subite, souvent sous l'influence d'une émotion morale, qu'apparaît la paraplégie. Briquet a rapporté l'histoire d'une femme qui, insultée par un homme sur un escalier, tombe tout à coup frappée de paralysie des deux membres inférieurs. Cependant le début n'est pas toujours aussi brusque, et peut succéder à une fatigue, à une impression de froid, etc.

La mobilité étant le caractère commun de toutes les manifestations de l'hystérie, la paraplégie n'en est pas exempte ; elle peut disparaître subitement, même après avoir duré un temps très-long; après que tous les traitements sont restés inefficaces, sous l'influence d'une cause souvent étrange, on voit survenir une guérison absolue. C'est ainsi qu'une jeune fille se trouva guérie, par l'application d'un fémur sur sa cuisse, d'une paraplégie qui durait depuis très-longtemps, et qui avait résisté à toutes les médications.

Telles sont les allures de la paraplégie hystérique.

Elle peut durer très-longtemps, sans qu'elle modifie jamais la contractilité musculaire sous l'influence du courant galvanique ; tandis que la paraplégie consécutive à une myélite transverse, à une altération quelconque de la moelle, est toujours accompagnée de modifications profondes dans la contractilité musculaire. Au septième jour de la maladie,

comme nous y sommes arrivés dans le cas particulier, on observerait certainement sa disparition dans plusieurs muscles. Or il n'en est pas ainsi chez notre malade. Dans l'hystérie, la moelle est toujours prête à agir ; elle entretient l'aptitude des muscles à se contracter ; c'est ce qui explique la possibilité d'une guérison subite.

Cet exposé terminé, nous avons à choisir entre un grand nombre de causes, auxquelles nous pourrions rattacher la paraplégie dont cet homme est atteint. Mais aucune étiologie n'est parfaitement nette et dégagée d'objections sérieuses. Il semble pourtant que l'hystérie puisse être prise en considération. Cet homme est hystérique : il a présenté des phénomènes bizarres, des attaques, des chutes subites ; il tombait à la renverse, subitement, sans qu'il y eût aucune cause à ces pertes de connaissance. Cet état a duré des mois, des années. L'an dernier encore, il reparaissait après une longue rémission. Ce malade a eu des troubles de l'ouïe, des vertiges, une amaurose double qui a cessé aussi subitement qu'elle était venue. Ces considérations nous conduisent à nous demander si tous ces troubles sont dus à l'hystérie ou à la syphilis. Or la syphilis doit être écartée comme cause de ces accidents par la seule considération que les premiers phénomènes remontent à une époque où le malade n'avait pas encore contracté la syphilis. Remarquons d'ailleurs qu'il serait difficile d'imaginer une tumeur pouvant produire en même temps des troubles de l'ouïe, de la vue et une paraplégie.

Ayant trouvé de la paraplégie chez un malade nerveux, hystérique, nous devons aussi nous demander si l'hystérie est la seule cause, ou bien si elle est compliquée d'autres éléments, enfin si la lésion ne va pas plus haut que l'axe spinal, ce qui expliquerait les troubles nerveux en même temps que la paralysie.

Il y a, en effet, telle hystérique qui présente, outre les phénomènes habituels de l'hystérie, d'autres troubles qui ne sont pas dus à l'hystérie : ainsi on a trouvé plusieurs fois un foyer hémorrhagique chez une femme où l'on ne supposait que de l'hystérie. En présence de phénomènes si complexes, il faut chercher, dans les circonstances mêmes du fait, les raisons qui prouveraient que la lésion n'a pas dépassé les limites de l'hystérie. Or, la paraplégie ayant son point de départ dans la moelle, il ne serait pas impossible que, l'individu étant hystérique et syphilitique, l'une et l'autre maladie eussent contribué à la production de la paraplégie.

Quant à déterminer quelle est la lésion, nous ne le pouvons pas encore. Actuellement la contractilité des muscles, sous l'influence de l'électricité, est conservée. Nous aurons le droit de conclure qu'il n'y a qu'une névrose pure, que de l'hystérie. Mais si, dans quelques jours, la contractilité se perd peu à peu, il faudra se défier du diagnostic. Vous le voyez, même avec une discussion approfondie de toutes les circonstances du fait, nous n'arrivons qu'à un diagnostic indécis, et nous sommes obligés d'attendre, pour nous prononcer, ce que deviendra la contractilité musculaire.

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Duplay.

### Ostéite suppurée avec nécrose du fémur et ostéomyélite probable.

Les sujets qui vont faire l'objet de cette leçon sont deux malades, atteints d'ostéite suppurée avec nécrose du fémur, qui présentent entre eux les plus grandes analogies.

L'un est couché au n° 49 de notre salle Saint-Augustin. C'est un homme de quarante-quatre ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé habituelle jusqu'en 1872, époque à laquelle il est tombé, sans cause appréciable, dans un état général mal déterminé, mais qui nous a paru avoir présenté les allures d'une fièvre typhoïde. Mais nous n'avons pu établir d'une façon précise si, concurremment avec cet état général, il a présenté les troubles que nous constatons encore aujourd'hui du côté de la cuisse, ou si ceux-ci ont précédé les symptômes généraux dont je viens de vous parler.

Quoi qu'il en soit, pendant que cet homme gardait le lit, il a été pris de gonflement énorme dans le membre inférieur du côté gauche ; un abcès s'est formé au côté externe de la cuisse; cet abcès a été ouvert par le chirurgien, et, après six ou huit mois, pendant lesquels une nouvelle collection purulente s'est fait jour au côté interne, le malade a fini par se relever et reprendre peu à peu son existence antérieure en se servant de béquilles.

Depuis cette époque, les deux fistules résultant de l'ouverture des abcès sont restées dans le même état : de temps en temps une poussée inflammatoire survenait, la cuisse enflait de nouveau, puis ces symptômes disparaissaient, et tout rentrait dans l'ordre jusqu'à ce qu'une nouvelle attaque se reproduisît.

Aujourd'hui voici ce que nous observons :

D'abord je vous ferai remarquer le gonflement considérable qui existe dans toute l'étendue du tiers inférieur de la cuisse gauche. A ce niveau, le fémur a presque triplé de volume, et l'on sent que les tissus périphériques et les muscles en particulier sont accolés et font corps avec le fémur.

De plus il existe deux fistules principales, l'une au côté interne, l'autre au côté externe de la cuisse, et l'une et l'autre situées environ à quatre travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire du genou. Deux autres trajets fistuleux, communiquant avec les précédents, se remarquent à la partie antérieure de la cuisse.

Si l'on introduit un stylet par l'un et l'autre de ces orifices fistuleux, nous arrivons immédiatement sur l'os ; seulement, tandis que du côté externe nous tombons sur la surface osseuse simplement dénudée, du côté interne, au contraire, on pénètre dans une cavité remplie de fongosités et de petits fragments d'os détachés.

Il suffit de cet exposé rapide pour conclure qu'il s'agit ici d'une ostéo-périostite du fémur : nous pouvons même ajouter, en raison de la dénudation des surfaces osseuses et de l'existence de quelques fragments d'os mobiles, avec nécrose du fémur.

Quelle est l'étiologie de cette affection chez ce malade ?

Comme je vous le disais tout à l'heure, elle est extrêmement mal déterminée. Ici, en effet, nous n'avons pas de cause extérieure, pas de chute, pas de traumatisme dont nous puissions invoquer l'existence ; de plus, c'est tout au plus si chez cet homme nous pourrions appeler à notre aide l'intervention d'une cause professionnelle. En effet, il est sellier, et il serait obligé, de par son métier, d'appuyer fréquemment une pince assez lourde sur cette partie de la cuisse qui est malade. Cette contusion chronique aurait-elle pu jouer le rôle de cause prédisposante ? C'est ce qu'il est assez difficile de déterminer.

Quant aux causes générales, nous n'en trouvons pas davantage : pas trace de syphilis, pas trace non plus de scrofule, à part quelques légers antécédents trop peu prononcés pour qu'on puisse en tenir compte.

Mais une question qu'il eût été intéressant de bien juger, c'est de savoir si cet état général, qui a accompagné le début de la maladie locale, a réellement précédé cette dernière.

En effet il arrive, dans certains cas d'affection générale, qu'une affection locale, articulaire ou osseuse, se déclare comme conséquence de la maladie générale.

Je ne crois pas qu'il en soit ainsi dans le cas actuel, car, d'après son récit, cet homme aurait éprouvé quelques troubles dans la cuisse, tels que de la gêne, de la douleur, avant le début des phénomènes généraux ; si bien que, d'après ce commémoratif, on pourrait croire que les deux affections se seraient développées concurremment.

Ce résultat négatif de l'investigation à laquelle nous nous sommes livrés n'est pas le côté le moins curieux de l'histoire de ce sujet. Ordinairement, en effet (et c'est ce qui a eu lieu pour notre second malade qui est couché au n° 32 de la même salle), on peut suivre dès le début la filiation des accidents.

Ce garçon, qui est âgé de dix-huit ans, est entré dans le service il y a plus d'un an. Il avait reçu, quinze jours auparavant, une contusion légère au niveau de la cuisse. A ce moment, il présentait un aspect typhique extrêmement prononcé ; il avait une fièvre continuelle, du subdélirium, des troubles digestifs, de la diarrhée, et il offrait, en même temps, un gonflement énorme de l'extrémité inférieure de la cuisse, et même un point fluctuant, au niveau duquel nous ouvrîmes un abcès volumineux qui nous conduisit immédiatement sur la surface osseuse.

C'était donc une ostéite avec nécrose et décollement épiphysaire, car c'est au niveau de l'épiphyse avec la diaphyse du fémur que la maladie avait débuté. C'est, d'ailleurs, ce que vous observerez le plus souvent.

Cet enfant finit par surmonter les accidents graves qui menaçaient son existence ; peu à peu, sa santé générale s'est rétablie, mais il a conservé une nécrose de l'os, avec des trajets fistuleux dont l'exploration donne lieu exactement aux mêmes phénomènes que chez le malade précédent. Comme celui-ci, en effet, il présente actuellement une fistule à la partie antérieure de la cuisse, une autre à la partie externe, et conduisant, celle-ci sur une surface osseuse dénudée, celle-là dans l'intérieur du fémur, dans une cavité remplie de fragments osseux mobiles, et dont les parois sont également dénudées.

Eh bien, dans des cas pareils, soit qu'il s'agisse d'une ostéo-périostite simple ou d'origine épiphysaire, vous pouvez vous trouver en présence de trois conditions différentes. Il peut arriver d'abord que, en sondant le trajet fistuleux, vous tombiez sur une surface osseuse, purement et simplement dénudée, ou même recouverte d'un petit séquestre mobile, la surface de l'os s'étant exfoliée. Cette nécrose superficielle n'est pas le cas chez nos malades.

Ou bien la sonde pénètre dans une cavité, et alors vous éprouvez une véritable difficulté à poser un diagnostic précis, parce que vous pouvez vous trouver dans l'une ou l'autre des conditions suivantes :

En effet, dans ce cas, vous pouvez avoir affaire, soit à un séquestre invaginé, soit à une variété d'ostéomyélite non décrite par les auteurs, et qui est caractérisée par l'existence d'une cavité occupant le centre du fémur, sans séquestre, mais renfermant quelques petits fragments osseux mélangés à des fongosités.

Vous allez comprendre tout de suite l'importance de ce diagnostic au point de vue du traitement.

S'il y a un séquestre invaginé qui ne peut sortir par l'ouverture de la fistule, il vous suffira d'agrandir cette dernière et d'extraire le fragment nécrosé pour guérir votre malade ; au contraire, dans l'ostéomyélite dont je viens de vous parler, votre intervention chirurgicale serait à peu près nulle : vous aurez beau débarrasser la cavité des fongosités qu'elle contient, la paroi intérieure étant frappée de nécrose, il n'y aura pas de guérison possible.

Malheureusement, le diagnostic entre ces deux variétés d'ostéite est extrêmement difficile ; je dirai même qu'il n'est possible que par une sorte d'autopsie sur le vivant, c'est-à-dire en faisant une ouverture large et extrêmement étendue.

Dans certains cas, cependant, le diagnostic de séquestre invaginé est assez facile à établir. C'est alors que vous arrivez sur une surface osseuse, puisque vous pénétrez dans l'intérieur du fémur, et que, une fois que vous avez introduit le stylet dans cette cavité, vous sentez manifestement une masse solide, résistante, sur laquelle la sonde résonne, et que, en appuyant fortement avec l'instrument sur cette masse solide, vous parvenez à lui imprimer quelques mouvements.

Mais ces cas sont rares, et, le plus ordinairement, comme je vous le disais, ce diagnostic est de la plus grande difficulté ; aussi, dans les deux faits auxquels nous avons affaire actuellement, je n'oserais pas affirmer qu'il n'existe pas un séquestre invaginé, quoique pourtant certains symptômes ne nous autorisent pas à croire qu'il en soit ainsi.

En effet, dans la cavité osseuse, nous sentons bien un certain nombre de fragments osseux détachés ; mais, quant à l'état dans lequel se trouve l'intérieur de l'os, quant à dire qu'il existe un séquestre invaginé, ou que, après avoir agrandi l'ouverture, nous allons tomber sur une simple cavité à peine nécrosée, renfermant de petits fragments d'os ou des fongosités, je ne puis vous en répondre.

Cependant quelques symptômes pourraient me faire pencher en faveur de l'idée d'une ostéomyélite. C'est la nature du gonflement et le nombre des fistules.

Ordinairement, en effet, lorsqu'il existe un séquestre invaginé, et surtout quand ce fragment d'os est volumineux, il existe un gonflement beaucoup plus considérable que dans les cas que nous avons sous les yeux, et presque toute la hauteur du fémur est prise.

De telle sorte que, s'il me fallait ici préciser un peu plus le diagnostic, je dirais que nous sommes en présence, chez l'un et chez l'autre de nos malades, d'une ostéite avec nécrose et production, à l'intérieur de l'os, d'une cavité formée aux dépens du canal médullaire ; c'est-à-dire d'une ostéomyélite.

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 juin 1879. — Présidence de M. MAGNAN.

### COMMUNICATIONS

**Influence inhibitoire du bulbe sur la moelle.** — M. BROWN-SÉQUARD, continuant ses recherches sur ce sujet, a successivement pratiqué sur les mêmes animaux une hémisection droite de la moelle et une hémisection gauche du bulbe. L'exagération des mouvements réflexes du membre postérieur gauche qui suit la première opération disparaît après la seconde. L'anesthésie de ce même membre reste complète. Quelques cas analogues ont été observés en clinique. Tous ces faits démontrent pour M. Brown-Séquard l'influence inhibitoire du bulbe sur la moelle.

**Rapports de la dyspepsie et de la goutte. — M. LEVEN** présente les moulages en plâtre des mains et des oreilles d'un goutteux. Ce malade porte des tophus énormes sur un grand nombre de points. La goutte chez lui ne saurait être douteuse. Cependant il n'est nullement dyspeptique ; cela tient à ce qu'il n'a jamais fait le moindre excès de table, la misère l'a même condamné à une abstinence presque complète de boissons alcooliques. La dyspepsie n'est donc pas fatalement liée à la goutte ; elle ne l'accompagne si souvent que parce que cette dernière frappe le plus ordinairement des gens riches chez lesquels les écarts de régime sont fréquents et suffisent par eux-mêmes à provoquer des troubles digestifs.

**Origine réelle des nerfs moteurs des yeux. — M. MATHIAS DUVAL.** Les noyaux d'origine des troisième, quatrième et sixième paires crâniennes sont unis entre eux par des faisceaux de fibres dont la disposition éclaire la physiologie compliquée des mouvements associés des yeux. Avant les recherches expérimentales de M. Laborde, avant les faits cliniques publiés par M. Féréol et par M. Graux, il avait constaté en grande partie les faits anatomiques qu'il va exposer et dont il a récemment complété l'étude par des coupes pratiquées sur des bulbes de singe. Un faisceau très-manifeste va du noyau de la troisième paire à celui de la sixième du côté opposé : ainsi s'explique la contraction simultanée du droit interne et du droit externe gauche, et inversement. Ce faisceau est double chez le singe, une de ses branches se jette dans le noyau du pathétique. Ce nerf tire donc partiellement son origine du noyau du moteur oculaire externe : rien d'étonnant dès lors qu'il innerve un muscle rotateur en dehors tel que le grand oblique. Celui-ci dans les mouvements d'inclinaison latérale de la tête agit simultanément avec le petit oblique du côté opposé, mais en sens inverse. Or le noyau du pathétique se confond avec la partie postérieure du noyau de la troisième paire, point de départ du moteur oculaire commun qui innerve le petit oblique, et le pathétique même se décussant dans la valvule de Vieussens va rejoindre le grand oblique du côté opposé à celui où il semble naître. La simultanéité d'action des deux muscles obliques en question s'explique ainsi d'elle-même par la communauté d'origine de leurs nerfs.

**Points douloureux apophysaires dans les affections viscérales. — M. VIDAL.** Certaines affections viscérales s'accompagnent de douleurs le long de la colonne vertébrale ; et ces douleurs ont un siège précis qui dépend de l'organe malade. Dans l'ulcère et le cancer de l'estomac, elles sont surtout ressenties au niveau de la sixième apophyse dorsale ; au niveau de la quatrième, dans les affections hépatiques ; enfin dans la pérityphlite, surtout si l'inflammation affecte le tissu cellulaire de la fosse iliaque plutôt que le péritoine, la douleur occupe les points d'émergence des deux premières paires lombaires gauches.

M. LEVEN fait observer que dans les affections de l'estomac les douleurs doivent être distinguées selon qu'elles occupent le pneumogastrique ou le grand sympathique. Dans le premier cas, elles coïncident avec de la dyspnée, des étouffements, des palpitations ; dans le second, elles sont plus profondes et s'accompagnent de troubles vaso-moteurs dans le bras gauche et la moitié correspondante du tronc.

M. LABORDE proteste contre l'existence de prétendus centres dans la moelle au niveau des apophyses douloureuses ; il ne combat d'ailleurs que l'interprétation donnée par certains cliniciens à des faits d'observation dont il ne conteste pas l'exactitude.

**Du nerf maxillaire supérieur considéré comme nerf vaso-dilatateur type. — M. LAFFONT**, en son nom et au nom de M. Jolyet, fait une communication sur ce sujet.

Dans une séance précédente, ces expérimentateurs ont annoncé qu'il y avait dans le nerf maxillaire supérieur des filets vaso-dilatateurs proprement dits, agissant sur les *muqueuses labiale, nasale et gingivale*.

Dans une nouvelle série de recherches, ils ont étudié le phénomène au triple point de vue de *la chaleur, la rougeur, la pression vasculaire*, que l'on peut considérer comme le trépied de la dilatation vasculaire. Et en effet les résultats ont toujours concordé de quelque façon qu'on ait étudié le phénomène.

1° Dans toutes les expériences où les auteurs ont recherché les effets de l'électrisation du bout périphérique du nerf maxillaire supérieur sur la température (la température était prise simultanément dans les deux narines au moyen de thermomètres très-sensibles), ils ont constaté une élévation de température variant entre 1 et 4 degrés centigrades du côté opéré.

2° Pour ce qui est de la rougeur, toutes les expériences ont aussi montré que l'électrisation du bout périphérique du nerf maxillaire supérieur produisait une rougeur intense des muqueuses nasale, labiale et gingivale du même côté. La lèvre se tuméfie, les poils tactiles se hérissent et paraissent, par suite de la turgescence de la peau, comme ombiliqués. Tous ces phénomènes s'observent d'autant mieux qu'on opère sur des animaux à lèvres moins pigmentées.

3° Le tracé que M. Laffont présente à la Société et qui représente la pression vasculaire prise dans la continuité de l'artère maxillaire interne au moyen d'un ajutage en T, montre bien qu'ici, comme pour la pression de l'artère linguale pendant l'électrisation du bout périphérique du nerf lingual, ainsi que MM. Jolyet et Laffont l'ont démontré les premiers en novembre 1878, *l'effet primitif, immédiat et persistant, est un abaissement de la pression artérielle.*

Les recherches de ces messieurs nous mettent donc en possession d'un troisième nerf vaso-dilatateur type et leur découverte prend rang après celles de Cl. Bernard sur la circulation de la glande sous-maxillaire et de M. Vulpian sur celle de la langue.

De plus, après cette découverte, on doit rejeter pour l'explication des *congestions émotives* et des *congestions qui accompagnent les névralgies du trijumeau*, la théorie régnante jusqu'ici, qui admettait dans ces cas une paralysie momentanée des centres vaso-moteurs bulbaires.

Enfin nous avons une nouvelle preuve de l'existence des centres vaso-moteurs périphériques, puisqu'on ne peut expliquer, comme MM. Jolyet et Laffont l'ont déjà dit le 8 novembre dernier, cette dilatation primitive et immédiate que par une action de ces nerfs dilatateurs (dont le centre est intra-bulbaire ou encéphalique) sur les centres vaso-moteurs périphériques où ils viennent momentanément, lorsqu'ils sont excités, suspendre l'action tonique et permanente des vaso-constricteurs.

MM. Jolyet et Laffont ont apporté en outre une preuve expérimentale du fait annoncé d'abord par Cl. Bernard, que les dilatateurs obéissaient à un excitant moins énergique que les constricteurs. En effet, pendant qu'ils électrisaient le sympathique cervical avec un courant très-fort, excitant le bout périphérique du nerf maxillaire supérieur avec un courant très-faible, ils ont vu à une pâleur maxima succéder subitement une rougeur intense.

Ces filets dilatateurs proviennent, d'après les expérimentateurs, du nerf vidien dont l'électrisation a donné les mêmes effets que l'électrisation du nerf maxillaire supérieur.

---

Séance du 5 juillet 1879. — Présidence de M. MAGNAN.

COMMUNICATIONS

M. MAGNAN présente : 1° de la part de M. Laugier (de Belgique) un travail sur l'insomnie. Dans ce travail, M. Laugier démontre l'influence, au point de vue de l'étiologie de l'insomnie, de la prédisposition à la tuberculose ; 2° de la part de M. Sazie, sa thèse inaugurale sur les troubles intellectuels dans l'aphasie.

**Influence réciproque des injections sous-cutanées d'atropine et de pilocarpine les unes sur les autres. — M. STRAUSS** fait une communication sur ce sujet. Si l'on injecte 1 centigramme de chlorhydrate de pilocarpine sous la peau, on constate au niveau de la piqûre une rougeur, la formation d'une sorte d'ampoule autour de laquelle apparaissent bientôt des perles de sueur. Cette action locale, qui s'exerce cinq minutes à peine après la piqûre, précède toute action générale qui ne se produit que huit ou dix minutes après l'injection. Elle est d'autant plus marquée que la

région où l'on opère est plus riche en glandes sudoripares. Un physiologiste de Zurich, professeur à l'École de médecine vétérinaire, avait constaté le même fait en injectant 40 centigrammes de chlorhydrate de picolarpine sous la peau d'un cheval.

M. Strauss a cherché si cette action locale pourrait se produire sans l'action générale. En n'injectant que 4 à 2 milligrammes, l'effet local se produit sans effet général.

Si, chez des individus mis en pleine sudation par une injection sous-cutanée de 1 ou 2 centigrammes de pilocarpine, on fait une injection de sulfate d'atropine, on arrête aussitôt la sudation dans une certaine zone. Un dixième, un centième ou même un millième de milligramme de sulfate d'atropine suffisent pour obtenir cet effet d'arrêt. On peut donc conclure de ces faits que la peau de l'homme en sudation est un réactif d'une délicatesse exquise eu égard à l'atropine.

M. Strauss a fait aussi des expériences sur des chats. Si l'on injecte sous la pulpe glabre de la patte d'un chat de la pilocarpine après avoir injecté de l'atropine, on ne produit qu'une sudation locale, l'injection préalable d'atropine s'opposant à la production de l'action générale habituellement exercée par la pilocarpine. Chez un petit chat, 3 milligrammes de sulfate neutre d'atropine suffisent pour empêcher l'action même locale de 2 centigrammes de nitrate de pilocarpine. Avec 6 milligrammes de sulfate neutre d'atropine chez l'homme, on paralyse l'action de 2 centigrammes de pilocarpine.

**Appréciation de l'acuité visuelle chez les soldats et les marins.**— M. MAUREL fait, sur ce sujet, une communication dont voici les conclusions :

1° L'acuité visuelle varie pour chaque individu et pour chaque couleur.

2° On peut considérer comme acuité visuelle normale celle qui correspond à une image rétinienne minima de 4 millièmes de millimètre.

3° L'appréciation de cette qualité de la vue peut rendre de grands services pour la répartition des recrues dans les différentes professions de la marine.

4° Cette appréciation est surtout importante pour les pilotes, les guetteurs, les fusiliers, les canonniers et les timoniers.

5° Pour les pilotes et les guetteurs on ne saurait admettre une vue moyenne inférieure à 13 mètres.

6° Pour les canonniers, cette moyenne peut descendre à 11m,50.

7° Pour les timoniers, elle doit être de 12 mètres, et, de plus, aucune des moyennes chromatiques ne doit descendre au-dessous de 10 mètres.

8° Enfin, pour les fusiliers, vu la nécessité de ne pas éliminer un trop grand nombre d'hommes, on peut descendre jusqu'à 10 mètres de moyenne ; mais je pense que c'est s'exposer à encombrer les rangs de bouches inutiles que de prendre des vues au-dessous.

Telle est la méthode proposée par M. Maurel. Il en reconnaît les imperfections.

L'examen de la vue, dit-il, pour être complet, en effet, devrait porter sur bien des points qu'elle néglige. Tels sont : la vision distincte, la puissance d'accommodation, le champ visuel, l'astigmatisme, etc. Mais, outre qu'au point de vue des professions dont il s'agit, ces épreuves n'ont qu'une importance secondaire, il faut de plus tenir compte des difficultés venant du personnel, quelquefois peu intelligent, qui doit les subir.

Aussi me suis-je attaché à chercher une méthode exempte de toute épreuve délicate, assez simple pour être mise dans les mains d'agents subalternes, et cependant suffisante pour servir de guide dans les choix que l'on fait pour le recrutement de certaines professions. C'est à ce titre exclusivement pratique que je crois qu'elle peut rendre quelques services. Du reste, l'utilité de l'examen de la vue une fois constatée, il sera toujours facile aux commandants et aux médecins qui auront reconnu l'insuffisance de ma méthode de la compléter au gré de leur désir, et d'y ajouter telles épreuves dont l'importance leur aura été révélée par la nature des cas spéciaux dont ils s'occupent.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Faculté de médecine de Paris.* — L'administration de l'Assistance publique ayant adressé à la Faculté le stage pour le troisième trimestre, MM. les étudiants stagiaires peuvent prendre immédiatement leur inscription de juillet.

— La Commission du budget a admis la création d'une chaire de clinique des maladies cutanées et des maladies syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris.

— M. le docteur Ant. Poncet, agrégé, vient d'être, à la suite de brillantes épreuves, nommé chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

— La Faculté de médecine de Nancy présente, pour la chaire de médecine opératoire : en première ligne, M. Gross ; en seconde ligne, M. Sarrazin ; en troisième ligne, M. Heydenreich ; pour la chaire de physique et d'hygiène, M. Charpentier.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Croullebois, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique.

— M. le docteur Tribes est nommé médecin adjoint au lycée de Nîmes, en remplacement de M. le docteur Puech, nommé médecin titulaire audit lycée.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Alfred Lejeal, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Valenciennes, décédé le 17 juin dernier, à l'âge de quarante-neuf ans.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Avis.* — M. Vasilesco est prévenu qu'il passera le troisième examen sur les sciences accessoires le mercredi 9 juillet, à une heure précise (première série).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8433.

**Ce journal paraît trois fois par semaine**
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

**Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57**
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A la suite d'une discussion assez véhémente et parfois un peu confuse, l'Académie paraît devoir abandonner ce qui semblait peu exécutable dans le projet élaboré par sa commission relativement à l'organisation de la statistique médicale.

Les objections qui nous avaient frappé lors de la lecture du rapport de M. Lagneau ont été développées par plusieurs orateurs.

M. Bourdon a prouvé que le projet exposé par M. le préfet de la Seine, beaucoup plus simple, beaucoup moins dispendieux, offrait pour le moins autant d'avantages à tous les points de vue.

M. Depaul a montré combien on se faisait illusion si on se flattait d'obtenir des statistiques vraiment exactes, même en exerçant une sorte de pression morale sur la volonté des médecins à force d'instances et d'insistance.

M. Hardy a critiqué l'institution dans chaque mairie d'agents spéciaux chargés d'aller à domicile chez les médecins traitants exercer cette pression morale par leur présence, souvent importune, et leurs fatigantes réclamations. Il a proposé, en conséquence, un contre-projet laissant à la poste le soin de porter au médecin traitant l'avis du décès avec le bulletin à remplir, et au bureau préfectoral de statistique le bulletin médical une fois rempli.

Deux membres de la majorité de la commission, MM. Broca et Bergeron, après avoir vivement défendu dans ses motifs le projet présenté par elle, se sont ralliés en définitive au contre-projet de M. Hardy.

Reste à entendre le rapporteur, M. Lagneau, dont le discours a dû être remis à quinzaine, car mardi prochain aura lieu la séance publique annuelle.

Dr Victor REVILLOUT.

### HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

#### Cirrhose hypertrophique du foie.

I

La cirrhose hypertrophique du foie n'est connue, comme entité morbide distincte, que depuis quelques années seulement. Jusque-là on l'avait confondue avec l'hépatite chronique, avec la cirrhose ordinaire. Il suffit de lire avec attention les observations des auteurs qui, il y a vingt ans, se sont occupés des maladies du foie, pour y trouver des observations qui, par les symptômes observés pendant la vie ainsi que par les lésions révélées par l'autopsie, se rapportaient évidemment à la cirrhose hypertrophique. Je vous citerai surtout, dans la clinique d'Andral, trois cas dans lesquels les malades avaient présenté des troubles gastriques, de l'augmentation de volume du foie, de l'ictère, et chez lesquels on constata après la mort toutes les lésions qui caractérisent la cirrhose hypertrophique, telles que je vous les ai décrites.

Cependant, dès cette époque, on avait déjà remarqué que, chez certains malades qui présentaient les symptômes ordinaires de la cirrhose, le foie, au lieu d'être rapetissé, était augmenté de volume. Mais on n'avait pas été plus loin, et l'on avait expliqué le phénomène en disant que, dans la première période de la cirrhose, le foie commençait par s'hypertrophier pour revenir ensuite sur lui-même à une époque plus avancée de la maladie.

En 1852, M. Gubler, dans sa thèse d'agrégation sur l'ictère, signala, un des premiers, une forme particulière de cirrhose dans laquelle le foie, au lieu d'être ratatiné et revenu sur lui-même, avait au contraire un volume, sinon plus considérable, du moins normal. Il en conclut que l'on devait avoir affaire dans ces cas à une variété spéciale de cette affection.

Avant lui, cependant, ce fait, je dois le dire, avait été entrevu par Requin qui, ayant observé deux cas de cirrhose dans lesquels le foie était augmenté de volume, avait cru devoir rattacher ce phénomène à une forme non encore décrite de cette maladie.

Mais il faut arriver jusqu'en 1871 pour trouver à ce sujet des renseignements un peu plus complets. A cette époque, en effet, après la relation d'une observation semblable due à M. Paul Ollivier, on signala une maladie du foie qui différait de la cirrhose ordinaire par les symptômes et les lésions anatomiques, et pour la première fois on en conclut à une affection différente de celle-ci et constituant à elle seule une maladie spéciale, une entité morbide parfaitement distincte.

A partir de ce moment, de nouveaux faits furent signalés de toutes parts. M. Hayem d'abord rapporta trois observations de cirrhose caractérisée par de l'augmentation de volume du foie, par de l'ictère et, à l'autopsie, par des lésions

spéciales. Puis vinrent des travaux de M. Charcot, de M. Luys sur l'anatomie pathologique de cette affection, et enfin parut le livre de M. Cornil, à qui revient le mérite d'avoir établi que les lésions spéciales de la cirrhose hypertrophique consistaient surtout dans l'augmentation de volume des canalicules biliaires résultant de la prolifération des cellules épithéliales qui tapissent la face interne de ces vaisseaux et amenant, consécutivement, la rétention de la bile dans leur cavité.

A partir de ce moment on admit définitivement une forme spéciale d'altération du foie, à laquelle on donna le nom de cirrhose hypertrophique.

Tous ces détails sur l'historique de cette maladie, sur son anatomie pathologique, sur ses symptômes, vous les trouverez d'ailleurs très-bien décrits, très-bien collationnés dans un excellent travail de M. Hanot qui, en 1876, fit sur la cirrhose hypertrophique une thèse très-remarquable dans laquelle il réunit un grand nombre d'observations empruntées à divers auteurs et que M. Hanot a accrues de quelques faits personnels.

Relativement à l'histoire de cette maladie, on peut donc établir trois périodes, trois époques bien distinctes: une première phase dans laquelle la cirrhose hypertrophique est absolument confondue avec la cirrhose ordinaire; une seconde où l'on commence à remarquer que dans cette affection le foie, au lieu de diminuer, augmente de volume sans que pourtant on établisse encore de distinction entre ces deux formes; une troisième enfin dans laquelle on fait de la cirrhose hypertrophique une maladie toute différente, donnant lieu à des symptômes propres, à des lésions spéciales et à laquelle on donne le nom de cirrhose hypertrophique.

On pourrait même dire que, de nos jours, une quatrième époque commence. En effet, si, d'après les travaux de MM. Ollivier, Hayem et Cornil, on a pu séparer nettement la cirrhose atrophique de la cirrhose hypertrophique, il est cependant un certain nombre de cas dans lesquels on trouve réunis à la fois, chez le même individu, des symptômes propres à l'une et à l'autre de ces affections, chez lesquels enfin on voit survenir des altérations communes à l'une et à l'autre. D'où l'on est arrivé à penser que, bien que chez certains malades la cirrhose atrophique et la cirrhose hypertrophique se présentent avec des caractères parfaitement nets, parfaitement distincts, il est des circonstances dans lesquelles ces deux variétés de cirrhose sont associées ensemble de manière à donner lieu à une forme mixte, caractérisée par des lésions anatomiques et par des symptômes appartenant à l'une et à l'autre de ces affections.

Ces faits même sont communs. Nous en avons eu un exemple, dans nos salles, l'année dernière, chez un malade qui présentait à la fois de l'ictère et de l'ascite et chez lequel nous avons trouvé à l'autopsie des lésions de la cirrhose atrophique mélangées à celles qui caractérisent la cirrhose hypertrophique. Enfin, tout récemment encore, la semaine dernière, vous avez pu voir au n° 5 de la salle Saint-Charles, un homme qui présentait également de l'ictère et de l'ascite et chez lequel l'examen *post mortem* nous a fait découvrir des altérations du foie spéciales à ces deux affections.

Si donc il est permis, en pathologie, de séparer bien nettement ces deux formes, il n'en est pas toujours de même en clinique où, dans certains cas, elles se combinent, s'associent l'une à l'autre de manière à donner lieu à une forme mixte. Dans ces cas, le foie conserve son volume normal; il peut même augmenter dans une certaine mesure, mais jamais il ne présente la petitesse qui caractérise l'atrophie pure et simple. Dans ces cas, sous l'influence de la cirrhose hypertrophique, qui tend à accroître ses dimensions, et par suite de l'action de la cirrhose atrophique agissant en sens contraire, il conserve son volume à peu près normal, de telle sorte qu'à l'autopsie on ne le trouve ni augmenté ni atrophié.

Les symptômes propres à la cirrhose hypertrophique diffèrent suivant que la maladie est à son début ou qu'elle est arrivée à la période d'état.

Dans le premier cas, la cirrhose peut débuter par des troubles gastro-intestinaux. On constate alors une diminution notable de l'appétit: les sujets digèrent mal, ils ont fréquemment des vomissements, quelquefois même de la diarrhée. Chez le malade qui a fait le sujet de notre dernière leçon, c'est ainsi que les choses se sont passées.

En effet, pendant les huit mois qu'a duré sa maladie, vous avez pu constater chez lui des vomissements assez fréquents et de la diarrhée.

A cette époque également il n'est pas rare qu'il existe de la douleur, non-seulement dans la partie de l'abdomen qui correspond au foie, mais même à l'hypochondre gauche et à l'épigastre. Disons enfin que de ces troubles gastriques il résulte bientôt de l'affaiblissement des forces musculaires, ainsi qu'un amaigrissement assez notable.

Lorsque la maladie est parvenue à la période d'état, un des premiers phénomènes qui apparaît, c'est l'ictère. C'est même, avec l'augmentation de volume du foie, le phénomène le plus marqué que l'on observe dans la cirrhose hypertrophique. Aussi peut-on dire de l'ictère qu'il est à celle-ci ce que l'ascite est à la cirrhose atrophique. Non-seulement cet ictère est extrêmement intense, mais il est persistant. C'est au point même que certains malades, qui sont atteints depuis cinq ou six ans déjà, n'ont jamais cessé de présenter cette coloration jaune de la peau plus ou moins prononcée à de certains moments qu'à d'autres, disparaissant quelquefois pendant quelque temps pour revenir un peu plus tard, mais toujours persistante et quelquefois même permanente.

A côté de ce phénomène bien marqué, il en est un autre qui, avec cette douleur dans la région de l'hypochondre droit dont je vous ai parlé, attire le premier l'attention des malades. C'est une augmentation du volume du ventre à la partie supérieure, dans la région correspondant au foie, en vertu de laquelle les malades ont souvent de la difficulté à boutonner leur pantalon. Il y a là, en effet, une véritable tumeur, et, si on pratique la palpation de l'abdomen, on trouve dans l'hypochondre droit une résistance assez notable qui indique que le foie est augmenté de volume.

Pour bien apprécier cette augmentation de volume du foie par la percussion, il convient de procéder de haut en bas, en commençant d'abord dans la ligne axillaire pour déterminer ensuite la matité dans le sens transversal de dedans en dehors.

Non-seulement le foie est augmenté de volume, mais encore on trouve que la rate elle-même a subi un développement considérable, bien plus marqué que dans la cirrhose atrophique, et qu'en même temps elle est le siège de douleurs assez vives à la pression. Dans certains cas, cette augmentation de volume est telle que la matité de la rate se confond avec la matité du foie à la région épigastrique et qu'il est impossible de déterminer exactement la part qui revient à l'un ou à l'autre de ces organes.

Outre cela, non-seulement il existe pendant le cours de la maladie des douleurs très-vives, mais encore il survient dans tout le ventre des phénomènes douloureux dont l'anatomie pathologique rend très-bien compte en faisant voir après la mort qu'il existe chez certains malades des traces de péritonite, soit sur la partie du péritoine qui recouvre le foie et la rate, soit même dans cette portion de la séreuse qui s'étend comme un voile au-devant des intestins.

C'est à cette inflammation chronique du péritoine qu'il faut, chez le malade dont je vous ai parlé dernièrement, rattacher ces douleurs vagues qu'il accusait du côté du ventre. En même temps que ces divers phénomènes, on observe également des symptômes négatifs qui permettent d'établir le diagnostic différentiel entre la cirrhose atrophique et la cirrhose hypertrophique.

C'est ainsi que, si les veines préabdominales ne sont pas appréciables à la surface de la peau, que si elles ne sont pas distendues, on doit en conclure que la circulation du foie est libre, que les veines hépatiques ne sont pas comprimées, que le système de la veine porte est intact et fonctionne régulièrement; qu'il n'est pas nécessaire enfin, pour que la circulation s'effectue, que le sang passe par les veines collatérales pour retourner au cœur et que, conséquemment, on a affaire à la cirrhose hypertrophique.

Mais, j'ai hâte de le dire, il arrive fréquemment qu'on observe dans la cirrhose hypertrophique cette dilatation des veines sous-cutanées abdominales. M. Hanot rapporte dans sa thèse quelques observations de ce genre, et notre malade de la semaine dernière nous en a d'ailleurs offert un exemple.

Il semblerait pourtant que ce phénomène négatif, l'absence de dilatation veineuse, qu'on a considéré comme un des caractères propres de la cirrhose atrophique, n'ait pas de raison d'être. C'est qu'alors il s'agit d'une de ces formes mixtes dont je vous ai parlé précédemment et dans laquelle les deux variétés de la cirrhose sont réunies chez le même individu. C'est en effet dans ces cas mixtes que, avec un foie ayant conservé son volume normal, avec un ictère plus ou moins intense, vous voyez survenir ce développement des veines préabdominales et hémorrhoïdales, et tous les phénomènes, en un mot, qui accusent la gêne de la circulation hépatique.

Un autre phénomène négatif, également de la plus haute importance, c'est l'absence d'ascite. Mais, si ce phénomène n'existe pas dans la cirrhose hypertrophique franche, M. Hanot en a cité des cas dans lesquels tel individu qui présentait d'une manière bien tranchée les caractères de cette affection avait un épanchement liquide considérable dans la cavité péritonéale. Notre malade était dans ce cas; celle de l'année dernière également. Ce phénomène n'a donc pas, pas plus que la dilatation des veines préabdominales, la valeur absolue qu'on lui attribue ordinairement. Oui, l'ascite fait défaut dans la cirrhose hypertrophique pure et simple; mais il est, comme je vous l'ai déjà dit, des cas mixtes dans lesquels on trouve réunis les symptômes propres à l'une et à l'autre forme de la cirrhose, et dans lesquels enfin on observe à la fois de l'ictère, de l'ascite, de la dilatation des veines préabdominales et hémorrhoïdaires.

J'ajouterai que les urines, dans cette maladie, présentent toutes les modifications physiques et chimiques qui caractérisent l'urine des gens qui ont de l'ictère. Ainsi elles sont plus abondantes que dans la cirrhose atrophique; elles présentent une coloration d'un jaune noirâtre qui ne rappelle en rien la teinte rouge hortensia résultant de la présence des urates et de l'uro-hématine que l'on observe dans cette dernière affection. Ici, au contraire, il y a une tendance à la diminution de l'urée qui descend quelquefois à 4 ou 6 grammes dans les vingt-quatre heures, au lieu de 12 à 16 grammes qui représentent le chiffre de cette substance à l'état normal.

Les individus qui sont atteints de cirrhose hypertrophique sont sujets aux hémorrhagies, par le nez, par la peau, par la bouche, en un mot par les différentes voies de l'économie. Ces accidents sont le résultat du symptôme ictère et non de la lésion hépatique elle-même. On voit de ces gens, chez lesquels les pertes de sang plus ou moins abondantes coïncidaient avec cette coloration jaune de la peau que communique la bile aux téguments, cesser d'avoir des hémorrhagies dès que l'ictère lui-même disparaissait.

Indépendamment des phénomènes locaux que je viens de vous décrire, il existe encore dans cette maladie des symptômes généraux. C'est ainsi que l'on voit survenir, lorsqu'ils n'ont pas apparu dès le début, du dégoût des aliments, de l'inappétence, des vomissements, de la diarrhée et, par suite du défaut d'alimentation, de l'amaigrissement, de l'affaiblissement musculaire. Enfin, après un temps plus ou moins long, tous les phénomènes de la cachexie qui témoignent du retentissement de la maladie sur la santé générale.

D'autre part, l'ictère, quand il est intense et qu'il persiste depuis quelque temps, entraîne tous les phénomènes qui se rattachent à cet état morbide, c'est-à-dire la présence de quelques râles disséminés dans toute l'étendue de la poitrine et surtout cette tendance particulière aux hémorrhagies dont il a été question précédemment, et enfin, quand la terminaison est proche, tous les phénomènes qui caractérisent l'ictère grave.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

### Phagédénisme syphilitique : phagédénisme tertiaire (1).

III

Diagnostic. — Le diagnostic du phagédénisme tertiaire ne présente en général pas de difficultés ; il s'impose d'une façon nette et évidente par la physionomie classique des syphilis tertiaires. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Lorsqu'il prend l'allure banale de toute plaie, il risque d'être confondu avec une série d'affections, parmi lesquelles je cite en premier lieu la scrofule. C'est avec le phagédénisme scrofuleux que le phagédénisme tertiaire est le plus souvent confondu ; aussi je consacrerai une étude spéciale au phagédénisme scrofuleux.

En dehors de la scrofule, le phagédénisme tertiaire peut être surtout confondu avec le cancroïde et avec le phagédénisme du chancre simple.

*a*. On prend souvent pour un cancroïde le phagédénisme tertiaire. Ricord a maintes fois eu l'occasion d'arrêter le bistouri du chirurgien prêt à opérer pour de prétendus cancroïdes. Moi-même, j'ai eu trois fois déjà la même occasion, notamment pour une lésion de la base de la verge chez un officier d'outre-Rhin qui guérit en quelques semaines par le traitement spécifique.

Les bases de ce diagnostic différentiel reposent sur six

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 juillet.

ordres de considérations principales : 1° *les commémoratifs;* sauf coïncidence, on ne trouve pas d'antécédents spécifiques chez le porteur d'un cancroïde ; 2° *le mode d'évolution.* Le cancroïde a une marche beaucoup plus lente, et une tumeur sèche, dure, non ulcéreuse, précède son apparition, tandis qu'une gomme s'ulcère rapidement ; 3° *l'état de l'ulcération.* Le cancroïde est encore une tumeur, il est toujours une tumeur qui a un corps et une base, une dureté particulière. Inversement les ulcérations tertiaires ont une ulcération sans tumeur véritable, sans dureté ; 4° *les signes objectifs.* L'ulcération du cancroïde est toujours plus fongueuse ; celle du cancroïde saigne facilement dès qu'on la touche, et laisse échapper une sanie ichoreuse fétide ; elle a les bords renversés, proéminents comme un champignon, un chapiteau ou un chou-fleur, signe très-utile pour le diagnostic ; 5° *l'état des ganglions.* Ils sont engorgés dans le cancroïde, presque certainement. Ils ne le sont pas dans le phagédénisme tertiaire ; 6° *l'action du traitement spécifique.* Il est évidemment dépourvu de toute influence heureuse sur le cancroïde, tandis qu'il réussit ordinairement dans le phagédénisme syphilitique. Aussi, lorsqu'on se trouvera dans l'embarras et le doute, il ne faut pas hésiter à employer le traitement spécifique. C'est un devoir urgent, impérieux, je dirais presque un devoir professionnel, dès qu'un doute subsiste dans l'esprit du médecin sur la nature de la lésion.

*b.* On peut confondre avec un chancre simple une lésion du phagédénisme tertiaire. Lorsque le phagédénisme siège sur la verge ou sur les organes génitaux, il simule le chancre simple. Sans doute, la confusion est parfois possible, mais les caractères objectifs présentent toujours certaines nuances ; un élément précieux de diagnostic sera, dans les cas difficiles, l'inoculation, l'auto-inoculation, bien entendu. Vous savez en effet ce que produit l'inoculation d'un chancre simple, elle produit invariablement un chancre simple. Au contraire, du pus syphilitique inoculé à un sujet syphilitique ne produit rien. (Voir *Gazette des Hôpitaux* 1879, page 323.)

Si donc vous vous trouvez en présence d'une lésion phagédénique et que vous n'en reconnaissiez pas la nature, prenez votre lancette et inoculez le pus de cette plaie. Si l'inoculation produit un chancre simple, vous avez affaire à un chancre simple ; si elle ne produit rien, c'est un phagédénisme tertiaire. Avec une telle sûreté de raisonnement et une telle simplicité de moyens, vous m'accorderez qu'en pareils cas, l'inoculation n'est pas seulement une opération licite, c'est une opération indispensable formellement indiquée. Je puis citer comme exemple un malade qui était porteur depuis deux ans d'un prétendu chancre simple qui avait envahi la verge, dévoré le gland et décortiqué le corps caverneux. Lorsqu'il vint me consulter en cet état, je pensai qu'il était atteint de phagédénisme tertiaire, et je proposai l'inoculation pour lever tous les doutes. Le confrère qui traitait ce malade s'y refusa formellement. Deux mois après, le phagédénisme avait gagné la paroi abdominale ; on accepta le contrôle de mon diagnostic par l'inoculation.

Une première, puis une deuxième inoculation, furent pratiquées : elles furent complètement négatives. C'était donc un phagédénisme tertiaire. Je prescrivis un traitement spécifique qui fut suivi et amena une guérison très-rapide.

Étiologie. Quand on analyse un certain nombre de cas de phagédénisme tertiaire, on peut les classer en deux catégories : dans l'une, on trouve des causes rationnelles et parfaitement plausibles ; dans l'autre, on ne découvre aucune cause vraiment satisfaisante du phagédénisme.

1° Dans le premier ordre de faits, la cause majeure est l'absence de traitement ou une excitation locale ayant retenti sur la lésion, l'absence de pansement, d'hygiène ou de soins de propreté, la saleté ou des cautérisations intempestives, ou le contact de l'urine qui est un topique détestable et pourtant si populaire pour les ulcérations de tout genre. L'état général du sujet, lymphatisme ou scrofulisme, appauvrissement constitutionnel, misère, alimentation insuffisante, âge avancé des malades, grossesse, alcoolisme, tout cela constitue autant de causes prédisposantes du phagédénisme.

2° Dans la deuxième catégorie, au contraire, on ne trouve aucune cause satisfaisante : le phagédénisme s'est développé en dehors de toutes les causes que nous venons d'énumérer. J'ai vu du phagédénisme chez des sujets ayant suivi un traitement convenable, avec pansements minutieux, jouissant d'ailleurs d'une parfaite santé, exempts de diathèse et de tout vice constitutionnel, soumis à une excellente hygiène et ne manquant absolument de rien, tout en se gardant de commettre des excès. Je dirai même que ces cas sont infiniment plus nombreux que les premiers. Le phagédénisme reste encore inexpliqué dans ses causes véritables.

Cependant tout n'est pas mystère dans son étiologie : un point important a été élucidé dans les dernières années, c'est que le phagédénisme tertiaire, et même les divers phagédénismes ont besoin pour se développer d'une certaine disposition du terrain. Nous le savons en effet grâce à la théorie ancienne, actuellement ruinée, qui supposait l'existence d'un virus phagédénique indépendant du virus syphilitique et donnait à la maladie phagédénique une individualité propre. Les faits contradictoires ont ruiné absolument cette opinion ; la méthode des confrontations (Voir *Gazette des Hôpitaux* 1879, page 499) a démontré qu'une lésion syphilitique phagédénique peut dériver d'une plaie non phagédénique, et peut avoir pour mère la plus bénigne ulcération spécifique. Je citerai comme exemple celui d'une femme atteinte d'un horrible phagédénisme qui a couvert tout le corps, et a envahi le nez, les lèvres, etc. ; cette épouvantable syphilis lui venait de son mari chez qui je n'ai découvert qu'un très petit chancre, ayant la largeur d'une lentille, et cicatrisé spontanément. Le mari, quoique incomplètement traité, n'a présenté pour lésions secondaires que quelques érosions gutturales et une roséole très-légère.

Nous ne pouvons donc point dire qu'une plaie sera phagédénique parce que le virus a été puisé à une ulcération phagédénique. Le phagédénisme se développe indépendamment de toute provenance et de toute origine ; il tient au terrain, aux influences personnelles du sujet. En mot, ce n'est pas la graine, c'est le terrain qui fait le phagédénisme.

Traitement. 1° Le premier devoir du médecin est de rechercher minutieusement si le phagédénisme a des causes : dans beaucoup de cas il n'en trouvera pas, mais, dans un petit nombre de cas, cette recherche lui sera d'un grand secours. Ainsi, j'ai vu à Lourcine une femme à qui un effroyable phagédénisme avait abattu trois orteils. J'appris que cette complication avait trois causes évidentes, absence d'hygiène, de pansement, et malpropreté absolue ; fatigue excessive, sa profession de blanchisseuse l'obligeant à rester debout toute la journée ; enfin excès alcooliques, elle buvait force petits

verres de mauvaise eau-de-vie pour se donner du cœur à l'ouvrage. Je la fis entrer à l'hôpital ; du jour au lendemain, avant l'intervention d'un atome de mercure, la plaie s'était métamorphosée, et la guérison fut obtenue en un très-court espace de temps.

2° Les causes étant connues et écartées, s'il y a lieu, il faut instituer le véritable traitement du phagédénisme. On a tout employé contre le phagédénisme ; je ne vous ferai pas la fastidieuse énumération de tous ses remèdes, je me contenterai de vous signaler le traitement qui est le mieux consacré par l'expérience. Il porte sur trois points : médication interne, pansement occlusif et balnéation répétée.

*a.* Il ne faut pas hésiter à prescrire l'iodure de potassium qui est le remède par excellence, le grand remède de ces formidables lésions ; il faut le prescrire à des doses suffisamment élevées, 3 à 5 grammes par jour, pas moins.

Cela suffira habituellement sans qu'il soit besoin d'y ajouter l'administration du mercure. Cependant certains médecins hésitent à employer le mercure contre le phagédénisme ; c'est une grave erreur ; maintes fois j'ai prescrit l'iodure associé au mercure, et je lui dois d'heureux résultats.

*b.* Le pansement le meilleur est, à coup sûr, le pansement par occlusion, mais il faut une occlusion bien faite, hermétique, comme la pratiquait Chassaignac. On recouvre la plaie d'une série de bandelettes de diachylon entre-croisées et imbriquées, et immobilisées à l'aide de compresses. J'emploie aussi le sparadrap mercuriel de Vigo ; mais il doit être très-souple et bien préparé, afin qu'il puisse s'appliquer sur toutes les anfractuosités de l'ulcère phagédénique.

*c.* Les bains sont un moyen de traitement très-utile. Dans les premiers temps on donne des bains tièdes d'une heure, tous les jours, puis, plus tard, tous les deux ou trois jours. L'occlusion est faite aussitôt après.

Tel est le traitement qui réussit le mieux, aidé par le repos et l'hygiène ; il m'a donné des succès nombreux et éclatants, je dirai même merveilleux. En quelques semaines le phagédénisme est guéri. J'ai vu guérir en vingt-huit jours le phagédénisme de toute la cuisse dont je vous ai déjà parlé ; celui du pied en quarante jours.

Toutefois il est malheureusement des cas où le traitement est impuissant. Il est des cas où la guérison est lente et demande plusieurs semaines ou plusieurs mois ; d'autres où elle ne réussit pas du tout. Si, après avoir essayé méthodiquement et consciencieusement le traitement indiqué, l'on a échoué, faut-il changer la médication interne pour en adopter une autre ? Retenons bien que rien ne remplace les spécifiques.

Faut-il changer le pansement ? Oui, on peut tenter deux nouvelles ressources : 1° le pansement à l'iodoforme, dont on saupoudre abondamment, largement, toute la plaie, qui est ensuite recouverte de ouate maintenue avec une bande. L'iodoforme est un topique à action très-inégale ; quelquefois il ne produit rien, quelquefois il agit d'une façon merveilleuse, il n'y a pas de milieu. 2° Le pansement avec une solution de nitrate d'argent faible (1 gramme de nitrate sur 100 ou 150 grammes d'eau) fournit aussi de bons résultats.

Si l'on échoue encore, on n'est que trop autorisé à tenter les autres moyens ; on va alors un peu à l'aventure ; il faut du tact et de la prudence pour choisir, au milieu de mille remèdes, les plus inoffensifs et les mieux appropriés à la lésion.

Mais, en cas de nouvel insuccès, il ne faut pas poursuivre indéfiniment dans la voie empirique ; le bon sens dit qu'il faut s'arrêter et que ce serait un véritable abus de continuer à surcharger remèdes sur remèdes. C'est alors que, suivant l'expression de Ricord : « Quand on a tout fait en vain, il ne faut plus rien faire. »

Oui, il faut suspendre toute médication active, ne faire que des pansements anodins, et attendre plusieurs mois, s'il est nécessaire, le résultat de ce changement radical. Cet entr'acte thérapeutique peut modifier la constitution si on l'aide par le changement d'air, le séjour à la campagne et sur les bords de la mer, l'usage des eaux minérales reconstituantes, etc. Ensuite on reprendra le traitement. Plusieurs fois j'ai obtenu ainsi des résultats heureux ; j'ai vu entre autres, avec M. Ricord, un étudiant en médecine qui avait une terrible syphilide phagédénique de tout le crâne et de la moitié de la face, du cou, des épaules, etc. Pendant quatre à cinq ans, il avait en vain essayé tous les traitements. A bout de ressources, M. Ricord lui fit suspendre toute médication interne et externe, et lui prescrivit simplement des lotions avec de l'eau de guimauve. Après un séjour de quatre mois à la campagne le malade revint, la lésion locale n'ayant guère changé d'aspect, mais son état général notablement modifié. Il fut alors soumis au traitement par l'iodure de potassium et par l'occlusion ; en six semaines il était absolument guéri. Je pourrais citer trois autres malades identiques qui ont guéri ainsi, après plusieurs années du phagédénisme le plus grave.

Enfin, si tous les efforts restaient inutiles, il ne resterait plus qu'une ressource ultime, celle de la destruction même du phagédénisme par les moyens chirurgicaux.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 juillet 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie l'ampliation d'un décret qui approuve l'élection de M. le docteur Proust comme membre titulaire dans la section d'hygiène publique, en remplacement de M. Tardieu, décédé.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes-rendus des épidémies qui ont régné en 1878 dans les départements des Landes, du Jura, des Pyrénées-Orientales, de l'Indre, de la Haute-Vienne, de l'Isère, de Maine-et-Loire, de la Meuse, de Loir-et-Cher, du Finistère, de la Haute-Garonne, de la Sarthe, des Basses-Pyrénées, de Seine-et-Oise, du Nord, de l'Aisne, du Doubs, de la Dordogne, du Calvados et du Lot. (Commission des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend : 1° une lettre de M. Ferray, pharmacien à Évreux, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (accepté) ; 2° une lettre de M. le docteur Mauriac (de Bordeaux), accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *La propylamine, la triméthylamine et leurs sels.*

**M. Broca** présente, de la part de M. Muston, pasteur protestant à Bourdeaux (Drôme), une note relative au traitement des déviations de la colonne vertébrale par la marche sur un plan incliné latéralement. (Commission du prix Barbier.)

M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui le 8 janvier 1877. Ce pli cacheté, ouvert par M. le secrétaire perpétuel, est relatif à la guérison de la chute du rectum par les injections d'ergotine.

### DISCUSSION SUR LES MEILLEURS MOYENS D'ORGANISER UNE STATISTIQUE MUNICIPALE EXACTE

**M. Bourdon** rappelle dans quels termes la question se pose actuellement après la lettre de M. le préfet de la Seine et le rapport de M. Lagneau.

Voici, dit-il, ce que propose l'administration préfectorale :

« Dès que l'Académie aurait répondu favorablement à sa lettre, M. le préfet de la Seine adresserait à tous les médecins de Paris une circulaire dans laquelle, s'appuyant sur l'approbation de ce corps savant, il ferait valoir les avantages que présenterait, au point de vue de la science, leur coopération à l'œuvre de la statistique nosologique et il ferait appel à leur concours et à leur bonne volonté.

« Ensuite, chacun de ces praticiens recevrait un carnet à souche, comprenant des bulletins sur lesquels on le prierait d'inscrire le nom du décédé et la maladie qui a causé sa mort.

« Ce bulletin plié et cacheté porterait, imprimée d'avance, l'adresse de M. le Préfet de la Seine, et serait jeté à la poste sans être affranchi, la Préfecture jouissant de la franchise postale.

« Pour garder son secret professionnel, le médecin pourrait, lorsqu'il croirait pouvoir le faire, supprimer, sur le bulletin, le nom de la maladie et le remplacer par un simple numéro, qui correspondrait à l'une des maladies inscrites dans la nomenclature des causes de décès.

« Cette substitution d'un chiffre au nom de la maladie est mise en usage, depuis plusieurs années, à Bruxelles, et elle a parfaitement rempli le but qu'on se proposait. Je suis persuadé qu'il en sera de même à Paris. Car je ne puis croire, comme votre Commission, que le public non médical arrive en peu de temps à connaître la signification de certains numéros de la nomenclature des causes de décès, qui comprend 171 maladies. Je me demande quel intérêt pourrait avoir le public à faire ce travail de rapprochement et à quel point du parcours de la lettre il pourrait commettre une indiscrétion, puisque, écrite dans le cabinet du médecin, elle irait directement, par la poste, au bureau de statistique.

« D'ailleurs, comme seconde garantie contre la violation du secret médical, l'Administration a décidé que le bulletin du médecin traitant, dès son arrivée à la préfecture, serait confronté avec la feuille de décès du médecin vérificateur, et qu'on en détacherait immédiatement, et *dans tous les cas*, la partie sur laquelle seraient inscrits les nom et prénoms du décédé, partie qui serait, séance tenante, détruite par le feu.

« Ces deux précautions avaient semblé à la Commission de statistique être suffisantes pour rendre impossible toute violation du secret du médecin et de la famille. Votre Commission en a jugé autrement, et elle propose, dans les deuxième et troisième conclusions de son rapport, un autre système qui lui paraît offrir encore plus de garantie pour ce secret qu'il est en effet si nécessaire de sauvegarder.

« Voici ce système : dans chaque mairie, un employé tient un registre à souche, sur lequel sont transcrits les certificats rédigés par les médecins de l'état civil. Une feuille, portant les mêmes indications et le même numéro d'ordre que la souche de ce livre, est détachée et portée par un employé de la mairie au domicile du médecin traitant. Celui-ci est invité à y inscrire l'indication de la maladie qui a déterminé la mort de son client. Lorsqu'il le juge nécessaire, il peut supprimer, et cela très-facilement, les nom et prénoms du décédé. Cette feuille, mise sous pli cacheté, est rapportée par l'employé à la mairie et dirigée de là sur le bureau de statistique médicale.

« Ce système, je le reconnais, a l'avantage de stimuler, plus que le précédent, le zèle des médecins traitants, en sollicitant une réponse.

« Malheureusement, il présentera, dans son application, des difficultés de plus d'un genre.

« D'abord, le bulletin, au lieu d'être envoyé directement par le médecin au bureau de statistique, fera trois trajets : 1° de la mairie chez le médecin; 2° de la demeure du médecin à la mairie; 3° de celle-ci à la Préfecture de la Seine, ce qui entraînera nécessairement de la lenteur et augmentera les chances d'erreur et d'indiscrétion.

« Ensuite, avec ce genre de correspondance il sera souvent difficile de trouver chez lui le médecin traitant qui pourra demeurer très-loin de la mairie et qui n'aura pas toujours une heure à laquelle on soit certain de le rencontrer, d'où résulteront encore des retards et souvent, sans doute, l'impossibilité de publier à temps le bulletin hebdomadaire auquel la Commission académique semble attacher de l'importance.

« Enfin, ce système nécessitera la création, dans chacun des vingt arrondissements, d'un nouveau service, entraînant des dépenses assez considérables, puisqu'on ne peut pas les évaluer à moins de 80,000 francs par an.

« En résumé, le système de votre Commission est, comme vous pouvez le reconnaître, plus compliqué dans son mécanisme, il demande plus de temps pour sa mise en œuvre, il est beaucoup plus dispendieux, et, point capital, il ne sauvegarde pas mieux le secret professionnel que le système de la préfecture. En effet, il laisse subsister, comme dans le projet préfectoral, la confrontation, au bureau de statistique, de la lettre du médecin traitant avec la feuille de décès du médecin vérificateur, c'est-à-dire le rapprochement inévitable du nom de la maladie et du nom du décédé, ce qui pourrait à la rigueur permettre des indiscrétions, mais aussi bien dans un système que dans l'autre. »

L'orateur insiste en disant que cette crainte d'indiscrétion doit disparaître puisque ce travail de confrontation sera confié à des médecins tenus par la loi de garder le secret professionnel. Il ajoute que d'ailleurs le médecin traitant sera toujours libre de refuser tout renseignement, s'il a des scrupules.

M. BROCA, au nom de la majorité de la commission dont il fait partie, défend le projet exposé par M. Lagneau. Si on propose d'envoyer chez le médecin traitant un employé spécial de la mairie, c'est que c'est le meilleur moyen d'éviter les oublis, les simples négligences, et d'obtenir une réponse dans la plupart des cas. Peu importe la somme que pourra coûter l'organisation de ce service, si on le juge vraiment utile, et nul ne peut nier l'importance de statistiques exactes et complètes. On ne peut pas songer à employer les agents de la poste pour aller chercher et attendre la réponse du médecin; il faut donc bien confier cet office à des employés de mairies.

M. BOURDON dit qu'il ne voit pas la nécessité d'aller chercher la réponse du médecin, puisque celui-ci peut l'adresser directement et par la poste au bureau de statistique médicale à la préfecture.

M. BROCA ne croit pas qu'il soit bon de laisser au médecin traitant toute l'initiative. Il faut le prévenir, le stimuler, l'empêcher de remettre au lendemain ce qui le lendemain serait oublié. Voilà pourquoi la visite d'un employé et son insistance sont nécessaires. Ce sont les bulletins des médecins traitants qui peuvent seuls fournir les éléments d'une statistique vraiment médicale. Ceux des médecins vérificateurs des décès ont un autre but : mettre, s'il y a lieu, sur la trace d'un crime. C'est une institution de police, non de science. Les deux choses, également nécessaires, doivent exister parallèlement.

M. HARDY critique l'idée d'envoyer chez le médecin un employé de la mairie, qui devra le guetter, l'attendre, le poursuivre de ses importunités afin d'en obtenir un bulletin de statistique. Il verrait aussi un inconvénient à attendre du médecin ce bulletin, sans le prévenir de la mort de son client, mort qu'il peut ignorer. Le mieux serait que le maire envoyât par la poste au médecin traitant un bulletin à remplir avec le nom du mort, et que le médecin, également par la poste, transmît ce bulletin, une fois rempli, directement à la préfecture.

M. BROCA déclare se rattacher à la proposition de M. Hardy.

M. DEPAUL ne croit pas qu'il existe un moyen de parvenir jamais à une statistique parfaitement exacte. Dans les hôpitaux mêmes, on n'y arrive pas, malgré les règlements; à plus forte raison ne peut-on l'espérer dans la pratique de la ville. Jamais un médecin traitant ne voudra inscrire un diagnostic qui puisse porter un préjudice à la famille d'un de ses clients. Il ne dira pas qu'une jeune fille est morte de phthisie pulmonaire; qu'une mère de famille est morte d'aliénation mentale.

Il préférera mentir, s'il le faut, pour ne pas compromettre ainsi le mariage possible d'autres membres des mêmes familles. On objecte que des médecins seront seuls chargés de centraliser les

renseignements ainsi fournis ; mais on se trompe si l'on croit que ce soit là une garantie.

Les médecins ne sont tenus au secret médical que dans l'exercice de leur profession et par rapport à ceux qu'ils traitent. Quand on les charge de recueillir des statistiques, ce sont des hommes comme les autres ; ils ne sont pas tenus plus que d'autres, soit au point de vue de la loi, soit au point de vue de la conscience, à une discrétion extraordinaire. Le médecin traitant doit donc prendre ses précautions par rapport à eux s'il tient à sauvegarder le secret médical, comme il y est obligé.

M. BERGERON se rallie au contre-projet de M. Hardy ; mais il craint que le médecin ne mette parfois de la négligence à remplir le bulletin qui lui sera envoyé, alors qu'aucune raison sérieuse ne l'empêcherait de le faire.

M. LAGNEAU, rapporteur de la Commission, demandant à être entendu, la suite de la discussion est remise à quinzaine.

A quatre heures quarante, l'Académie se forme en comité pour entendre le rapport de M. Bouis sur le prix Orfila et en discuter les conclusions.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 1er juillet 1879, ont été promus dans le corps de santé militaire ;

*Au grade de médecin principal de première classe* : M. Weber en remplacement de M. Lecomte, décédé.

*Au grade de médecin principal de deuxième classe* : M. Sarrazin, en remplacement de M. Cocud, retraité ; M. Mathis, en remplacement de M. Weber, promu.

*Au grade de médecin-major de première classe* : MM. de Bourilhon, Lenoir, Bleicher, Vanmerris et Bonnardot.

— Lundi 7 juillet a eu lieu à Londres, en présence de Leurs Altesses Royales le prince de Galles et le duc d'Édimbourg, l'inauguration du nouvel hôpital français.

M. le docteur Vintras, médecin en chef de l'hôpital, a exposé la situation générale de l'œuvre de bienfaisance française. Cinq salles nouvelles ont été ouvertes à l'hôpital français qui a recueilli depuis sa fondation 43,000 malades.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Didelot, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de géologie et minéralogie (emploi nouveau).

— *École de pharmacie de Montpellier.* — M. Astre, préparateur, est nommé chef des travaux chimiques (emploi nouveau).

M. Ernest Granier est nommé préparateur de chimie en remplacement de M. Astre, appelé à d'autres fonctions.

M. Gustave Massol est nommé préparateur (emploi nouveau).

— La Société protectrice de l'enfance a pour principal objet la propagation de l'allaitement maternel ; mais malheureusement il est des cas où, pour des causes diverses, la mère est incapable de nourrir son enfant, et où il lui faut absolument recourir à une nourrice. La Société croit que c'est encore faire œuvre de protection que d'offrir aux familles des nourrices dignes de confiance, recommandées et choisies par ses médecins inspecteurs qui les connaissent personnellement. *Ces nourrices ne viennent à Paris qu'après leur placement.* La Société ne perçoit *aucune redevance,* ni des familles, ni des nourrices. Chaque nourrice a, déposée au Bureau, une feuille qui contient tous les renseignements qu'on peut avoir intérêt à connaître, et qui sont certifiés par le médecin inspecteur.

On trouve, au bureau de la Société, des nourrices *sur lieu,* aussi bien que des nourrices *à la campagne.* La Société se charge de faire surveiller tous les enfants placés loin de Paris, par ses soins, ou autrement, et de communiquer aux parents le bulletin sanitaire qu'elle reçoit mensuellement de ses médecins inspecteurs. Ce service est *absolument gratuit.*

Le bureau de la Société, 4, rue des Beaux-Arts, à Paris, est ouvert tous les jours de neuf heures à cinq heures, et les dimanches, de dix heures à midi.

— M. le professeur Chatin (de l'Institut) fera sa prochaine herborisation le dimanche 13 juillet 1879, aux environs de Trappes. Rendez-vous à la gare Montparnasse, à neuf heures un quart, pour prendre le train partant à neuf heures et demie pour la station de Trappes.

— M. le professeur Bureau fera une excursion botanique, du 19 au 22 juillet 1879, dans la Côte-d'Or. Ce voyage a pour but l'étude de la végétation des montagnes jurassiques. Les localités explorées seront Gevrey-Chambertin, Messigny et Val-de-Suzon. La dernière journée sera consacrée à la visite du jardin botanique et des musées de Dijon.

Pour profiter de la réduction sur le prix des places, demandée à la Compagnie de Paris à Lyon, se faire inscrire à la galerie botanique au Muséum, de midi à quatre heures, tous les jours. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 juillet inclusivement.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8438.

N° 80. — SAMEDI 12 JUILLET 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 12 JUILLET 1879. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Accidents tardifs consécutifs à l'anesthésie par l'éther ou le chloroforme.

En dehors des dangers immédiats ou presque immédiats de l'anesthésie, il en est d'autres non moins redoutables qui débutent tardivement.

Que l'opération se soit terminée sans que l'on ait vu survenir un de ces cas de mort subite observés souvent, entre les mains les plus habiles, malgré toutes les précautions imaginables et quel qu'ait pu être du reste l'agent employé pour endormir la sensibilité, éther, chloroforme ou tout autre; que les premières heures se soient passées sans syncope, sans frissons, sans vomissements, sans stupeur, sans aucun de ces phénomènes qui se rattachent intimement à l'empoisonnement chloroformique et qui, suivant l'énergique expression de M. Jules Guérin, dans son rapport à l'Académie, réduisent quelquefois les opérés presque à *l'état de cadavre*, quand ils ne les tuent pas tout à fait; que rien de tout cela n'ait eu lieu, que le malade ait paru revenir absolument à son état normal, qu'on soit même arrivé déjà au second jour dans les meilleures conditions apparentes, et tout n'est pas dit : on n'est pas encore à l'abri d'accidents mortels, dont la cause aura été l'inspiration de la substance anesthésique.

M. le professeur Richet, qui, le premier, a signalé ces accidents tardifs et en a fait publier déjà quelques exemples dans les thèses de deux de ses élèves, MM. Rochet (1870) et de la Roche-au-Lion (1873), vient de revenir sur ce sujet en citant des faits inédits, plus remarquables encore et plus probants, à propos d'une malade morte dans son service.

L'histoire complète de cette femme serait curieuse à raconter comme exemple d'exploitation de la crédulité humaine par l'ignorance et le charlatanisme. Atteinte d'une tumeur cancéreuse du sein gauche, elle s'était mise d'abord entre les mains de soi-disants possesseurs d'arcanes, passant de l'un à l'autre, jusqu'au moment où l'un de ces prétendus guérisseurs de cancers, trouvant que la tumeur, après qu'il l'eut traitée durant plusieurs mois, était devenue *suffisamment mûre*, la renvoya à M. Richet pour l'opérer. Le mal avait alors acquis des proportions si considérables que M. Richet nous dit avoir bien rarement vu une pareille tumeur. Cette tumeur ressortait surtout sur les deux tiers externes du sein gauche, formant une saillie énorme recouverte d'une peau adhérente, amincie, bosselée, rougeâtre et violacée par places, qui paraissait près de s'ulcérer. L'engorgement ganglionnaire n'était pas encore très-notable, mais l'extrémité de la tumeur s'étendait jusque dans l'aisselle, et on pouvait prévoir qu'il faudrait une dissection délicate pour n'en rien laisser. Bien qu'il dût être difficile de recouvrir la perte de substance qu'il faudrait faire avec ce qui pourrait rester de peau saine, M. Richet se décida à tenter une opération; mais il hésita sur le point de savoir s'il endormirait, ou non, la malade.

Cette femme était extrêmement grasse; or, justement, c'était chez des personnes dont le tissu cellulaire était chargé de graisse que M. Richet avait vu déjà l'anesthésie être suivie tardivement d'accidents mortels. Cependant, une auscultation répétée et très-minutieuse n'ayant révélé rien d'anomal ni dans le cœur ni dans les poumons, il ne paraissait pas y avoir chez cette malade de raison vraiment suffisante pour lui refuser le bénéfice de l'insensibilisation, au moins durant les premiers temps d'une opération qui devait être longue. Le sommeil complet une fois obtenu, on la laissa bientôt se réveiller à demi, au point de parler à M. Richet avec toute sa connaissance, se plaignant vivement alors qu'il achevait laborieusement de détacher les derniers restes de la tumeur et les ganglions axillaires.

Le pansement fut difficile; pour parvenir à recouvrir la plaie, il fallut exercer une traction énergique sur la peau, de chaque côté, à l'aide de bandes de diachylon. Préalablement on avait aminci un peu sur les bords et régularisé les lambeaux cutanés, en en détachant, à coups de ciseaux, une petite partie d'un tissu cellulaire graisseux épais de plusieurs centimètres.

La première journée se passa bien; mais, dans le courant du second jour, la malade fut prise d'oppression et de toux.

Le lendemain matin, lors de la visite, les mouvements respiratoires étaient extrêmement précipités; on en compta jusqu'à cinquante-six dans une minute; la peau était chaude, le pouls rapide, le sentiment de suffocation considérable. Et cependant, à l'auscultation, on ne découvrait nulle part la moindre trace, soit de pleurésie, soit de pneumonie. Tout ce qu'on entendait, c'étaient des râles humides de bronchite,

disséminés dans les deux poumons, mais nombreux surtout vers la base du poumon gauche.

Il n'en fallut pas davantage pour que M. Richet portât dès ce moment le pronostic le plus funeste, trop bien motivé par le souvenir des faits malheureux dont il avait été témoin dans des circonstances semblables.

Selon toutes les probabilités, nous dit-il, la bronchite qui venait de faire ainsi son apparition et la gêne respiratoire dont elle s'accompagnait allaient persister, quoi qu'on pût faire, jusqu'à la mort par asphyxie.

En effet, malgré une médication assez active, malgré l'application d'un très-large vésicatoire vers la base de la poitrine en arrière, l'oppression ne se calma un peu que momentanément, et cela sous l'influence d'une complication qui se déclara vers le septième jour. Ce jour-là, il survint des vomissements pénibles et répétés, la malade se plaignait de souffrir beaucoup du ventre. Les vomissements se continuèrent jusqu'au lendemain matin. Alors, à la visite, en découvrant la plaie, on vit tout autour une zone de rougeur érysipélateuse, large de trois doigts environ. La malade accusait toujours un très-grand malaise, elle était loin de se trouver mieux. Mais, probablement sous l'influence de l'état nauséeux, le nombre des mouvements respiratoires avait diminué très-notablement, l'oppression paraissait moins forte, la toux moins pénible. Du reste, cette amélioration, plutôt apparente que réelle, dans les phénomènes morbides de l'appareil respiratoire, ne fut que de très-courte durée. Le lendemain, la bronchite asphyxiante paraissait plus grave que jamais. On ne trouvait plus autour de la plaie la moindre trace d'érysipèle. Les vomissements s'étaient calmés, et ils ne devaient plus reparaître jusqu'à la mort, qui eut lieu deux jours plus tard. Seulement en même temps que la gêne respiratoire reprenait sa marche ascendante, qui devait aboutir à la suffocation, une nouvelle complication s'était produite. En effet, durant les dernières heures de sa vie, la malade accusait des douleurs extrêmement vives dans les genoux et dans les cous-de-pied, douleurs qui répondaient à une arthrite purulente des articulations fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes, comme on le constata à l'autopsie.

Mais, sauf ces quatre articulations, aucun organe ne présenta *post mortem* le moindre dépôt purulent, le moindre abcès métastatique. Il n'y avait d'ailleurs pas eu de frissons pendant la vie, et l'appareil symptomatique de l'infection purulente ne s'était pas montré.

Nous aurons à revenir bientôt sur les données de cette autopsie, bien concordantes avec l'idée d'une asphyxie consécutive à l'inspiration du chloroforme. C'est à cette idée que M. Richet s'est rattaché en définitive pour expliquer la mort dans ce cas, malgré les quelques complications qui le rendent peut-être un peu moins net, comparativement surtout à d'autres, observés par M. Richet et dont nous devons donner un résumé succinct pour former groupe avec celui-ci.

Le premier de ces faits inédits remonte à une époque où l'on n'employait encore que l'éther pour obtenir l'anesthésie dans les hôpitaux de Paris. M. Richet avait son service à l'hôpital Saint-Louis. Ayant à pratiquer une amputation de bras chez un homme très-gras, il eut une peine infinie à l'endormir. Il fallut prolonger pendant plus d'un quart d'heure l'éthérisation pour obtenir l'insensibilité. L'opération elle-même, très-simple, fut très-rapide. Tout sembait devoir aller au mieux. Mais le lendemain le malade se mit à tousser ; il se plaignit d'être oppressé ; les mouvements respiratoires se précipitèrent. Les jours suivants, l'état asphyxique s'accentua progressivement, et, au bout d'une semaine environ, cet homme mourait suffoqué. A l'autopsie, on ne trouva aucune espèce de lésion dans aucun organe, sauf dans les bronches, qui étaient très-vascularisées, très-rouges, d'une rougeur inflammatoire. Il n'existait dans les poumons aucun point d'hépatisation. Tous les morceaux qu'on en jeta dans l'eau surnagèrent. Jusqu'à la fin, la plaie n'avait pas suppuré ; elle ne s'était pas cicatrisée ; elle avait gardé le même aspect qu'au moment de l'opération et ne laissait écouler qu'un peu de sérosité. On pouvait juger par cela combien avait été profonde l'atteinte portée par la cause asphyxiante aux phénomènes de nutrition locale et de réparation organique.

Voici maintenant un autre exemple, qui date de l'année dernière, d'asphyxie tardive due à l'emploi d'un anesthésique, cette fois du chloroforme.

Le regretté professeur Gubler avait appelé en consultation son collègue M. Richet à l'occasion d'une tumeur du sein que portait une de ses malades et qu'il désirait faire opérer. Comme cette dame était très-grasse, M. Richet, se rappelant le fait malheureux que nous venons de résumer et quelques autres, n'était pas d'avis de l'endormir durant l'opération. Mais l'auscultation ne révéla absolument rien d'anomal, soit dans le cœur, soit dans les poumons ; cette dame tenait beaucoup à ne pas souffrir, et M. Gubler insista pour qu'on se rendît à son désir d'être endormie. On l'endormit donc ; et l'anesthésie, obtenue sans difficulté, ne fut pas suivie de vomissements, ni de stupeur, ni de frissons, ni de trouble d'aucune sorte durant le premier jour.

Rien ne semblait donc justifier d'abord les craintes de M. Richet. Pourtant, dès le second jour, survint cette oppression dont notre cher maître connaissait trop bien les suites habituelles. A ce moment encore, M. Gubler restait complètement rassuré par les résultats négatifs d'une auscultation minutieuse. Il n'y avait alors pas le moindre râle humide ou sonore. Comment supposer qu'on avait affaire à une bronchite asphyxiante que rien ne pourrait arrêter ? Mais bientôt après apparurent les troubles caractéristiques de la bronchite, sans qu'on découvrît nulle part, du reste, le moindre point de pneumonie. L'oppression s'accrut de plus en plus. La plaie, comme dans le cas précédent, ne changeait pas d'aspect ; elle restait comme le premier jour, sans cicatrisation et sans suppuration. Au bout de huit à dix jours, la mort survint, sans autre cause apparente que l'asphyxie.

La famille se refusa à toute autopsie.

On voit par quoi ces faits malheureux se rapprochent ou diffèrent de celui qui vient de se produire dans le service de M. Richet.

De part et d'autre, c'est le même sentiment de suffocation accompagnée de bronchite, survenant quelques heures après l'opération et ne cessant plus jusqu'à la mort, laquelle paraît causée par les progrès de l'asphyxie.

Aucune trace de pneumonie n'est trouvée d'une part ou de l'autre.

Mais, chez la femme qui vient de mourir, la plaie a produit un peu de pus. Autour de cette plaie, il s'est manifesté une rougeur érysipélateuse, durant quelques heures, et, après cela, des arthrites suppurées qu'on pourrait rattacher à ce qu'on nommait autrefois une résorption purulente.

Ajoutons qu'en outre, chez elle, le nerf pneumogastrique du côté droit a présenté à l'autopsie une lésion, déjà ancienne sans doute, qui, bien que ne s'étant manifestée par

aucun symptôme morbide, aucun accès d'angine de poitrine, aucun accès d'asthme, aucun trouble dans les fonctions respiratoires, antérieurement au moment de la chloroformisation, a pu cependant contribuer pour une certaine part à rendre funestes les suites de l'anesthésie.

Non loin de la bifurcation de la trachée, contre la grosse bronche du côté droit, on trouva une tumeur oblongue, à peu près grosse comme un marron, que le scalpel ne put entamer et qui était le résultat de la calcification d'un énorme ganglion bronchique. Cette tumeur, pressant sur le nerf pneumogastrique, en avait étalé pour ainsi dire les fibres et l'avait rendu plat et large. A ce niveau, le nerf était rougeâtre et manifestement irrité.

Quant aux poumons, ils étaient rouges, sur certains points d'un rouge presque noirâtre, particulièrement vers la base du poumon droit, où l'on remarquait une large plaque ecchymotique, d'une surface égale à la paume de la main, et qui n'était pas seulement superficielle, mais pénétrait profondément, comme on put le voir à la coupe. Ni à ce niveau, ni ailleurs, il n'existait d'hépatisation, car les morceaux de poumons, jetés dans l'eau, surnageaient. Le tissu pulmonaire cependant, ramolli, cédait facilement sous la pression des doigts. Les bronches, très-rouges, très-vascularisées, présentaient dans toute leur étendue une congestion très-accusée et l'apparence d'une irritation vive.

En résumé : congestion, ecchymoses, ramollissement du tissu pulmonaire, bronchite généralisée, mais aucun foyer d'hépatisation ni d'apoplexie proprement dite.

L'autopsie des autres organes donna des résultats complètement négatifs pour le foie, la rate, etc. Au cœur on ne trouva qu'une surcharge graisseuse, sans aucune lésion valvulaire. Les reins, qui étaient congestionnés et un peu gros, présentaient des taches ecchymotiques analogues à celles des poumons.

La congestion et les ecchymoses, soit pulmonaires, soit rénales, vont à merveille avec l'hypothèse d'une asphyxie proprement dite. On sait qu'en effet, dans toute espèce d'asphyxie, il peut se produire des ecchymoses sous les muqueuses ou même sous la peau.

Mais, si l'asphyxie est probable, quelle en est la cause efficiente et le mécanisme en pareil cas ?

Avant d'aborder la réponse à cette question, nous devons encore dire quelques mots de deux observations, empruntées l'une et l'autre à la pratique de M. Richet, et qui ont paru dans les thèses de M. Rochet et de la Roche-au-Lion.

Dans l'une de ces observations, qui est la huitième de la thèse de M. Rochet, le chloroforme avait été administré et le sommeil obtenu sans peine pour faciliter la réduction d'une hernie ancienne par le taxis forcé. Dès le premier jour, il y eut de l'oppression et de l'anxiété précordiale, mais, en outre, des vomissements et de la diarrhée. Le quatrième jour, les inspirations montèrent au nombre de quarante ; le pouls, petit, concentré, filiforme, battait cent trente fois à la minute ; le malade, dans une suffocation de plus en plus violente, présentait une face vultueuse, des lèvres bleuâtres. Cependant on ne trouvait à l'auscultation que des râles sous-crépitants vers le sommet des poumons, en arrière ; partout ailleurs les bruits étaient presque normaux. Malgré l'emploi réitéré de révulsifs, d'émétique, de kermès, de purgatifs, l'état général alla toujours en s'aggravant, et le malade succomba le dix-septième jour. L'autopsie ne put être faite, sauf qu'on put ouvrir le scrotum et la partie la plus voisine de la cavité péritonéale. On constata ainsi qu'aucune cause locale, aucune inflammation récente, soit du sac herniaire, soit du péritoine, soit des viscères y contenus, n'avait contribué à l'issue funeste.

Dans l'autre fait rapporté dans la thèse de M. de la Roche-au-Lion, sous le n° 7, il n'y eut pas non plus d'autopsie, et la question se compliqua par la survenance d'une diphthérie dans les derniers jours. Il s'agissait d'une fissure anale, avec contracture du sphincter, que l'on opéra par la dilatation forcée. La chloroformisation n'offrit rien de remarquable, si ce n'est qu'elle ne fut pas absolue. Une demi-heure après, le malade, qui avait repris complètement connaissance, déclarait se trouver tout à fait à l'aise.

Il est noté que c'était un homme sanguin, gros, fort et replet. Très-coloré habituellement de visage, il le parut encore davantage le lendemain matin. Il se plaignait d'une gêne dans la respiration, qui avait commencé dans la nuit, et qui le rendait très-anxieux. A l'auscultation, on entendit des râles sibilants et sonores dans toute la hauteur des deux poumons ; pas de matité à la percussion.

Les jours suivants, jusqu'au septième jour, les mêmes symptômes s'aggravèrent, le nombre des respirations par minute s'éleva jusqu'à 54, celui des pulsations du pouls jusqu'à 140 ; la température monta jusqu'à 39 degrés 1/2. Des râles sous-crépitants s'étaient joints aux râles sonores. Le huitième jour, il y eut une sorte d'accalmie qui précéda immédiatement l'apparition d'une diphthérie, laquelle envahit rapidement toute la muqueuse buccale et pharyngienne. Le malade, qui paraissait suffoqué par l'écume bronchique, mourut juste dix jours après l'opération.

Voilà donc cinq cas, plus ou moins nets, de suffocation suivie de mort tardivement survenue après l'inhalation d'une substance anesthésique.

Maintenant que le lecteur a sous les yeux le résumé succinct de tous ces faits de même espèce, inédits jusqu'ici ou déjà publiés, il serait temps d'examiner quelle en peut être l'interprétation la plus probable.

Ce sera l'objet d'un prochain article.

### Les injections hypodermiques de morphine contre la dyspnée.

Tant de lésions, tant de maladies, tant de causes momentanées et passagères peuvent avoir pour effet commun la dyspnée, qu'il est difficile de comprendre comment ce symptôme serait justiciable d'un seul et même médicament dans des circonstances si diverses.

Cependant, après des observations assez nombreuses portant sur des dyspnées d'espèces très-différentes, M. Huchard, dans un travail récent, est arrivé à cette formule : « La morphine fait respirer. »

Bien entendu, cette formule ne peut être exacte que si l'on considère les faits en masse. Le vieil axiome : « L'opium fait dormir », cesserait lui-même d'être vrai si on songeait à l'appliquer à tous les cas individuels.

Les exceptions sont même assez nombreuses. Ainsi, en ce qui touche les accès d'asthme, dont la guérison rapide par l'emploi des injections hypodermiques a été le principal sujet du travail de M. Huchard, l'auteur lui-même nous a fait voir dans le service de la Charité, où il supplée M. le professeur Vulpian, une malade complètement réfractaire l'action eupnéique des injections de morphine, et qui, au contraire, se trouvait très-bien des inhalations d'oxygène.

Mais, comme on le disait autrefois, *l'exception confirme la règle*, et la règle serait qu'après chaque injection hypodermique de quelques milligrammes de morphine, le nombre des respirations diminue, l'oppression s'apaise, en dehors même de toute tendance au narcotisme.

L'asthme nerveux, l'asthme cardiaque, les accès de dyspnée si pénibles des phthisiques, ceux qui se rattachent à l'urémie, ceux même qui dépendent d'une cause mécanique, telle qu'une pleurésie, une affection squirrheuse comprimant le thorax, etc., auraient pu être soulagés le plus souvent par ce moyen.

M. Huchard insiste sur ce point qu'on ne peut pas substituer aux injections de morphine l'usage des préparations opiacées ou morphinées à l'intérieur. « Il y a, dit-il, non-seulement dans les deux cas une grande différence de rapidité d'action, mais je puis affirmer que l'action n'est pas sensiblement la même. Chez la malade qui fait le sujet de la dernière observation, j'ai essayé de substituer aux injections l'emploi du médicament à l'intérieur. Or les accidents dyspnéiques ne parurent en éprouver aucune diminution. » Ainsi, tandis que la morphine, de même que l'opium, est d'une façon générale un calmant pour les névralgies, etc., sous quelque forme qu'elle soit administrée, ce serait exclusivement en injections hypodermiques que cet alcaloïde agirait comme un calmant lorsqu'il s'agirait des troubles dyspnéiques de la respiration. Ce serait seulement sous cette forme qu'il pourrait régulariser et ralentir les mouvements respiratoires, et encore faudrait-il qu'il y eût au préalable accélération de ces mouvements pour qu'on pût observer cet effet spécial. Si le nombre des inspirations était d'abord normal, il resterait normal après l'injection hypodermique des doses de morphine les plus fortes.

Il ne s'agit donc pas ici d'une médication par les contraires. L'action de la morphine sur la respiration exige, pour se manifester, certaines conditions pathologiques. Autrement elle est insensible; elle n'existe pas, du moins, en dehors d'une intoxication complète. Selon toutes les probabilités, les troubles auxquels elle remédie sont des troubles surtout nerveux ; c'est le résultat des actions réflexes qui sont venues ajouter un spasme aux causes permanentes de gêne respiratoire, ou de ces autres actions nerveuses qui peuvent transformer en dyspnée toute secousse morale, toute émotion profonde, etc.

Il est vrai que parfois ces troubles, loin d'être calmés par l'introduction de la morphine sous la peau, peuvent s'aggraver, au contraire, et même devenir mortels.

Dans la discussion qui s'est élevée à ce propos, il y a quelques mois, devant la Société clinique, on a cité plusieurs cas de mort survenue ainsi après et paraissant occasionnée par ces injections de morphine.

Malgré les objections dont plusieurs de ces faits étaient susceptibles, il est resté, nous paraît-il, cette impression que le système nerveux, avec son extrême mobilité, peut réagir dans certains cas d'une manière inattendue et désordonnée quand on tente de le calmer d'une manière subite.

Il faut donc compter avec l'imprévu, et un imprévu redoutable : ce qui n'empêche pas de reconnaitre toute l'utilité habituelle de ces injections hypodermiques contre la dyspnée.

Dr Victor REVILLOUT.

## REVUE DE LA PRESSE

**Du torticolis postérieur et de son traitement par le redressement forcé et le bandage silicaté.** — Le torticolis musculaire continu est attribué le plus souvent, et à peu près exclusivement, au sterno-mastoïdien. M. Delore combat cette idée trop exclusive qui aboutit à une pratique souvent inutile, et expose ensuite une nouvelle méthode de traitement par le redressement forcé et le bandage silicaté.

Quoique le torticolis soit quelquefois d'origine articulaire, le torticolis tenant à la rétraction des muscles postérieurs du cou paraît le plus fréquent de tous (dix-huit cas sur vingt-deux). Le torticolis musculaire permanent succède en général au torticolis aigu : tout le monde sait que cette affection si fréquente siége de préférence dans les muscles de la nuque ; il n'est donc pas étonnant que, si le mal passe à l'état chronique, il en résulte souvent un torticolis postérieur. La cause peut agir, soit directement sur le muscle (froid, traumatisme), soit par propagation (angine, arthrite rhumatismale des articulations vertébrales, adénites cervicales, piqûres de sangsues, vésicatoires, ostéo-périostite de l'occipital).

Quand un des faisceaux musculaires postérieurs est contracturé, il produit la même déviation de la tête que le sterno-mastoïdien du même côté. La tête est inclinée du côté malade et la face tournée du côté opposé. Mais le sterno-mastoïdien est dans un état de relâchement, et, s'il se durcit pendant les efforts de redressement, c'est par effet réflexe. Pendant l'anesthésie, la résistance des muscles postérieurs persiste, tandis que celle du sterno-mastoïdien disparaît, ce qui ne serait pas survenu si l'on avait eu affaire à une rétraction vraie de ce muscle.

Autrefois attribué presque exclusivement à la rétraction du sterno-mastoïdien, le torticolis a été, dans des observations plus récentes, reconnu comme l'effet de lésions des muscles postérieurs, tantôt du trapèze, tantôt du complexus et du splénius, tantôt des inter-transversaires et des scalènes.

L'auteur rejette, en général, l'usage des appareils et l'opération de la ténotomie : il préfère le redressement forcé. Voici de quelle façon opère M. Delore : le malade étant complètement endormi, est assis et maintenu sur un tabouret peu élevé : l'opérateur s'empare de la tête et lui fait exécuter doucement, progressivement, des mouvements de rotation et d'inclinaison en sens inverse. Peu à peu le redressement s'opère ; on dépasse même la rectitude.

De temps en temps des craquements se produisent; ils sont dus à de petites brides fibreuses, qui cèdent brusquement. La colonne vertébrale incurvée se redresse elle-même, et au bout d'un instant, qui a varié de cinq à dix minutes, le redressement est complet. Immédiatement après, on applique un bandage silicaté, embrassant la poitrine, le cou et la tête, excepté la face; un aide vigoureux maintient la tête déviée en sens inverse.

Le bandage silicaté doit être conservé pendant un mois, en moyenne : si l'on doute du succès, il faut immédiatement appliquer un appareil pour maintenir la réduction. (*Gaz. hebd.*)

**Emploi de l'arnica contre les éruptions furonculaires.** — Le docteur Planat préconise les onctions d'arnica dans le traitement des furoncles purement inflammatoires, non diabétiques. L'arnica fait avorter ces éruptions avec une promptitude extraordinaire, probablement en raison de son action sur les nerfs vaso-constricteurs des vaisseaux de la superficie de la peau. Les onctions se font avec :

| | | |
|---|---|---|
| Extrait de fleurs fraîches d'arnica. . . | 10 | grammes. |
| Miel . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 20 | — |

Si ce mélange est un peu trop liquide, on y ajoute de la poudre de lycopode pour le rendre suffisamment adhésif.

On étend cette pâte dans une certaine épaisseur sur un morceau de toile cirée ou de diachylon que l'on applique sur le furoncle.

On renouvelle le pansement toutes les vingt-quatre heures.

Deux ou trois applications suffisent en général pour faire avorter le furoncle à n'importe quelle période de son évolution. (*Journ. de thér.*)

**Du traitement de l'anévrysme aortique.** — Le professeur Julius Dreschfeld (de Manchester) résume plusieurs observations d'anévrysme thoracique de l'aorte, et expose le mode de traitement adopté. Les différents agents thérapeutiques ont tous pour but la formation d'un caillot organisé, et l'oblitération de la poche de l'anévrysme. Les plus récemment recommandés et employés sont l'iodure de potassium, la diète et la position horizontale, l'électro-puncture. Ces trois agents ont été employés ensemble chaque fois qu'il était possible de le faire, car il est facile de comprendre que, quoiqu'on puisse recommander les deux premiers dans presque tous les cas, l'emploi de la ponction dépend de la situation et de la profondeur de l'anévrysme.

L'*iodure de potassium*, recommandé par Bouillaud (*Gaz. des hôp.*, 1857, page 16), a été employé avec grand succès par beaucoup de médecins anglais. On ne sait rien de bien positif sur la manière dont il agit. Il est plus que probable qu'il ralentit et diminue l'action du cœur et la pression du sang artériel. Balfour dit aussi qu'il a pour résultat d'épaissir les tuniques de l'anévrysme (?). Son effet est dû à l'iode et non pas au potassium comme le prouve le fait que d'autres sels de potassium ne produisent pas le même effet, tandis que l'iodure de sodium, employé dans quelques cas, semble agir absolument comme l'iodure de potassium. Il faut que la dose soit forte, et qu'il soit administré pendant un temps considérable. Il est bon de commencer par une dose assez faible et de l'augmenter graduellement jusqu'à 6 grammes et même plus.

L'effet immédiat de l'iodure est généralement de diminuer les douleurs névralgiques et la dyspnée qui accompagnent si souvent l'anévrysme et qui paraissent dépendre de la pression mécanique. Un autre effet est le ralentissement du pouls. L'iodure même employé seul a, dans certains cas, produit d'excellents résultats, surtout chez des personnes âgées ou bien quand l'anévrysme est petit et de formation récente.

Le *décubitus horizontal* constitue le traitement de Tufnell. Le malade doit garder cette attitude pendant des mois entiers. Il doit également être mis à la *diète* et ne consommer que fort peu de liquide.

La diète à observer est : déjeuner : pain et beurre 60 grammes, lait 60 grammes. Dîner : viande 90 grammes, pain et pommes de terre 90 grammes, eau ou bordeaux 120 grammes. Souper : pain et beurre 60 grammes, thé 60 grammes.

La position horizontale a pour résultat de diminuer la fréquence du pouls, et par conséquent elle aide à la coagulation du sang. Dans presque tous les cas, le pouls a été réduit de huit à douze pulsations par minute. La diète ne peut être observée que lorsque la condition générale du malade le permet. Tufnell insiste surtout sur la nécessité de ne permettre que la plus petite quantité de liquide possible afin de rendre le sang plus coagulable. L'auteur a remarqué que, tout en étant à la diète, certains malades engraissent d'une manière notable, sans doute à cause de leur état de repos absolu.

L'*électro-puncture* est un mode de traitement très-rationnel, car, plus qu'un autre, il tend à la coagulation directe du sang et y arrive : 1° d'une manière chimique, en produisant la décomposition électrolytique de l'eau et des sels du sang; 2° d'une manière mécanique, les aiguilles agissant comme corps étrangers ; 3° d'une manière irritante, en produisant une légère inflammation dans les tuniques de la poche, par suite de l'implantation des aiguilles. Il n'est jamais arrivé à l'auteur d'observer qu'un caillot détaché ait produit une embolie dans une des artères cérébrales.

On peut éviter une forte hémorrhagie en employant des aiguilles fines, et la gangrène de la poche, observée par Ciniselli, en isolant les aiguilles. On peut aussi prévenir l'inflammation excessive et la suppuration de la poche en veillant à ce que le courant employé soit d'une intensité peu considérable : un cas montre qu'il est possible de faire passer des courants pendant longtemps dans un anévrysme considérable sans produire aucun résultat fâcheux.

Quant au mode d'application, il est important de considérer certains points :

1° Le courant doit être d'une intensité faible ; par conséquent, il faut que les éléments soient de petite surface (pile de Weiss ou de Gaiffe). La coagulation formée par des courants de faible intensité est aussi ferme que celle produite par une pile plus forte ; elle met seulement plus de temps à se former ; aussi faut-il que le courant passe pendant au moins trente minutes.

2° Les aiguilles doivent être de longueur suffisante, fines, bien pointues et bien polies. On implante deux ou trois de ces aiguilles, suivant la dimension de l'anévrysme ; il est bon qu'elles soient à 1 ou 2 centimètres l'une de l'autre et placées de façon à ne pas se rejoindre.

3° Doit-on faire communiquer les aiguilles implantées dans l'anévrysme avec le pôle positif, le pôle négatif, ou les deux pôles de la pile? Les opinions diffèrent sur ce point ; cependant l'expérience a encouragé l'auteur à mettre les aiguilles en rapport seulement avec le pôle positif, surtout lorsque l'anévrysme était considérable et à mettre le pôle négatif en contact avec une large électrode humide, généralement une éponge, qu'il appliquait sur la peau près de l'anévrysme. Dans le cas d'anévrysme peu considérable, il implantait deux aiguilles et les faisait communiquer, l'une avec le pôle négatif, l'autre avec le pôle positif, et laissait passer le courant au milieu de la poche.

4° Il est bon de commencer toujours par un petit nombre d'éléments et d'en augmenter graduellement la quantité, en attendant des intervalles de cinq minutes entre les augmentations successives, et en ne répétant l'opération qu'après trois ou quatre semaines.

5° Le courant une fois arrêté, il faut conserver les aiguilles pendant quelques minutes encore implantées dans l'anévrysme, puis les retirer doucement, de façon à ne pas déranger le caillot. Les aiguilles une fois retirées, il faut recouvrir la surface de l'anévrysme de charpie trempée dans du collodion. Si la douleur est trop violente, on peut alors appliquer de la glace et administrer de la morphine.

En résumé, chaque fois que cela est praticable, M. Dreschfeld recommandera un traitement complexe (iodure de potassium, position horizontale, diète et galvano-puncture). Il commencera toujours par les deux premiers, et, si le résultat n'est pas satisfaisant, il aura recours à la galvano-puncture, car, si l'on permet à l'anévrysme de prendre de trop grandes proportions, l'électrolyse ne produira jamais que fort peu d'effet. (*Revue mensuelle de méd. et de chir.*)

**Corps étranger du ventricule du larynx.** — Le docteur Tool (de San-Francisco) publie dans le *Pacific medical and surgical Journal* l'observation d'une jeune fille de onze ans qui disait avoir avalé une épingle. La douleur, la sensation de suffocation, et les accès de toux qui survinrent immédiatement après l'accident, tout tendait à confirmer ce que racontait la jeune malade.

Malgré un examen très-minutieux du larynx et du pharynx, on ne put y constater la présence de corps étranger, et l'on dut conclure que l'épingle s'était arrêtée dans l'œsophage ; on fit manger à l'enfant de la croûte de pain, dans l'espoir que l'épingle serait entraînée dans l'estomac. Le lendemain, toute l'arrière-gorge était gonflée et douloureuse, le pouls très-fréquent, irrégulier; respiration fréquente. De plus, il était survenu des vomissements incoercibles. Toute la région était tellement sensible que la simple introduction du miroir laryngoscopique amenait immédiatement des accès de vomissement.

A ce propos, l'auteur appelle l'attention sur un fait intéressant qu'il dit avoir observé fréquemment. Quand l'introduction du miroir dans la bouche provoque des vomissements (ce qui est presque toujours le cas quand il y a un corps étranger quelque part dans la gorge), il se fait, après chaque vomissement, quelques secondes de répit pendant lesquelles la gorge du malade présente une insensibilité tout à fait remarquable, une tolérance

complète; aussi le chirurgien devrait toujours être prêt pour mettre à profit cette anesthésie momentanée.

L'auteur parvint à explorer le larynx dans tous ses détails, mais ne put rencontrer le corps étranger. L'épiglotte était gonflée et avait doublé de volume, sa surface laryngienne était recouverte d'un exsudat grisâtre d'aspect diphthéritique qui s'étendait de chaque côté jusqu'à l'entrée des ventricules. C'est à gauche que cet exsudat était le plus considérable, et, comme l'enfant s'était plainte surtout du côté gauche, on fit pénétrer un cathéter dans le ventricule de ce côté. Après avoir enlevé une plaque d'exsudat de la gouttière située en dehors du repli aryténo-épiglottique, on découvrit la tête de l'épingle qui émergeait de la partie inférieure du ventricule. L'épingle était couchée parallèlement aux replis aryténo-épiglottiques, et devait cette position probablement aux contractions spasmodiques de l'épiglotte et de ses replis.

Le corps étranger fut enlevé avec la pince laryngienne de Mackensie. (*Ann. des mal. de l'or. et du larynx.*)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 juillet 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### RAPPORTS

**Tuberculose de l'œil.** — M. ANGER. Dans l'avant-dernière séance, M. Parinaud a présenté à la Société une jeune fille atteinte de tuberculose primitive de l'œil et n'offrant aucun symptôme de tuberculose dans les autres organes. Son père est mort phtisique il y a six mois; sa mère et sa sœur sont bien portantes. Notre confrère a demandé notre avis au sujet du diagnostic et du traitement. Le diagnostic est incontestable; il n'y a pas à supposer ici la présence de condylomes syphilitiques de l'iris, il n'y a pas trace de synéchies ni d'exsudats. Quant au traitement, l'ablation de l'œil me paraît la meilleure conduite à tenir. L'œil, en effet, a perdu toute perception lumineuse, et c'est un organe désormais inutile. Il peut même être nuisible en infectant l'économie de généralisation tuberculeuse comme une tumeur maligne quelconque. On se rappelle encore la jeune fille dont j'ai rapporté l'histoire l'an dernier à la Société. Laënnec déjà, puis d'autres observateurs, et entre autres Virchow, ont soutenu que la tuberculose est susceptible de se généraliser et qu'elle est aussi infectieuse que le sarcome, le cancer et toute tumeur maligne. Je pense donc que, dans ce cas, on ne peut faire mieux qu'enlever un organe inutile qui peut facilement devenir nuisible.

M. VERNEUIL. Voilà une proposition bien grave et que nous ne devons pas laisser passer sans remarque; les chirurgiens allemands, dès qu'ils soupçonnent un tubercule, n'hésitent pas à pratiquer résections ou amputations pour éviter la généralisation. Mais, chez des sujets ayant des tubercules quelque part, la guérison, la crétification peut se faire spontanément, tandis que l'opération donnera un coup de fouet. On fait beaucoup de résections inutiles, et je prépare un travail sur ce sujet. Je demande que l'on fasse des réserves et que l'on n'accepte point si facilement l'assimilation entre le tubercule et le néoplasme. Les opérations n'ont pas si volontiers le pouvoir d'arrêter la généralisation; voyez, par exemple, ce qui arrive dans les cas de castration pour tuberculose de l'épididyme (Dufour)!

M. DESPRÈS partage entièrement cette opinion; il ne faut point comparer les métastases des suppurations chroniques à celles qui se produisent dans les tumeurs malignes. Les diverses manifestations tuberculeuses se terminent fatalement par la tuberculose pulmonaire.

M. TRÉLAT. C'est aussi mon opinion. La propagation des foyers de tuberculose ne ressemble en rien à celle des néoplasmes dont on retrouve toujours le foyer. Chez les tuberculeux, je puis rappeler un exemple rare que j'ai déjà signalé : c'est l'histoire d'un malade atteint d'ulcère tuberculeux de la langue; sept mois après apparaissait une tuberculose aiguë qui l'emportait. De même, dans un cas de foyer tuberculeux épididymaire qui se ramollit, suppura et se guérit, quatre ans après arrivait une tuberculose pulmonaire suivie de mort deux ans plus tard. Je dirai de la tuberculose ce que j'ai dit du lymphadénome malin : quand on en a fait le diagnostic en un point, il n'y faut point toucher, parce qu'il y en a d'autres manifestations en voie d'évolution. Ne faites point d'ablation chez les tuberculeux, à moins, bien entendu, qu'il ne s'agisse de supprimer un foyer de douleur, d'hémorrhagie, de supprimer un épiphénomène simplement, et non dans le but d'empêcher une généralisation. Pour l'œil, par exemple, dans le cas particulier, j'accepte l'indication de l'énucléation, mais dans ce but uniquement palliatif.

M. GIRAUD-TEULON. En restant au point de vue spécial de la question, j'adopterais aussi l'ablation; il y a là un œil perdu et dont l'inflammation insidieuse peut amener des accidents ultérieurs si on le conserve; il importe de l'énucléer, ce qui se fait sans inconvénient et sans danger, sans qu'il soit besoin de s'inquiéter de la question de doctrine. Il peut se faire cependant que la tuberculose, avant de devenir générale, ait un point initial d'où elle se propage; si, par hasard, c'était vrai, on se trouverait dans les mêmes conditions que pour le cancer, que l'on n'hésite pas à opérer l'orsqu'il n'a pas envahi les ganglions, pour empêcher une généralisation. De même pour l'œil, lorsque la sclérotique n'est pas entamée et que cette barrière fibreuse persiste, j'agirais comme font les chirurgiens pour une tumeur du sein, j'enlèverais l'œil tuberculeux. Il y a, en effet, des exemples où la tuberculose de l'œil existait, alors que tout le reste de l'économie était absolument indemne.

M. LE FORT. Il y a une grande différence entre le tubercule et le cancer : on ne devient pas à volonté cancéreux, tandis qu'on pourrait presque rendre quelqu'un tuberculeux. Je ne pense pas qu'il faille être aussi absolu que M. Verneuil, qui ne veut pas opérer, ou du moins qui n'admet l'opération que dans un but palliatif et sans espoir d'arrêter la maladie; j'ai vu des malades atteints de tumeurs blanches revenir à la santé après l'amputation ou la résection : ils présentaient cependant tous les signes de la tuberculose, et il semble que l'opération a arrêté ses manifestations ultérieures. J'opérerais dans les cas où la lésion ne paraît pas trop généralisée.

M. DESPRÈS. Les deux malades dont parle M. Anger n'ont eu, à mon avis, de tuberculose de l'œil que parce qu'elles étaient sous l'influence de la diathèse tuberculeuse; les accidents de l'œil sont tout simplement la première manifestation d'une disposition générale déjà existante, quoique ne se révélant qu'ultérieurement.

M. TILLAUX. Revenons à la question posée par M. Parinaud. Que faut-il faire? Je pense qu'il faut enlever cet œil. Quel avantage aurait-on à le garder? Ces tubercules vont évoluer, et *peut-être* amener un foyer intra-orbitaire. L'œil est perdu. On ne risque rien de l'énucléer. Je ne crois pas que la tuberculose se généralisera par cette voie, mais, en s'abstenant d'opération, on court un risque, qu'il est bien facile d'éviter.

M. SÉE. Il faut remarquer que la doctrine des chirurgiens étrangers est précisément l'inverse de celle à laquelle on se rallie en France. En Allemagne, on pense que la tuberculose commence par une affection locale et se généralise comme le cancer. On a expérimenté beaucoup : ainsi, en injectant de la matière tuberculeuse dans l'articulation du genou chez des chiens, on n'a produit aucun effet local, mais des arthrites fongueuses se sont ensuite développées, et les animaux sont morts tuberculeux. En présence de ces faits, il convient de ne pas rester, en France, trop absolus sur l'inutilité de l'intervention chirurgicale.

M. TRÉLAT. Pour le cas particulier, nous sommes d'accord sur l'indication de l'opération; mais cela ne préjuge pas la question générale.

M. ANGER. Je constate que l'opération, dans le cas dont il s'agit, est acceptée par mes collègues. Quant à la question générale, on n'est pas aussi exclusif depuis quelque temps. La thèse de M. Reclus renferme un assez grand nombre de cas où l'indication

de l'opération est nettement formulée, et, quand on a opéré, on a obtenu une guérison de plusieurs années. Pour l'observation que j'ai présentée l'an dernier, cette jeune fille n'avait aucun antécédent tuberculeux : la tuberculose s'est développée dans le péritoine, etc., seulement quatre mois après les accidents tuberculeux du côté de l'œil. Je crois qu'il est rationnel de constater et d'accepter les liens de parenté qui existent entre la tuberculose et le cancer : ces deux affections ont une marche analogue dans beaucoup de cas connus, et il ne faut pas oublier cette analogie dans les applications chirurgicales.

**De la brachiotomie dans les présentations de l'épaule.** — M. GUÉNIOT. M. Cauvy (de Béziers) a adressé à la Société deux observations dans lesquelles il a pratiqué la brachiotomie sur des enfants morts, dans des cas de présentation de l'épaule, la version ayant été impossible avant cette intervention chirurgicale. La version put être pratiquée, dans le deuxième cas, notamment après la brachiotomie. Faut-il conclure de ces deux faits à la nécessité de recourir à la brachiotomie dans les cas de versions difficiles ? Il ne faudrait pas généraliser en pareille matière ; on doit craindre de s'exposer à mutiler un enfant vivant, comme des procès célèbres l'ont malheureusement démontré. Le plus souvent, la présence du bras n'empêche pas d'arriver à l'utérus et la version n'est pas absolument impossible. On ne pratiquera la brachiotomie que le plus rarement et le plus discrètement possible.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. C'est vrai, lorsqu'il s'agit d'enfants vivants : mais, chez des enfants morts depuis longtemps, j'ai observé que cette opération peut parfois être très-utile, comme je l'ai constaté pour des éviscérations dont je communiquerai prochainement les observations.

M. GUÉNIOT. Il s'agit ici de brachiotomie pour faciliter la version ; or je maintiens que le plus souvent la version est possible avant de recourir à cette extrémité.

**Polype pharyngien.** — M. DUPLAY. M. Vibert nous a envoyé une tumeur provenant de la paroi postérieure du pharynx, chez une femme de soixante-quatre ans. Cette tumeur était implantée sur la paroi postérieure du pharynx, et avait le volume d'un petit œuf. En voulant simplement l'examiner et en l'attirant avec des pinces, notre confrère l'arracha. Cette tumeur ressemblait à un ris de veau. Elle présentait une certaine dureté osseuse. L'examen histologique en fut fait au Collège de France, où l'on constata qu'elle était constituée par un fibrome sous-muqueux dont les parties profondes avaient subi la transformation osseuse.

M. TILLAUX. Cette tumeur présente des exceptions rares au point de vue du siège, de l'âge du sujet et de la nature de la tumeur.

Cela se rapproche de ce qui se passe dans les cas d'adénomes du pharynx, qui s'arrachent facilement quand on tire dessus, tandis que les fibromes ordinaires sont beaucoup plus adhérents.

M. DUPLAY. Il ne s'agit pas ici de ces tumeurs naso-pharyngiennes que l'on observe chez les jeunes sujets, et qui sont implantées dans l'os lui-même. On pourrait appeler cette tumeur un polype du pharynx.

M. GUYON. Ces polypes du pharynx existent en effet sur la paroi supérieure du pharynx et dans le voisinage. Ils sont fibro-muqueux ordinairement.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

**Bec de lièvre de la lèvre inférieure, compliqué de division du maxillaire inférieur.** — M. LANNELONGUE présente une pièce recueillie chez un enfant de trois ans et demi, qui était atteint de cette difformité rare dont on ne compte guère que sept ou huit exemples authentiques. Entre les lèvres de la solution de continuité pendait une tumeur, partant de l'os, et reconnue pour un embryome, et qui a sans doute contribué à la formation de la lésion, car on en a déjà observé un exemple analogue. (Faucon.)

Les deux portions du maxillaire étaient mobiles l'une sur l'autre. M. Lannelongue a opéré cet enfant en faisant l'avivement, la suture de la partie molle et la suture osseuse. Mais, le dixième jour, celui-ci a succombé à une broncho-pneumonie survenue accidentellement et en dehors de toute influence de l'opération.

SCRUTIN

M. PAULET, sur sa demande, est nommé membre honoraire à l'unanimité.

La séance est levée à cinq heures et demie.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 1er juillet 1879, ont été promus dans le corps de santé militaire :

*Au grade de médecin major de deuxième classe* : MM. Gouell, Barois, Fluteau, Mussat, Grandmougin et Bourdon.

*Au grade de pharmacien major de deuxième classe* : M. Roman.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera sa prochaine excursion géologique à Grignon, Thiverval et Beynes. On se réunira à la gare Montparnasse (cour d'en haut) à sept heures du matin de manière à prendre le train pour la station de Plaisir-Grignon.

— *Hygiène de l'enfance*. — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

---

**Recherches cliniques sur la diphthérie et de son traitement en particulier**, avec cinq planches de températures, deux tableaux sur l'excrétion urinaire et dosage de l'urine chez les diphthériques, par M. le docteur FLORÈS-BOUFFÉ. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Berthier.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8448.

N° 81. — MARDI 15 JUILLET 1879. 52e ANNÉE. MARDI 15 JUILLET 1879. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### HOTEL-DIEU. — M. Richet.

#### Ostéopériostite syphilitique du sinus maxillaire.

Nous allons opérer un individu atteint de suppuration avec carie du maxillaire supérieur; cette affection est survenue dans des conditions intéressantes qui peuvent faire hésiter le diagnostic, et elle mérite de fixer un instant notre attention.

Ce malade est un homme âgé de trente ans, cordonnier. Il a eu la vérole à l'âge de vingt-cinq ans; chancre induré dont il reste encore des traces sur le gland. La syphilis a ensuite déterminé chez lui des céphalalgies assez notables et de la roséole. Il a interrompu son traitement peu de temps après. Il y a dix-huit mois, il a éprouvé à la face des accidents qui n'ont pas été rattachés à l'infection syphilitique; le côté droit de la figure s'est tuméfié; l'œil est devenu plus saillant. On a diagnostiqué une tumeur lacrymale, une fistule s'est formée; elle a été traitée par un spécialiste distingué qui a pratiqué l'incision du conduit lacrymal et le cathétérisme du canal nasal avec les sondes de Bowmann. Depuis plusieurs mois la fistule lacrymale s'est fermée, mais la suppuration a continué par la narine droite, et actuellement elle provoque une véritable infection. Quand ce malade dort, les gouttelettes de pus tombent dans le pharynx; de même, quand il se mouche et quand il mange, des grumeaux de pus apparaissent. Ce pus, passant dans le canal digestif, détermine un amaigrissement considérable, ce qui, joint à l'odeur infecte de la suppuration, a décidé le malade à venir à l'hôpital.

A l'examen de cet homme, ce qui frappe d'abord, c'est l'asymétrie de la face; le côté droit est sensiblement plus volumineux que le côté gauche; l'œil droit est aussi notablement exophthalmique; la rougeur de la sclérotique amincie dénote encore une congestion actuelle. La fosse canine droite est comblée; si l'on passe le doigt dans le sillon gingival, on sent la paroi antérieure du sinus maxillaire proéminente et cédant sous le doigt. Le rebord alvéolaire lui-même n'a pas souffert; les dents ne sont pas ébranlées. Mais la paroi palatine présente de l'empâtement ainsi que la paroi orbitaire. On peut donc affirmer que le point de départ de l'affection n'a pas été une carie dentaire.

Si l'on examine ensuite la fosse nasale du côté droit, on trouve la narine obstruée presque complètement; le courant d'air très-faible, qui y passe encore, est d'une odeur infecte. Par la narine, on ne peut rien découvrir de plus; mais, si l'on recourbe en crochet le doigt introduit dans la bouche de façon à le faire passer par l'orifice des fosses nasales postérieures, on trouve le côté gauche libre; mais, du côté droit, on sent quelque chose de dur, inégal, irrégulier, qui m'a paru être un corps étranger, un séquestre tombé sur le plancher des fosses nasales.

Nous avons donc affaire à une suppuration du sinus maxillaire, dont nous allons avoir à reconnaître la cause et l'origine. Elle est concentrée dans le sinus, elle fait saillir la face; enfin l'écoulement du pus par les fosses nasales nous permet de supposer la chute du cornet moyen, qui a entretenu la suppuration et l'odeur repoussante du courant d'air de la narine droite. Depuis ces accidents la suppuration n'a plus autant repoussé les parois du côté des joues ni du côté de l'orbite, où l'exophthalmie est moindre. De même la saillie de la bouche, de la voûte palatine, a diminué.

Pourquoi donc la maladie ne cesse-t-elle pas? C'est parce que le sinus maxillaire présente une forme triangulaire disposée de façon que le pus ne s'écoule pas et séjourne dans les parties déclives, de sorte que le courant d'air respiratoire qui y passe à chaque seconde ne fait qu'augmenter ses qualités nocives.

Nous pourrions nous demander si, lorsqu'on a pratiqué le cathétérisme du canal nasal, c'est bien le trajet de ce canal qui a été parcouru par la sonde, ou bien si ce n'est pas plutôt le trajet d'une fistule venant déjà du sinus maxillaire. La cicatrisation s'est faite plus tard parce que le pus a pu s'écouler moins difficilement, dès que la chute du cornet moyen a permis son passage dans les fosses nasales.

Il n'y a guère lieu ici de faire un diagnostic différentiel; s'il y avait une affection cancéreuse, les dents seraient ébranlées, le rebord alvéolaire serait ramolli. Il n'y a pas à soupçonner un polype, pas plus que l'ostéome des fosses nasales, dont nous n'observons pas les symptômes. L'affection occupe seulement les sinus des fosses nasales.

Sous quelle influence s'est-elle développée? Ordinairement c'est à la suite de suppurations dentaires, surtout celles de la deuxième molaire qui a sa racine saillante dans le sinus maxillaire. En enlevant une très-mince lamelle qui la tapisse, on découvre les racines de cette dent. Souvent,

lorsqu'on en pratique l'extraction, la lamelle est rompue et l'air passe dans le sinus, ce qui produit généralement chez les opérés une grande frayeur. Il arrive de même lorsque cette dent est cariée ; l'affection se propage au sinus par le même mécanisme. Dans un coryza violent, l'inflammation de la membrane de Schneider se propage à l'antre d'Hygmore et se termine parfois par des abcès, des suppurations de cette cavité.

On ne pourrait guère ici invoquer cette étiologie; il est beaucoup plus probable de rapporter cette affection à la syphilis. Les périostoses syphilitiques des os de la face ne sont pas rares; nous en avons encore actuellement un exemple dans la salle des femmes. Il y a donc eu une ostéo-périostite suivie de suppuration dans cette région maxillaire. Soupçonnant la nature syphilitique de cette suppuration à l'époque de l'entrée du malade, nous lui avons administré le traitement mercuriel combiné avec l'iodure de potassium; mais nous n'avons obtenu qu'une amélioration insignifiante et douteuse. Nous sommes donc réduits à pratiquer une opération pour débarrasser le malade de cette suppuration intolérable qui ne pourraît être tolérée plus longtemps, car cet homme s'amaigrit tous les jours d'une façon très-notable. C'est qu'en effet, quoiqu'il ne souffre guère, il avale son pus continuellement et cela suffit pour produire cet état désastreux. Il y a une quinzaine d'années, à la Société de chirurgie, j'ai pu démontrer que la déglutition du pus produisait à la longue une intoxication putride, parce que le pus avait provoqué des ulcérations des intestins analogues à celles de la fièvre typhoïde. Le même fait se passe actuellement chez notre malade; il a déjà eu un frisson accompagné d'accidents graves.

Quelle opération allons-nous pratiquer? Je me propose d'ouvrir le sinus maxillaire en son point le plus déclive, au sommet du triangle renversé dont je parlais précédemment, point qui correspond précisément à la deuxième molaire. Je ferai donc la trépanation du sinus en cet endroit, en arrachant cette deuxième molaire, de façon à pénétrer dans le sinus par le fond de son alvéole.

Habituellement on fait cette petite opération avec une tréphine ; mais il faut avoir soin de ne pas la diriger d'avant en arrière, afin de ne pas atteindre l'apophyse ptérygoïde ; mais il faut l'enfoncer un peu en avant et en haut. Le canal ainsi formé s'oblitère vite; on est obligé de recommencer l'opération à plusieurs reprises. La cicatrisation se fait rapidement, malgré les canules, les tubes, etc., qui ont été imaginés pour conserver la fistule. Aussi j'ai pensé achever la ponction par l'ignipuncture, en me servant du thermo-cautère au lieu de la tréphine. Ce sera la troisième fois que j'emploierai ce moyen qui m'a déjà bien réussi. J'introduis dans la bouche du malade un petit appareil pour protéger les lèvres de l'action du calorique. Je ferai donc la trépanation avec un perforateur étroit; puis, passant une sonde cannelée, je conduirai sur cette sonde le thermo-cautère de Paquelin. De la sorte je produirai une eschare, et par conséquent une ouverture plus large à l'orifice du sinus maxillaire dans l'alvéole de la dent; la cicatrisation sera donc impossible avant un certain temps et le pus pourra s'écouler, en même temps que nous modifierons la cavité par des injections. Lorsque cette ouverture aura été pratiquée, je chercherai tous les séquestres qui peuvent être tombés sur le plancher des fosses nasales en y introduisant des pinces à polypes.

Enfin nous passerons un tube à drainage par l'orifice nasal d'une part et par l'ouverture pratiquée au fond de l'alvéole d'autre part, afin de pouvoir faire des injections antiseptiques dans ce foyer purulent où elles sont bien nécessaires.

---

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

### Cirrhose hypertrophique du foie (1).

### II

La cirrhose hypertrophique est toujours une maladie grave. Le plus ordinairement en effet elle débute d'une façon insidieuse, obscure, sous la forme d'une gastro-entérite ; puis le foie augmente de volume, l'ictère survient et la maladie arrive à la période d'état.

Dans ce cas, lorsque la cirrhose hypertrophique est pure, la maladie peut avoir une durée très-longue, elle peut se prolonger pendant deux, quatre, six, dix ans même en présentant des alternatives d'exacerbation et de rémission. Puis un moment arrive où les malades succombent. On n'a pas encore cité en effet un seul cas bien authentique de guérison de cirrhose hypertrophique. Nous avons bien actuellement, dans le service, un malade qui, lors de son arrivée, nous présentait un amaigrissement notable et une faiblesse considérable et chez lequel il semble que nous assistions en ce moment au retour de la santé. Mais est-ce la guérison? Nous avons malheureusement de nombreuses raisons d'en douter, car, ainsi que je viens de vous le dire, ces améliorations ne sont le plus ordinairement que momentanées. Elles se maintiennent pendant quelques semaines ou quelquefois pendant plusieurs mois, puis on voit la maladie éclater de nouveau avec une intensité plus grande qu'auparavant.

La terminaison de la cirrhose hypertrophique est donc la mort, à un délai plus ou moins éloigné. Elle survient de différentes manières : tantôt elle est amenée par une affection intermittente, accidentelle, tout à fait indépendante de la maladie ; tantôt, au contraire, elle est amenée par un accident se rattachant à la cirrhose, tel qu'une péritonite, ou même quelquefois, ainsi que nous l'avons observé chez notre malade de l'année dernière, par pleurésie résultant de la propagation de l'inflammation dont le péritoine est le siège à la plèvre, par l'intermédiaire de la portion de cette séreuse qui recouvre le diaphragme. Mais ce mode de terminaison est rare, et le plus ordinairement c'est à une péritonite partielle, donnant lieu à des adhérences multiples entre le péritoine et les intestins, que les malades succombent.

Fréquemment encore, les individus atteints de cirrhose hypertrophique succombent par le fait de l'ictère. Chez certains, on voit au bout d'un certain temps survenir tous les phénomènes de l'ictère grave ; les sujets ont des hémorrhagies abondantes, ils tombent dans le coma ; le pouls, quoique fréquent, devient excessivement faible, et les malades succombent.

On a dit que c'était ainsi que la maladie se terminait le plus communément. C'est une erreur : ce que l'on peut dire seulement, c'est que c'est un des modes de terminaisons de la cirrhose hypertrophique.

Le pronostic est donc extrêmement fâcheux. Mais il faut vous rappeler que, si l'on ne connaît pas des cas de guérison

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 10 juillet 1879.

bien avérée, on voit souvent la maladie se prolonger pendant un temps extrêmement long qui peut durer cinq, huit ou dix ans.

Mais, s'il en est ainsi pour la cirrhose hypertrophique pure et simple, il faut également établir une distinction, quant à la durée, pour ces cas dans lesquels on trouve, associés à cette dernière forme, des symptômes de cirrhose atrophique. Dans ces cas mixtes, en effet, le pronostic est bien plus grave et la mort survient beaucoup plus rapidement.

Ce que je viens de vous dire relativement à la cirrhose hypertrophique me dispense d'insister longuement sur le diagnostic de cette maladie. Je vous ai dit en effet comment on pouvait arriver à la distinguer de la cirrhose atrophique, comment, en trouvant réunis sur le même individu les symptômes propres à l'une et l'autre de ces deux affections, on pouvait affirmer que l'on avait affaire à un de ces cas mixtes dont je vous ai parlé.

J'ajouterai seulement que vous établirez le diagnostic différentiel entre la cirrhose hypertrophique et le cancer, d'après la marche rapide de la maladie, qui caractérise cette dernière affection, d'après la présence, à la surface du foie, d'inégalités, de bosselures qui font absolument défaut dans la cirrhose hypertrophique, enfin d'après l'étude des phénomènes graves du cancer.

Vous la distinguerez également des kystes hydatiques du foie. Dans un cas comme dans l'autre, il est vrai, il y a augmentation de volume de l'organe; mais, quand cette hypertrophie résulte de la présence d'un kyste, elle n'est pas étendue à tout le foie, mais seulement à la partie de cet organe dans laquelle la tumeur s'est développée.

En outre, dans la cirrhose hypertrophique, indépendamment de l'accroissement du foie, vous avez une augmentation de volume de la rate qui est souvent énorme. Enfin non-seulement la présence d'un kyste hydatique donne rarement lieu à de l'ictère, mais encore vous avez dans ce cas certains phénomènes spéciaux qui, comme la fluctuation, comme le frémissement hydatique, quand il existe, peuvent encore éclairer votre diagnostic.

Quant à l'étiologie de la cirrhose hypertrophique, elle est, en grande partie, encore à faire. En effet, au sujet des diverses influences sous lesquelles cette affection peut se développer, nous n'avons que des présomptions.

Parmi les causes les plus connues, je vous citerai au premier rang l'alcoolisme, qui joue déjà un grand rôle dans le développement de la cirrhose atrophique et qui exercerait surtout une action incontestable dans la production de ces cas mixtes dont je vous ai parlé.

On a également invoqué la lithiase biliaire comme une des causes fréquentes de cette affection. L'anatomie pathologique nous rend parfaitement compte de la façon dont elle agit.

Supposons en effet qu'il y ait un obstacle à l'écoulement de la bile, soit dans le canal hépatique, soit dans le canal cholédoque ou en tout autre point; tous les canaux situés en amont de cet obstacle vont subir une dilatation qui s'étendra de proche en proche jusqu'aux radicules biliaires. Nous allons voir survenir alors toutes les conséquences qui sont le résultat de cet arrêt de la bile dans les vaisseaux et que l'on peut reproduire artificiellement sur les animaux, en faisant la ligature du canal cholédoque. La bile ne pouvant plus être déversée dans l'intestin, les radicules biliaires se dilatent, et le foie augmente de volume.

D'autres fois on voit chez certains sujets, comme cela a eu lieu chez notre malade, la cirrhose atrophique survenir à la suite de l'obstruction du canal cholédoque, pour une raison ou pour une autre.

Dans sa thèse M. Hanot cite ainsi quelques cas de cirrhose consécutifs à de la lithiase biliaire.

Une autre cause que l'on a également invoquée, c'est l'intoxication paludéenne.

En effet, chez les gens qui ont subi l'empoisonnement par les miasmes paludéens, il existe une augmentation de volume du foie et de la rate d'où peut résulter une compression fâcheuse sur les organes qui servent à transporter la bile. Il y a là une influence incontestable, qui a été invoquée dans un certain nombre de cas et dont nous avons eu un exemple chez un malade de notre service.

Relativement au traitement de cette affection, j'ai malheureusement peu de chose à vous dire, car il échoue le plus ordinairement.

Cependant il est des cas dans lesquels l'état des malades a pu être amélioré par l'iodure de potassium, surtout lorsqu'on a eu soin d'appliquer en même temps des exutoires sur la région hépatique. M. Bucquoy aurait pu ainsi obtenir la guérison dans un cas bien avéré de cirrhose hypertrophique. Mais, le plus souvent, l'amélioration que l'on obtient par ce moyen n'est que temporaire et bientôt la maladie reparaît de nouveau.

Quoi qu'il en soit, il ne faut jamais oublier de joindre à ce moyen l'usage de toniques pour soutenir les forces des malades; de prescrire les amers pour stimuler les fonctions de l'estomac, enfin de faciliter les digestions par la médication alcaline. Mais gardez-vous bien d'administrer les purgatifs. Rappelez-vous que ces malades sont sujets à avoir des diarrhées rebelles, opiniâtres, et qu'un purgatif donné mal à propos suffit pour la provoquer.

Dans cette maladie également, le calomel, si vanté en Angleterre dans le traitement des maladies du foie, ne paraît avoir aucune action utile.

Enfin, lorsque le foie est considérablement hypertrophié, vous pourrez obtenir d'assez bons résultats de l'emploi de certaines eaux minérales alcalines qui agissent, sans que l'on sache comment, contre l'augmentation de volume des organes. Je vous citerai surtout à cet égard les eaux de Vals, de Vichy, de Carlsbad, qui sont indiquées toutes les fois qu'il existe un accroissement de volume de la rate ou du foie, en un mot, une obstruction quelconque des voies intestinales.

Dans ces cas, en effet, les eaux minérales que je viens de vous énumérer produisent des effets véritablement merveilleux. J'ai vu, pour ma part, des individus qui revenaient de l'Inde avec une rate énorme, avec une cachexie arrivée au dernier degré, présenter, après une saison dans une de ces stations, une amélioration considérable et même guérir complètement après deux ou trois séjours dans ces stations.

Aussi je n'hésite pas à vous déclarer que, si j'avais affaire à un malade atteint de cirrhose hypertrophique et que son état lui permît d'aller faire un séjour soit à Vals, soit à Carlsbad ou à Vichy, je ne manquerais pas de lui conseiller de tenter cette médication.

Il est inutile enfin de vous dire que, dans ces cas, vous devez recommander aux malades une nourriture saine, fortifiante, pour vous opposer autant que possible aux progrès incessants de la cachexie qui menace d'emporter les individus atteints de cirrhose hypertrophique.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 juillet 1879. — Présidence de M. MAGNAN.

COMMUNICATIONS

**Recherches quantitatives sur l'élimination de l'oxyde de carbone.** — M. GRÉHANT fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

**Des diminutions de la tête du fœtus.** — M. BUDIN, en son nom et au nom de M. Ribemont, fait une communication sur ce sujet.

Les dimensions de la tête du fœtus à terme offrent un grand intérêt au point de vue des phénomènes mécaniques de l'accouchement. En effet, des modifications même légères dans les diamètres du crâne du fœtus ou dans ceux du bassin de la mère, peuvent être la cause d'obstacles à l'expulsion spontanée.

Simpson, en se fondant sur des chiffres pris dans le livre du docteur Collins, a montré que, parmi les enfants qui meurent pendant la parturition, le nombre des garçons est plus grand que celui des filles, et que, parmi les mères qui meurent des suites de l'accouchement, un bien plus grand nombre ont donné naissance à des garçons qu'à des filles. Ces résultats statistiques seraient expliqués : 1° parce que les garçons pèsent en moyenne plus que les filles; 2° parce que chez les garçons la circonférence de la tête est plus étendue que chez les filles (Clarke).

En France, Chéreau a confirmé les données de Simpson en se fondant sur les statistiques du département de la Seine. Mais, en Allemagne, Casper et Veil ont combattu les explications fournies par Simpson. Veil a essayé de montrer qu'à poids égal il meurt toujours au moment de la naissance plus de garçons que de filles.

Pfannkuch a repris la question et, dans un mémoire intéressant, il a montré : 1° que les garçons pèsent en moyenne plus que les filles, ce qui paraît pour tout le monde hors de discussion; 2° que pour lui, à poids égal, les diamètres de la tête seraient plus considérables chez les garçons que chez les filles.

Étant donnée l'importance qu'on attache aux dimensions de la tête fœtale, on pourrait croire qu'on connaît exactement les chiffres des diamètres de la tête chez le fœtus à terme. Il n'en est rien. Il suffit de lire les auteurs classiques pour voir qu'ils ne s'entendent nullement sur l'étendue de ces diamètres. Nous avons donc pensé qu'il y aurait intérêt à établir, après examen d'un nombre suffisant d'enfants, les longueurs moyennes de chacun des diamètres de la tête chez le fœtus à terme. Nos résultats s'appuieront sur 211 observations minutieusement prises.

Nous avons choisi les diamètres définis par Budin dans sa thèse, diamètres qui ont en général des points de départ et d'arrivée précis qui peuvent être facilement trouvés. Ces diamètres ont été mesurés de quarante à soixante-douze heures après l'accouchement au moment où la tête, déformée par les pressions qu'elle a subies pendant l'accouchement, paraît complètement revenue à sa forme primitive.

En cherchant quelles étaient les diamètres de l'enfant à terme, nous nous sommes vite aperçus que ces diamètres variaient avec le poids de l'enfant. Nous avons alors élargi notre cadre en ne tenant plus compte du qualificatif « enfant à terme » qui est souvent bien difficile à préciser ; nous avons étudié les dimensions de la tête et la longueur du corps en rapport avec le poids de l'enfant.

Après avoir distingué deux séries, l'une comprenant les garçons et l'autre les filles, nous avons divisé chacune des séries en six classes :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| La classe | A | comprend les enfants | qui pèsent de | 1,500 à 2,000 gr. |
| — | B | — | — | 2,000 à 2,500 |
| — | C | — | — | 2,500 à 3,000 |
| — | D | — | — | 3,000 à 3,500 |
| — | E | — | — | 3,500 à 4,000 |
| — | F | — | — | 4,000 à 4,500 |

Nous avons obtenu des diamètres différents dans chacune de ces classes. On sait qu'à terme les enfants pèsent en moyenne de 3,000 à 3,500 grammes. Nous avons donc pris les enfants, garçons et filles, appartenant à la classe D, et nous avons trouvé :

Diamètre *maximum* qui va du menton au point le plus éloigné du crâne sur la suture sagittale, 13$^{ce}$ 1/2.

Diamètre occipito-mentonnier qui va de la pointe de l'occiput au menton, 13$^{c}$.

Diamètre occipito-frontal, de la pointe de l'occiput à la racine du nez, 11$^{c}$ 3/4.

Diamètre sous-occipito-bregmatique, du point de rencontre de l'occipital de la nuque au milieu de la grande fontanelle, au niveau du point où se croiseraient la suture sagittale et la suture pariéto-frontale, 10$^{c}$.

Diamètre bipariétal ou diamètre transverse maximum postérieur, 9$^{c}$ 1/2.

Diamètre bitemporal ou diamètre transverse minimum antérieur, qui s'étend de la naissance de la suture pariéto-frontale d'un côté à la naissance de la suture pariéto-frontale du côté opposé, 8$^{c}$ 1/4.

Diamètre bimastoïdien, d'une apophyse mastoïde à l'autre, 7$^{c}$ 3/4.

A ces diamètres nous avons ajouté deux circonférences : l'une, grande circonférence qui passe par les extrémités du diamètre antéro-postérieur maximum, 38$^{c}$,12; l'autre, petite circonférence, qui passe par les extrémités du diamètre sous-occipito-bregmatique, 32$^{c}$.

A ces diamètres et à cette circonférence nous aurions pu ajouter le diamètre sous-occipito-frontal et la circonférence qui porte le même nom et sur lesquels Matthews Duncan a récemment appelé l'attention : ce sont eux qui, pendant l'accouchement par le sommet, l'occipital venant s'appliquer sur le bord inférieur de la symphyse pubienne, distendent au maximum la commissure postérieure de la vulve et produisent souvent au moment de leur passage la déchirure de cette commissure du périnée. Le diamètre sous-occipito-frontal mesure presque 1$^{c}$ de plus que le diamètre sous-occipito-bregmatique; il a donc 11$^{c}$ environ. Quant à la circonférence sous-occipito-frontale, elle est de 1$^{c}$ à 1$^{c}$ 1/2 plus considérable que la circonférence sous-occipito-bregmatique. Donc la tête, pour sortir, doit trouver au niveau de l'utérus, du vagin et de la vulve, un canal et des orifices dilatés au point de mesurer de 33 à 33$^{c}$ 1/2 de circonférence et 11$^{c}$ de diamètre.

On peut en déduire que les incisions qui devront être faites dans la paroi abdominale et sur la paroi utérine lorsqu'on pratiquera l'opération césarienne, devront mesurer de 16 à 17 centimètres de longueur, afin que leurs lèvres puissent en s'écartant limiter une circonférence capable de laisser passer la circonférence sous-occipito-frontale.

En comparant les chiffres obtenus dans les différences séries, MM. Budin et Ribemont ont vu que tous les diamètres de la tête augmentaient d'une façon progressive au fur et à mesure que le poids du fœtus s'accroit. Mais, quoi qu'en ait dit Pfannkuch, les diamètres de la tête ne sont pas à poids égal plus considérables chez les garçons que chez les filles. Ce n'est donc pas le sexe, mais le poids de l'enfant, qui fait varier le volume de la tête.

La longueur du corps augmente aussi avec le poids total de l'enfant. Ainsi on trouve pour les garçons les chiffres 41$^{c}$,3, 45$^{c}$,7, 47$^{c}$,1, 49$^{c}$, 50$^{c}$,2, 51$^{c}$,1, correspondant aux classes A, B, C, D, E et F. Pour les filles on trouve une augmentation progressive analogue.

Enfin ces augmentations des diamètres de la tête et de la longueur, si elles sont progressives, sont cependant loin d'être proportionnelles avec l'augmentation de poids de l'enfant. En effet, si on prend les enfants de la classe B qui pèsent un peu plus de 2,000 grammes, et ceux de la classe F qui pèsent un peu plus de 4,000 grammes, c'est-à-dire qui ont un poids presque double, on voit que les diamètres de la tête arrivent dans cette dernière série à mesurer 1 centimètre, même parfois 2 centimètres de plus. Ces diamètres tout en ayant subi une augmentation notable et très-importante au point de vue du mécanisme des difficultés de l'accouchement, sont cependant bien loin d'avoir doublé comme les poids.

**Sur la mémoire.** — M. DELAUNAY fait une communication sur la mémoire étudiée suivant les circonstances biologiques. Les faits consignés dans son travail résultent d'une vaste enquête qu'il a faite en France et à l'étranger auprès d'instituteurs des deux sexes, de professeurs, de répétiteurs, d'examinateurs, de souffleurs, etc.

*Espèce.* — La mémoire est très-développée chez les oiseaux et chez certains mammifères : éléphant, cheval, etc. Un cheval retrouve toujours sa route et a la mémoire des localités beaucoup plus développée que son maître.

*Race.* — Le chien dit *loulou*, qui est moins intelligent que le caniche, a plus de mémoire que lui. La mémoire était très-développée chez les races humaines anciennes. Les hymnes védiques, qui forment un volume aussi gros que la Bible, se sont conservés pendant huit siècles par la mémoire seulement puisque l'écriture n'existait pas encore dans l'Inde. Les races inférieures actuelles ont plus de mémoire que les supérieures, exemple : les Nègres, les Chinois, les Italiens, les Russes qui apprennent les langues avec une facilité extraordinaire.

*Sexe.* — La femme adulte a plus de mémoire que l'homme. Les actrices apprennent plus vite leurs rôles que les acteurs. D'après M. le professeur Verneuil les étudiantes savent mieux leur premier de doctorat que les étudiants.

*Age.* — Les adolescents ont plus de mémoire que les adultes. La mémoire atteint son maximum à treize ans et diminue ensuite.

*Constitution.* — Les faibles ont plus de mémoire que les forts. Il en est de même des gens peu intelligents par rapport aux individus intelligents. Aussi les enfants qui obtiennent le prix de mémoire et récitation n'ont-ils que celui-là. Les élèves qui, à l'École normale, au Val-de-Grâce, etc., ont le plus de mémoire ne sont pas les plus intelligents. « Dans les concours, dit M. le docteur Joly, les candidats les plus mémoratifs peuvent être les plus heureux sans être toujours les plus capables. » Les provinciaux ont plus de mémoire que les Parisiens, les paysans que les citadins, les avocats que les médecins, les ecclésiastiques que les laïques, les musiciens que les autres artistes.

*Parties de l'individu.* — Le cerveau droit a plus de mémoire que le cerveau gauche. D'après M. le docteur Doutrebente (de Ville-Évrard), les lésions du cerveau droit affectent beaucoup plus la mémoire que les autres facultés; au contraire, les lésions du cerveau gauche laissent la mémoire intacte.

D'après nombre de physiologistes, la mémoire est une faculté commune à tout le système nerveux. Les organes qui président à la marche, à la natation, au vol (moelle, etc.), ont plus de mémoire que les sens. La mémoire des sens est plus fidèle que la mémoire affective, laquelle est plus persistante que la mémoire intellectuelle.

*Physiologie et mésologie.* — On a plus de mémoire à jeun qu'après les repas. La congestion du cerveau supprime la mémoire. L'éducation diminue la mémoire, en ce sens que les illettrés ont plus de mémoire que ceux qui savent écrire.

On a plus de mémoire le matin que le soir, l'été que l'hiver, au midi qu'au nord.

*Pathologie.* — La mémoire est exaltée dans certaines maladies, telles que l'hystérie, etc. Au contraire, les poisons, la fièvre typhoïde, les maladies mentales aiguës, diminuent où abolissent la mémoire.

*Conclusion.* — La mémoire étant l'apanage des races inférieures, des femmes, des adolescents, des faibles, des individus peu intelligents, du cerveau droit, est *en raison inverse de l'évolution.* De plus, elle est, dans une certaine mesure, *en raison inverse de la nutrition,* puisqu'elle est accrue par les circonstances qui diminuent la nutrition : jeûne, matin, été, pays chaud, etc. Il y a une évolution de la mémoire, qui est d'abord sensorielle, littérale, phonographique, et qui devient plus tard intelligente. Mais la mémoire intellectuelle est bien moins étendue que la mémoire des sens.

M. Delaunay se propose d'appliquer la même méthode à l'étude de toutes les facultés et des divers points de leur fonctionnement. Dès aujourd'hui il présente deux grands groupes de facultés : les unes inférieures, les autres supérieures. Les premières, qui engendrent l'esprit d'imitation, de superstition, etc., sont à leur maximum chez les êtres inférieurs : espèces animales, races humaines inférieures, femmes, enfants, vieillards, faibles, cerveau droit. Les secondes, parmi lesquelles figurent les facultés de conception, de comparaison, d'iuvention, etc., s'observent surtout chez les êtres supérieurs, c'est-à-dire chez l'espèce humaine, la race blanche, le sexe masculin, l'adulte, le fort, le cerveau gauche.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 juillet 1879. — Présidence de M. HERVIEUX.

COMMUNICATIONS.

**Des altérations trophiques des os des mâchoires dans l'ataxie locomotrice.** — M. VALLIN fait une communication sur ce sujet.

A part de rares exceptions, les lésions trophiqnes des os d'origine spinale n'ont guère été observées jusqu'ici que dans les os longs : fragilité et fractures de la diaphyse, usure et disparition des surfaces articulaires. M. Vallin a observé, dans son service au Val-de-Grâce, dans deux cas d'ataxie locomotrice confirmée, une destruction des rebords alvéolaires qui lui paraît avoir la même origine.

Dans le premier cas, le malade, dont la denture était excellente et dont les gencives étaient saines, perdit successivement toutes ses dents; celles-ci tombaient sans douleur, et le surlendemain le malade arrachait sans efforts des fragments osseux en forme de cornets, représentant exactement la paroi interne de la cavité alvéolaire : la surface externe de ces cornets était criblée de trous et de canaux vasculaires élargis, comme dans l'ostéoporose et l'ostéite raréfiante. Au bout d'un an, le malade avait perdu toutes les dents des deux mâchoires, et le maxillaire supérieur était réduit à un moignon presque triangulaire, à base postérieure, sans communication avec les sinus.

Chez l'autre malade, âgé de quarante-cinq ans, toutes les dents tombèrent également, et la branche horizontale du maxillaire inférieur était réduite à une tige arrondie de la grosseur du petit doigt. Chez ce dernier malade, il y avait une atrophie partielle de quelques-uns des muscles de la face, une atrophie des éminences thénar et hypothénar des deux mains, une paralysie du voile du palais, déterminant pendant la nuit un ronflement extrêmement violent qui avait fait surnommer le malade *l'aboyeur*. Dans ce cas, il y avait donc probablement une altération des cornes grises antérieures de la moelle, lésion qui a été plusieurs fois constatée dans les cas d'arthropathies ou de lésions trophiques d'origine spinale.

M. Vallin a relevé dans les Bulletins de la Société de chirurgie trois observations de MM. L. Labbé, Dolbeau, Dubrueil, où la destruction *singulière* des os maxillaires lui semble se rattacher également à une affection de la moelle épinière. Il n'a pas trouvé mentionnée cette altération des mâchoires dans les écrits de M. Charcot, non plus que dans les travaux de ses élèves; mais elle lui paraît devoir être rapprochée des lésions analogues des os courts, des vertèbres, de l'omoplate, qui dans des cas rares existaient chez certains ataxiques.

M. LUYS a constaté, chez certains ataxiques, une atrophie du maxillaire supérieur telle que la lèvre inférieure avançait au-devant de la supérieure. Il pense que ces faits doivent être rapprochés de ceux qu'a observés M. Vallin.

M. VALLIN demande s'il y avait perte des dents du maxillaire supérieur dans les cas dont vient de parler M. Luys.

M. LUYS ne se rappelle pas les détails des observations, mais il veut seulement insister sur ces atrophies partielles de la face, déjà constatées chez les ataxiques.

M. LEREBOULLET constatait déjà depuis quelque temps, chez un individu, la perte des cheveux et des dents du côté gauche, sans

pouvoir en trouver l'explication, lorsque, plusieurs mois après, l'ataxie se confirma chez ce malade.

**Troubles vaso-moteurs chez une hystérique. — Érythème développé sous l'influence du moindre contact, et limité aux points touchés; femme autographique. —** M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente à la Société une femme, âgée de vingt-huit ans, et présentant des symptômes hystériques très-accusés, tels qu'une anesthésie généralisée à toute la surface de la peau, et des phénomènes cataleptiques très-manifestes ; mais le point le plus étrange de cette observation est le suivant : c'est qu'il suffit de tracer sur la peau des caractères pour voir se développer rapidement sur tous les points ainsi touchés et exclusivement en ces points, d'abord de la rougeur, puis une élévation notable de la peau qui s'accuse de plus en plus, de telle sorte qu'au bout de quelques minutes on peut voir ces caractères se dessiner d'une façon très-nette, et cela aussi bien à la vue qu'au toucher.

Cet état peut durer pendant quatre à cinq heures, puis les élevures s'élargissent de plus en plus et disparaissent peu à peu.

Tous les points de la surface de la peau peuvent présenter le même phénomène, et M. Dujardin-Beaumetz montre sur la cuisse de la malade des mots qu'il y a tracés, et que l'on peut distinguer très-nettement.

Ces phénomènes s'accompagnent d'une élévation notable de la température, et, quant aux troubles que présente la peau aux points touchés, ils sont absolument semblables à de l'urticaire, mais qui présenterait cette propriété d'être exclusivement limitée aux points de la peau qui ont été touchés.

A propos de cette malade, que M. Dujardin-Beaumetz propose d'appeler, suivant l'ingénieuse idée de son collègue Mesnet, *la femme autographique,* il fait les réflexions suivantes. Il signale d'abord la rareté de cette observation, dont il ne connaît pas d'autre exemple, du moins publié en France. Cependant le professeur Vulpian aurait observé un homme offrant les mêmes symptômes que sa malade, mais l'observation n'a pas été publiée.

Il insiste sur l'importance que l'on peut attribuer à ces troubles vaso-moteurs si accusés pour expliquer certains phénomènes hystériques. Il est probable, en effet, que les viscères et en particulier l'axe cérébro-spinal doit éprouver des troubles vaso-moteurs analogues à ceux de la peau. Enfin il signale le rapprochement qui existe entre son observation et les faits de certaines stigmatisées sur la peau desquelles on a vu se dessiner des objets de la passion.

M. Dujardin-Beaumetz se propose d'étudier sur cette malade l'action de l'électricité et de la métallothérapie, et il rendra compte à ses collègues du résultat de ses recherches.

**Modifications de la couche épithéliale de la peau dans la variole hémorrhagique. —** M. CORNIL fait sur ce sujet une communication d'où il résulte que les globules blancs et les globules rouges du sang sortent, dans les premiers temps de la variole, autour des pustules sans qu'il y ait de ruptures vasculaires.

La séance est levée à cinq heures et demie.

## BIBLIOGRAPHIE

**Leçons de clinique chirurgicale,** professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1875 (2e semestre) et 1876, par M. le docteur PÉAN. — Paris, librairie Germer Baillière.

Nous possédions déjà de nombreux ouvrages de clinique chirurgicale dans lesquels le chirurgien, exposant les faits les plus intéressants de sa pratique hospitalière, examine, discute les questions de pathologie et de méthode opératoire que celles-ci soulèvent et fait connaître sur les points en discussion et les sujets à l'étude son appréciation et les résultats de son expérience personnelle. Nous pourrions en citer de récents qui laissent peu à désirer sous ce rapport. Mais nous n'avions pas jusqu'ici, si ce n'est partiellement, sur des sujets circonscrits, de recueils de leçons cliniques contenant des relevés statistiques de tous les malades observés et de toutes les opérations pratiquées dans le service, pendant chaque période annuelle, de manière à constituer au bout d'un certain nombre d'années un compte-rendu exact et complet des études et de la pratique d'un chef de service. C'est cette lacune que M. Péan s'est proposé de combler lorsqu'il a entrepris, au milieu des plus absorbantes occupations, la publication annuelle de ses leçons cliniques. Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* connaissent déjà, par le compte-rendu qui en a été fait il y a bientôt deux ans, la manière dont M. Péan a commencé la réalisation de ce plan dans le premier volume, comprenant les leçons faites pendant l'année 1874 et le premier semestre de 1875. Nous avons à annoncer aujourd'hui la publication du deuxième volume, qui comprend les leçons faites du 1er juin 1875 au 1er janvier 1877, et à en faire connaître le contenu.

Ce deuxième volume a deux parties. La première se compose de leçons cliniques, au nombre de seize, portant sur les sujets suivants : le pincement hémostatique, état actuel de cette méthode, son application dans les opérations qui se pratiquent sur les diverses régions du corps, parallèle avec les autres moyens d'hémostase, avec grand nombre d'observations à l'appui ; une étude clinique des polypes naso-pharyngiens et des opérations qu'ils réclament ; des inflammations et des hypertrophies de la mamelle et de la région mammaire chez l'homme ; des tumeurs ganglionnaires du cou ; du traitement des hernies ; des tumeurs du corps thyroïde et de la trachéotomie chez l'adulte.

La deuxième partie comprend, d'après le classement méthodique déjà adopté dans le premier volume, toutes les observations du service recueillies pendant la durée de cet exercice ; elles sont comprises dans les groupes suivants : plaies par instruments tranchants, par armes à feu, contusions dans les différentes régions ; accidents syphilitiques ; maladies des os, fractures, luxations, ostéites et périostites, caries, nécroses, tumeurs, arthrites, tumeurs blanches, hygromas ; affections chirurgicales des centres nerveux, des nerfs et des organes des sens ; maladies des vaisseaux ; maladies du tube digestif et de ses annexes ; maladies des organes génito-urinaires des deux sexes ; enfin, maladies chirurgicales envisagées spécialement au point de vue des régions.

Une statistique des opérations pratiquées du 1er juillet 1875 au 1er janvier 1877, accompagnée de considérations générales, un chapitre sur l'anatomie pathologique des tumeurs dont les observations se trouvent dans le cours de l'ouvrage, dû à la collaboration de M. J. André, un chapitre sur les opérations de gastrotomie et le catalogue de la collection particulière de M. Péan au Musée de l'hôpital Saint-Louis, complètent ce volume.

La partie statistique de cet ouvrage est certainement l'une des plus utiles et des plus instructives. Il ne suffit pas, en effet, qu'un chirurgien nous fasse connaître ses succès et les cas qui sont favorables à telle vue ou à telle méthode qui lui est propre ; il n'importe pas moins, pour l'appréciation de la justesse des indications et du pronostic, ainsi que de la valeur des procédés et des moyens mis en usage, que l'on connaisse les insuccès. Ce ne sera que du jour où les chirurgiens placés à la tête de grands services auront fait connaître d'une manière sommaire, si ce n'est dans tous leurs détails, tous les résultats de leur pratique, que l'on possédera les véritables éléments d'un jugement motivé. Encore ne suffit-il pas de faire savoir les résultats des opérations ; il faut, si l'on veut avoir une statistique vraiment utile, par une relation exacte, si abrégée qu'elle soit, de chaque observation, mettre le lecteur à même d'apprécier les motifs qui ont déterminé le chirurgien à opérer.

Le nombre des opérations pratiquées à l'hôpital Saint-Louis pendant la période qu'embrasse ce volume est de 117, sur lesquelles 17 ont été suivies de mort, soit une proportion de 85,4 p. 0/0 de guérisons. Il faut ajouter 2 cas d'insuccès de l'opération qui n'ont pas mis la vie des malades en danger, ce qui réduit à 83,9 p. 0/0 la proportion des guérisons, chiffres à peu près les mêmes que ceux de la statistique des dix-huit mois précédents. En entrant dans les divisions des opérations, on voit que les kélotomies n'ont

généralement pas mieux réussi, tandis que les amputations, au contraire, ont donné des résultats plus avantageux ; sauf celles qui ont été faites dans des conditions à peu près désespérées et qui étaient déjà graves par elles-mêmes, elles ont presque toutes abouti à la guérison.

Ces résultats sont dus surtout à l'application stricte des principes généraux que M. Péan avait déjà formulés dans le premier volume et qu'il rappelle sommairement dans le second. Ils peuvent se résumer ainsi : immobiliser les régions blessées comme moyen antiphlogistique ; épargner le plus possible le sang des opérés au moyen de sa méthode de pincement hémostatique, ce qui n'exclut pas d'ailleurs, à l'occasion, l'usage de l'ischémie artificielle préventive, ni celui des cautères ; faire concourir au même but les procédés de torsion et d'arrachement autant qu'ils sont praticables ; assurer l'écoulement des liquides dont le séjour peut devenir dangereux, soit par la direction donnée à la plaie, soit par le drainage combiné avec la réunion immédiate, ou enfin par l'usage des appareils à coussins séparés dont M. Péan se sert pour les fractures compliquées ; enfin traitement par l'alcool. C'est grâce au concours de ces moyens, qui n'excluent, à l'occasion, aucun des autres modes de pansement qui ont aussi fait leurs preuves, comme les pansements par occlusion et les irrigations et vaporisations phéniquées, que l'érysipèle a été une complication extrêmement rare dans le service et que l'infection purulente n'a pas enlevé un seul des opérés.

Il nous reste à dire un mot de la statistique spéciale des opérations de gastrotomie. M. Péan a pratiqué pendant les deux années 1876 et 1877, 79 gastrotomies. Ce nombre, ajouté aux 221 observations relevées dans l'appendice du premier volume, forme un total de 300 opérations. Sur les 79 opérations nouvelles, 42 avaient pour but l'extirpation de kystes de l'ovaire ; 5 ont été faites pour des kystes dermoïdes de la région ovarique ; 6 pour des tumeurs kystiques occupant le ligament large ; 1 pour une tumeur kystique sessile, implantée dans le cul-de-sac utéro-rectal ; 4 pour des tumeurs kystiques émanant directement du mésentère ; 5 pour des tumeurs kystiques de nature cancéreuse ; une incision exploratrice ayant fait découvrir une dégénérescence tuberculeuse des ganglions mésentériques ; 8 pour des fibromes interstitiels de l'utérus ; 2 pour des fibromes sous-péritonéaux de l'utérus ; une pour une tumeur fibro-cystique du même organe ; une pour une tumeur utéro-cystique ; une pour un utérus devenu cystique après avoir subi la dégénérescence embryoplastique ; une pour un énorme lipome du mésentère ; une pour une volumineuse rate hypertrophiée.

Les 42 opérations pour kystes de l'ovaire ont donné 30 succès et 12 insuccès ; les opérations pour des kystes dermoïdes se sont toutes terminées par la guérison ; les 6 opérations de kystes du ligament large ont donné 4 succès et 2 insuccès. Des 10 gastrotomies entreprises pour l'ablation de tumeurs utérines, dont 8 interstitielles et 2 sous-péritonéales, les 8 premières ont donné 5 succès et 3 insuccès, les 2 autres 2 succès.

Voici le résumé des résultats des 300 opérations de gastrotomie : 191 kystes ovariques, 147 succès, 44 insuccès, soit une moyenne de 77,3 p. 0/0 ; 4 ovariotomies doubles, 2 succès, 2 insuccès ; 38 kystes du ligament large, 17 succès, 13 insuccès ; 11 tumeurs du mésentère, 4 succès, 7 insuccès ; 2 tumeurs solides occupant la région de l'ovaire, 1 succès, 1 insuccès ; 24 fibromes interstitiels de l'utérus, 16 succès, 8 insuccès ; 3 fibromes sous-péritonéaux de l'utérus, 2 succès, 1 insuccès ; 7 tumeurs fibro-cystiques de l'utérus, 4 succès, 3 insuccès ; 3 tumeurs utéro-cystiques, 3 guérisons ; une amputation de l'utérus, guérison ; 2 splénotomies, 2 guérisons ; 2 tumeurs du cul-de-sac vésico-utérin, 2 guérisons ; une tumeur kystique au cul-de-sac utéro-rectal, guérison ; 17 tumeurs cancéreuses, soit de l'ovaire seul, soit d'une grande étendue du péritoine, 2 guérisons temporaires. Enfin 2 incisions exploratrices suivies de guérison rapide, les malades n'ayant succombé que plus tard aux affections irrémédiables que l'exploration avait fait reconnaître.

---

**Nouvelles leçons cliniques sur les maladies de la peau,** par M. le docteur Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-8° de 840 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Masson.

**Commentaires sur la goutte, le rhumatisme et la gravelle, leur traitement,** par M. Léon Beux. In-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8456.

N° 82. — JEUDI 17 JUILLET 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 17 JUILLET 1879. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le grand attrait des séances solennelles de l'Académie de médecine faisait défaut à celle-ci. Aucun éloge de médecin illustre n'y devait être prononcé par l'éloquent secrétaire perpétuel, M. Béclard. Aussi l'assistance était-elle exceptionnellement peu nombreuse; la plupart des places sont restées vides dans les premiers rangs réservés aux dames.

On a écouté avec faveur le nouveau secrétaire annuel, M. Bergeron, dont le style, toujours élégant, plaît à entendre. Nous reproduisons au compte-rendu le passage le plus applaudi de son rapport.

Puis M. Chéreau est venu lire un mémoire plein d'érudition sur la question de savoir à qui, de Michel Servet ou de Colombo, on devait attribuer l'honneur d'avoir eu la première idée de la circulation pulmonaire. M. Chéreau a peu de sympathies pour Michel Servet, qu'il représente comme une espèce d'illuminé, à peu près fou, complètement incapable d'une découverte demandant un véritable esprit scientifique. Colombo, au contraire, pour lui, est le type du vrai savant, ennemi des théories creuses, amoureux de la vérité et la cherchant déjà dans les vivisections, ce qui semble à M. Chéreau une innovation remarquable. La méthode des vivisections, opposée à l'enseignement de Galien et de Vésale, c'est là, à ce qu'il nous a semblé, d'après une audition rapide, le grand titre de gloire invoqué pour cet ancien disciple et ami de Vésale.

Je ne parlerai pas de Vésale. Mais, quant à Galien, il suffit de lire son célèbre ouvrage intitulé : *Administrations anatomiques*, et les quelques petits traités qu'il a écrits vers la même époque pour se convaincre que personne n'a plus que lui recommandé et pratiqué la vivisection. Je suis loin de faire un crime à M. Chéreau de ne pas avoir étudié tous les ouvrages de Galien, car l'érudition, si vaste soit-elle, a des limites. Mais il ne m'a pas paru connaître une des principales découvertes de Galien lui-même, celle de la présence du sang dans tout le système artériel, présence démontrée par lui avec un grand luxe de preuves, contrairement à l'opinion d'Érasistrate et de son école. C'était cette école, et non Galien, qui avait supposé les artères et la veine pulmonaire pleines d'esprit vital. Dans son traité *Sur l'usage des parties*, œuvre probablement de jeunesse, toute théorique et sans originalité, Galien avait admis la théorie courante; mais il l'a renversée bientôt, et c'est peut-être un des points sur lesquels il a le plus insisté, dans son ouvrage capital et ailleurs, rapportant, avec grands détails, les résultats d'expériences nombreuses faites sur le vivant, suivant la méthode qu'a suivie plus tard Colombo. Ce n'est donc, certes, pas contre lui que Colombo a démontré par les mêmes moyens la même chose. Nous aurons à revenir sur toute cette question, quand le mémoire de M. Chéreau aura paru.

Quant au fond de la thèse, nous l'admettons sans peine, si on le réduit à ces termes : « que Servet n'a rien découvert. »

Dr Victor Revillout.

## HOPITAL COCHIN. — M. Desprès.

### Hémorrhoïdes internes et leur traitement.

I

Les hémorrhoïdes internes ou sus-sphinctériennes, qui ont été divisées en plusieurs variétés, n'en offrent en réalité que deux : les hémorrhoïdes dites capillaires et les hémorrhoïdes veineuses.

Il est peu de sujets arrivés à l'âge adulte qui ne présentent ces hémorrhoïdes capillaires. Il suffit d'introduire un spéculum dans le rectum pour y constater des élevures rouges ayant l'aspect d'un fragment de fraise. Dans quelques points il y a de petits grains noirs qui sont dus à des hémorrhagies interstitielles. Lorsque l'on examine le rectum sur le cadavre, les élevures persistent quelquefois et la couleur est un peu affaiblie. L'examen microscopique démontre que ce sont des dilatations de houppes d'un réseau vasculaire. Ces fongosités sont en réalité de petits angiomes capillaires de la muqueuse. Ils existent seuls ou coïncident avec des dilatations veineuses des veines hémorrhoïdales sous-muqueuses. Jusqu'à plus ample informé, j'estime que ces lésions sont la conséquence de rectites subaiguës entretenues par la constipation, ou la rétention volontaire des matières et de l'urine exigée par les nécessités sociales. Je dis de l'urine, car on ne considère pas assez ce fait, que la rétention d'urine involontaire ou volontaire a pour effet de rendre turgescentes les veines hémorrhoïdales. La contraction du col de la vessie et la contraction synergique du releveur de l'anus et du muscle de Wilson entraînent la contraction

du sphincter anal. Qui n'a vu les veines turgescentes de l'anus chez les vieillards atteints de rétention d'urine d'origine prostatique?

La lésion de la muqueuse qui vient d'être décrite est appelée banalement hémorrhoïde interne. On peut conserver ce titre, mais il faut bien savoir que ce ne sont pas des lésions de même nature que les dilatations variqueuses des veines (1).

La seconde variété est constituée par des dilatations veineuses sous-muqueuses, et ne diffère pas des hémorrhoïdes externes dues à la même cause. Ces varices des veines hémorrhoïdales n'existent que sur le tiers inférieur du rectum, c'est-à-dire dans le point où les matières ne séjournent pas à moins que la défécation ne commence.

Il est bon de dire ici que ce qui arrête les matières et qui limite ainsi un espace toujours libre à la partie inférieure du rectum, est la prostate chez l'homme et le col de l'utérus chez la femme, et que cet espace varie suivant le volume de la prostate et le degré d'abaissement de l'utérus chez la femme. Les deux organes, en effet, reposent sur la face antérieure du sacrum, dont ils sont séparés par l'épaisseur du rectum. Les hémorrhoïdes internes veineuses se continuent presque toujours avec des varices qui siègent dans les plis de l'anus.

Étudions le cours naturel de chacune de ces variétés.

Les angiomes de la muqueuse, hémorrhoïdes capillaires des modernes, présentent trois phases : une qui est caractérisée par un écoulement muqueux ou glaireux révélateur de l'existence d'une rectite muqueuse subaiguë; une autre qui est caractérisée par des hémorrhagies à chaque selle, c'est ce que l'on appelle les hémorrhoïdes fluentes. A cette période il y a des alternatives de sécrétion de glaires et de pertes de sang. Autrement dit, il y a des rectites à répétition à la suite de la déchirure de la petite tumeur et de son ulcération irritée par chaque défécation. La lésion qui donne ces hémorrhagies est, on pouvait le supposer *à priori*, une exulcération des angiomes. J'ai observé sur le vivant ces ulcérations chez un malade de cinquante et un ans près duquel j'avais été appelé pour faire une opération. L'épithélium avait disparu, et le sang suintait de la petite tumeur qui était grosse comme une noisette, comme des fongosités utérines du col utérin; le moindre attouchement causait un écoulement de sang. Enfin, à la troisième période, il y a formation d'une tumeur; cette échéance n'est pas constante. La tumeur est constituée par un épaississement de la muqueuse et de la paroi des veines ou des capillaires plus ou moins volumineuses où se rendent les vaisseaux de la tumeur. C'est dans ces tumeurs que l'on a trouvé, à la suite de modifications successives, des kystes hématiques développés sans aucun doute dans des veines oblitérées. Ces tumeurs peuvent s'enflammer et se sphacéler, mais cela arrive bien moins souvent que pour les dilatations ampullaires des veines hémorrhoïdales.

Les varices hémorrhoïdales, au-dessus du sphincter ou à son niveau, se comportent exactement comme les hémorrhoïdes externes; ce sont elles qui sont le plus souvent l'origine des fistules à l'anus, à l'exclusion des hémorrhoïdes externes. La fistule dans ce cas débute par une fistule borgne interne, après une ouverture de la varice dans le rectum.

Ce court exposé est tout ce qu'il y a d'important à dire sur les hémorrhoïdes internes; mais, avant de passer au traitement, il est nécessaire d'arrêter votre attention sur les accidents des hémorrhoïdes internes.

L'inflammation se traduit par une douleur vive qui s'accroît à chaque émission de gaz et à chaque défécation ; le ténesme complet ne tarde pas à survenir, et l'effet naturel de la première selle est de faire descendre ou tomber dans l'anus la muqueuse où siège l'hémorrhoïde enflammée, et ce qui empêche la tumeur de se réduire, ce n'est pas la contraction du sphincter: c'est là une erreur. Ce qui maintient la chute du bourrelet, c'est le besoin incessant de défécation, c'est le besoin d'expulser, c'est-à-dire le ténesme, qui en est la véritable cause.

Les angiomes ne se sphacèlent pas comme les hémorrhoïdes veineuses, cela se conçoit, car la vascularisation des hémorrhoïdes capillaires entretient la vie de la tumeur, tandis qu'une thrombose d'une varice hémorrhoïdale avec une inflammation des parois de la veine ne peut résister, et le sphacèle est fatal. Les hémorrhoïdes capillaires enflammées forment une tumeur granulée, présentant une coloration grisâtre, qui est engagée dans l'anus et entourée d'un bourrelet de la muqueuse œdématiée, d'une sorte de chémosis séreux si je puis ainsi dire. La peau de l'anus est tuméfiée, rosée, et toute la tumeur est douloureuse au toucher. La défécation est extrêmement douloureuse, et l'on en peut juger par l'introduction du doigt explorateur que je vous recommande parce que vous pouvez la faire sans trop de souffrance pour le malade en graissant bien ce doigt et parce que vous acquerrez par là la preuve que la tumeur tout entière est descendue dans l'anus. Lorsqu'on n'a fait aucun traitement, au bout d'une semaine, la suppuration s'établit sur la tumeur; elle est constituée par du muco-pus épais et ne dure que quelques jours. Alors la tumeur hémorrhoïdaire apparaît rouge clair avec son aspect granulé, et il arrive, de deux choses l'une, ou que le chirurgien l'enlève, ou que la tumeur diminue et rentre dans le rectum en donnant ainsi une guérison passagère. Mais il en résulte que la tumeur se pédiculise plus ou moins, et, un an au plus après, elle ressort avec les mêmes caractères, et finit par devenir irréductible avec une portion de muqueuse hypertrophiée comme la tumeur.

Les hémorrhoïdes internes, qui donnent lieu à des pertes abondantes de sang à chaque défécation, entraînent un état particulier de la santé générale sur lequel depuis des siècles la sagesse des médecins s'est exercée. Ces hémorrhoïdes sont-elles constitutionnelles comme le voulaient les médecins de tous les âges, et y a-t-il danger à supprimer les pertes de sang? M. Gosselin, de nos jours, a dit qu'il n'y en avait pas. Cette doctrine chirurgicale est sage ; il est positif que les hémorrhoïdes ne peuvent pas être plus nécessaires que les hémorrhagies des varices des jambes. Théoriquement et pratiquement, cela est vrai dans les trois quarts des cas; mais, comme aucune idée tenace parmi les médecins ne manque d'avoir une raison d'être, il faut reconnaître que la suppression des flux sanguins hémorrhoïdaires, chez les cardiaques, chez les sujets atteints de cirrhose ou d'hépatite chronique, a toujours fait plus de mal que de bien. Certes on pourrait remplacer ces pertes de sang par des émissions

(1) Allingham admet des hémorrhoïdes artérielles parce qu'il a vu, dit-il, du sang artériel sortir de quelques hémorrhoïdes. Cette constatation ne prouve rien, car les recherches de Sucquet en France, il y a seize ans, ont montré que des artérioles fines s'anastomosaient à plein canal avec des veinules assez fortes. Une hémorrhagie due à la lésion d'une veine peu après son anastomose avec une artériole donnera toujours du sang rutilant comme le sang artériel.

sanguines, surtout si l'on espère pouvoir guérir la maladie du cœur ou du foie ; mais, si le mal est à peu près incurable, mieux vaut ne pas s'occuper des hémorrhagies rectales autrement que pour les modérer.

Au contraire, chez les sujets qui n'ont aucun obstacle mécanique à la circulation dans la veine-cave inférieure ou la veine-porte, toutes les hémorrhoïdes fluentes dites constitutionnelles doivent être guéries, et rapidement.

*Traitement des hémorrhoïdes internes.* — Je n'insisterai pas sur les soins hygiéniques que l'on doit prescrire aux malades qui ont des hémorrhoïdes : les selles quotidiennes provoquées par le régime herbacé, les lavements quotidiens froids pris le soir, le repos alternant avec la promenade. La vie sédentaire et la marche à l'excès sont également contraires aux hémorrhoïdaires. Les traitements indirects des maux qui causent les hémorrhoïdes seront appliquées suivant les circonstances. Contre les maladies du cœur et les maladies du foie alcooliques ou autres, et contre les tumeurs du bassin, on administrera les traitements appropriés. C'est surtout lorsque, après un traitement local méthodique bien fait, le mal revient, que l'on doit se préoccuper de la maladie générale qui peut faire récidiver les hémorrhoïdes, dont la valeur diagnostique devient alors très-grande.

Le traitement local des hémorrhoïdes internes variera suivant l'époque de leur évolution naturelle. Au début, quand il n'y a pas d'hémorrhagie, c'est-à-dire quand il y a seulement des chaleurs et du ténesme en allant à la selle, et quelques mucosités rendues avec les selles, et quand le hasard a fait examiner le rectum, il n'y a qu'à administrer le lavement froid tous les soirs, et, au besoin, ajouter à ce lavement 1 à 2 grammes d'alun pour 250 grammes d'alun. Mais ce lavement astringent doit être rendu aussitôt qu'il a été pris ; et il doit être renouvelé.

Lorsqu'il y a déjà eu, soit une hémorrhagie à la suite d'une selle dure, soit de petites hémorrhagies régulières après chaque selle, pendant une ou plusieurs semaines, il faut rechercher si les hémorrhoïdes sont liées à une lésion de voisinage et y porter remède, et on arrêtera ensuite le flux hémorrhoïdaire de la manière suivante.

On commence d'abord par faire prendre aux malades deux lavements avec l'alun. Eau 200 grammes, alun 2 grammes, un lavement le matin et l'autre le soir ; le lavement sera rendu aussitôt pris. Il n'est pas nécessaire, en effet, que le lavement remonte dans l'S iliaque et le colon. Depuis que j'emploie ce traitement, je n'ai pas encore échoué lorsqu'il s'agissait d'hémorrhoïdes fluentes datant de peu de temps.

Quand ce traitement paraît insuffisant pour la raison que vous venez d'entendre, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit d'hémorrhoïdes fluentes datant de longues années, il faut néanmoins l'employer d'abord à titre de préparation, puis avoir recours après à la constipation provoquée. Ce traitement est le plus rationnel, et il est inspiré par l'étude de la nature du mal. En effet, pour qu'il y ait une hémorrhagie rectale, il faut qu'il y ait des vaisseaux ouverts et ulcérés ; et, comme les plaies tendent toutes à la réparation, il est clair que, si les plaies des hémorrhoïdes ne se réparent pas, c'est qu'elles en sont empêchées. Quelle est donc la cause de cette absence de réparation, sinon le passage des matières pendant la défécation ? Il était hors de doute que la suppression de la défécation est la condition nécessaire pour la guérison de la plaie hémorrhoïdaire. On dira sans doute que les hémorrhoïdaires ont quelquefois des constipations prolongées et que cela ne les guérit pas ; cela est vrai, mais la constipation méthodiquement provoquée et supprimée à la volonté du chirurgien est autre chose. On prépare la première selle qui suit la constipation provoquée, tandis que, dans le cas où l'on abandonne le malade à lui-même, la première selle détruit tout l'effet d'une constipation de quatre à cinq jours.

Voici comment il faut procéder : on commence par vider l'intestin par un purgatif doux, un verre d'eau de Sedlitz par exemple ; puis on administre au malade chaque jour deux pilules d'opium de 5 centigrammes, une à sept heures du soir, l'autre à dix heures, et l'on fait prendre le matin un lavement avec six gouttes de laudanum et 4 grammes d'extrait de ratanhia pour 260 grammes d'eau, et le lavement est rendu de suite. On continue six jours. Le sixième ou le septième jour, le malade éprouve le besoin d'aller. On administre alors un verre d'eau de Sedlitz, et un lavement huileux préparé est administré au moment où le besoin d'aller devient impérieux. Le malade va alors à la selle facilement et ses matières molles passent sans causer la moindre douleur.

Une constipation ainsi dirigée arrête net les pertes de sang. Par prudence on doit produire encore une nouvelle constipation de sept jours. Vous avez vu qu'un malade qui depuis des années avait des hémorrhoïdes fluentes et était très-anémique, est sorti de l'hôpital guéri grâce à ce traitement, et sa guérison ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour. Un autre malade de la ville que j'ai traité de la même manière, mais qui a une congestion du foie évidente, n'a eu de récidive que six mois après et je me dispose à l'envoyer aux eaux de Vichy.

Parmi les hémorrhoïdes internes ou capillaires qui existent chez un même malade, il y a quelquefois un bouquet de vaisseaux qui se transforme en une véritable tumeur ; c'est là le véritable angiome de la muqueuse rectale. Souvent une tumeur se pédiculise et vient apparaître à l'anus avec le caractère d'une inflammation. Ces tumeurs doivent être enlevées aussitôt que l'inflammation y a disparu.

Lorsque les malades se présentent à vous avec un bourrelet œdémateux de l'anus au milieu duquel on aperçoit une petite tumeur du volume d'une cerise rouge recouverte d'un enduit muqueux grisâtre, gardez-vous d'opérer : il vous arriverait ce qui est arrivé à tous les chirurgiens qui opèrent par les caustiques, le clamp ou le galvano-cautère, c'est-à-dire une hémorrhagie. Seul l'écraseur linéaire de M. Chassaignac vous mettrait à l'abri de cet accident (quoi qu'ait dit à cet égard M. Allingham qui parle de l'instrument français avec des termes de dénigrement qui cachent à peine une envie malheureuse). L'écraseur de M. Chassaignac est le meilleur de tous les instruments pour enlever les hémorrhoïdes.

Calmez donc l'inflammation d'abord avant de recourir à l'opération, car l'inflammation est toujours la cause de la chute du bourrelet. Les grands bains, les cataplasmes en permanence sur la tumeur et un lavement huileux quotidien seront suffisants ; en huit jours, en moyenne, l'inflammation est calmée et la muqueuse rectale se réduit plus ou moins, en même temps que les selles deviennent moins douloureuses. Si vous commencez le traitement le premier jour du début de l'inflammation, vous mettrez sept jours à obtenir la réduction des hémorrhoïdes, si vous commencez le septième jour vous ne mettrez qu'un jour ou deux. Je ne vous recommande pas d'appliquer ce trai-

tement moderne renouvelé de M. Lepelletier de la Sarthe et de M. Maisonneuve, la dilatation du sphincter. Ce traitement n'est convenable que quand il y a une fissure à l'anus ; encore peut-il être remplacé par l'application de mèches enduites de pommade à l'onguent de la mère ou à l'onguent populéum.

Voici la formule :

| | | |
|---|---|---|
| Axonge. . . . . . . . . . | 60 | grammes. |
| Glycérine. . . . . . . . . | 10 | — |
| Onguent de la mère. . . | 10 | — |

Ce dernier traitement est peut-être un peu plus long, mais il a au moins l'avantage de ne point obliger à chloroformiser les malades. Cette considération est importante, car on connaît un cas de mort à la suite d'une chloroformisation faite dans ces conditions.

Il vous sufira, pour vous convaincre, de lire les observations d'une bonne thèse de M. F. Monod (1) destinée à vanter les avantages de la dilatation. Il ne faudrait pas se laisser prendre aux apparences : après la dilatation forcée du rectum, les malades souffrent encore beaucoup et sont loin d'être guéris ; il faut encore les traiter. La dilatation du sphincter ne produit pas plus d'effet que le repos, les grands bains et les cataplasmes, et n'empêche nullement la procidence ultérieure des hémorrhoïdes. Il suffit d'ailleurs de vous reporter à ce qui a été dit plus haut : ce n'est pas la contraction du sphincter qui empêche le bourrelet de se réduire, c'est le besoin d'expulser. Or la dilatation ne saurait en rien remédier au besoin d'expulser. Les faits d'ailleurs démontrent que les grands bains et les cataplasmes, en calmant l'inflammation, provoquent toujours la rentrée du bourrelet.

---

## CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Ad. Piéchaud.

---

### Kératite suppurative.
### Hypopyon et nécrose de la cornée.

Une observation que je publiai en novembre 1876 (2), dans la *Gazette des hôpitaux*, sur une kératite *parenchymateuse*, à forme essentiellement grave, donna lieu aux réflexions suivantes, que je crois utile de reproduire à propos du fait nouveau que je viens enregistrer aujourd'hui. Après avoir décrit les phases diverses de la maladie, sa marche toujours croissante, depuis un simple trouble de la cornée qui marque le début de l'affection, jusqu'à une vascularisation absolue et un état de ramollissement des plus complets qui semblent en être le dernier terme ; après avoir indiqué minutieusement tous les moyens médicaux employés, *pendant plus de quatre mois*, pour combattre cet état, jusqu'à l'heure où une guérison soudaine vint enrayer le cortège des accidents, je terminai mon travail en disant : « De tous ces faits, que conclure ? Que dans les kératites parenchymateuses ou interstitielles, indolentes, si graves, si désespérantes par leur durée, il faut s'attendre à toutes les surprises, et ne jamais se lasser de faire appel aux ressources de la thérapeutique, tant qu'il n'y aura pas mort absolue de l'organe, tant qu'il restera à notre disposition un stimulant quelconque, capable de ranimer la vie dans cet organe. »

Voici un cas nouveau, qui, pour être d'une nature différente, tient à un ordre de faits s'appliquant à l'étude générale des affections de la cornée :

Le 8 avril dernier, M. B..., âgé de soixante-quatre ans (de Puteaux), me fut envoyé par son médecin, le docteur Durand, pour un traumatisme de l'œil droit. Un fragment de pierre avait frappé cet œil, pendant que M. B... était occupé à bêcher son jardin.

Le traumatisme me parut avoir peu d'importance. Je constatai une légère contusion de la moitié inférieure de la cornée, une petite plaie non perforante de 4 à 5 millimètres d'étendue dans tous les sens ; mais, symptôme plus marquant, une inflammation de la membrane de Descemet, donnant lieu à un peu de trouble et ayant produit un léger hypopyon.

Je revis le malade jusqu'au 12 avril. A ce moment, les douleurs du début avaient cessé, l'injection périkératique avait diminué, l'hypopyon se trouvait réduit à un filet presque imperceptible, si bien que B..., ne souffrant pas et se croyant guéri, cessa de revenir et ne se soumit plus à aucun traitement.

Le 21 avril, je le vis reparaître à ma clinique, et voici dans quel état :

Cornée grisâtre, sphacélée dans presque toute son étendue, à demi transparente par places, ramollie et se laissant déprimer par un stylet ; pus jaunâtre, épais, remplissant les quatre cinquièmes de la chambre antérieure, ne se déplaçant pas par l'inclinaison de la tête, ce qui indique sa grande consistance ; bourrelet *chémotique* énorme ; douleurs névralgiques très-accusées dans toute la moitié droite de la tête.

Pour moi, comme pour quiconque eût examiné cet œil à ce moment, c'était le commencement de la fin, c'est-à-dire le prélude de la désorganisation du globe de l'œil, la destruction totale de la cornée et la fonte purulente. C'est du reste le pronostic que je portai et dont je crus devoir prévenir mon malade.

Je voulus essayer une paracentèse, et je la fis séance tenante. Mon couteau lancéolaire ne put que pénétrer très-difficilement à travers la cornée, qui cédait à l'effort de la pointe et se déprimait en se plissant. Je cherchai à plusieurs reprises à l'enfoncer ; il pénétra enfin brusquement, et un flot de liquide, une bouillie jaunâtre, s'épancha au dehors. La cornée s'affaissa entièrement. Je cherchai à découvrir l'état des parties sous-jacentes ; il me fut impossible de distinguer quoi que ce soit à travers. Toutefois je m'assurai qu'il ne s'était point produit de hernie de l'iris, et, après l'application d'un bandeau compressif, je dus renvoyer le malade, qui, malgré mon insistance, ne consentit point à rester ce jour-là chez moi.

Le lendemain 22, il vint s'établir à ma clinique, et je le soumis, dès son arrivée, à l'application permanente de compresses chaudes aromatiques. Le 23, j'excisai largement le *chémosis* qui pouvait être un obstacle à la réparation de la cornée, si tant est qu'il fût possible d'en espérer une, et je continuai les applications chaudes. Régime fortifiant, purgations légères, pédiluves sinapisés. Bandeau pour la nuit seulement. Solution d'atropine instillée le soir et le matin.

Le 24, un sphacèle superficiel de la moitié inférieure de la cornée est détaché avec la pointe d'un stylet. Le 25 et les jours suivants, cette membrane s'éclaircit un peu et commence à laisser voir l'iris par transparence ; elle a repris sa forme et sa convexité normales, et, bien que tomenteuse et inégale, elle ne laisse pas que de subir çà et là, surtout en haut, un petit travail de réparation. Le 29, il est évident que la cicatrisation s'opère ; la cornée est luisante, elle a recouvré son poli habituel dans sa partie supérieure, et, dans le bas, le vide produit par le sphacèle tend à se combler. Huit jours après, le même traitement étant continué, la cornée est revenue à son état normal ; une cicatrice nette apparaît dans le bas, tandis que les autres portions s'éclaircissent, et permettent déjà au malade de distinguer quelques lettres.

---

(1) F. Monod. *Dilatation forcée du sphincter anal.* Paris, 1877.
(2) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1876, pages 1074 et 1084.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance solennelle du 15 juillet 1879.— Présidence de M. Baillarger.

### RAPPORT

**Prix de 1878. — M. Bergeron**, secrétaire annuel, lit son rapport général sur les prix décernés en 1878.

Sont proclamés lauréats de l'Académie pour 1878 :

Prix de l'Académie. — Il n'y a pas eu de concurrent.

Prix Portal. — Aucun concurrent ne s'est présenté.

Prix Bernard de Civrieux. — Il n'y a pas lieu de décerner de prix.

Prix Capuron. — L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

Prix Barbier. — L'Académie ne décerne pas le prix. — Elle accorde, à titre d'encouragement : 1° 2,000 francs à M. le docteur Burq, pour continuer ses recherches sur l'action des métaux en thérapeutique, sans pour cela se porter garante de ses théories; 2° 1,000 francs à M. le docteur Roussel, pour son travail sur la transfusion du sang.

Prix Ernest Godard. — L'Académie ne décerne pas le prix. — Elle accorde à titre de récompense : 1° 600 francs à M. le docteur Auguste Pellarin (de Paris), auteur de l'ouvrage ayant pour titre : *Des fièvres bilieuses des pays chauds en général et de la fièvre bilieuse hématurique en particulier;* 2° 400 francs à M. le docteur Léo Testut (de Bordeaux), pour son travail intitulé : *De la symétrie dans les affections de la peau;* 3° une mention honorable à M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux).

Prix Lefèvre. — Aucun concurrent ne s'est présenté.

Prix Orfila. — L'Académie avait mis de nouveau la question suivante au concours : *De l'aconitine et de l'aconit.* — Un seul mémoire a concouru. L'Académie décerne le prix à ses auteurs : M. le docteur Laborde, chef du laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine ; M. Duquesnel, pharmacien à Paris.

Prix Saint-Lager. — Il n'y a pas eu de concurrent.

Prix Rufz de Lavison. — Il n'y a pas eu de compétiteur.

Prix Falret. — Question : *Rechercher quels sont les meilleurs éléments de pronostic, dans les différentes formes de maladies mentales.* — Un seul mémoire a concouru. L'Académie ne décerne pas le prix ; mais elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 500 francs à M. le docteur Lagardelle, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille.

Prix Desportes. — L'Académie ne décerne pas le prix; mais elle accorde une somme de 1,000 francs, à titre d'encouragement, à M. le docteur J. Lambert, médecin à Nice, auteur de l'ouvrage ayant pour titre : *Étude clinique et expérimentale sur l'action de l'air comprimé et raréfié dans les maladies des poumons et du cœur.*

Prix et médailles accordés aux auteurs des travaux relatifs a l'hygiène de l'enfance. — L'Académie avait proposé pour sujet de prix la question suivante : *De l'assistance des enfants abandonnés du premier âge, et en particulier de l'institution des tours.* L'Académie ne décerne pas le prix ; mais elle accorde, à titre de récompense : 1° 600 francs à M. Gibert, médecin à Marseille ; 2° 400 francs à M. Macé de Challes (de Saint-Mandé) ; 3° une mention honorable, avec médaille d'argent, à M. Lacroix, inspecteur des enfants assistés, à Mortagne (Orne).

Elle accorde, en outre, à titre de récompense :

1° *Une médaille d'or à* M. le docteur Eugène Sanguin (de Saint-Chamas), pour son mémoire intitulé : *Études sur les attentats commis contre la première enfance*, avec tableaux statistiques pour chaque département.

2° *Des médailles de bronze à* M. le docteur Pamard (d'Avignon), pour son travail ayant pour titre : *De la mortalité avant et après l'âge de cinq ans, dans l'arrondissement d'Avignon, dans ses rapports avec les phénomènes météorologiques;* M. le docteur Wintrebert (de Lille), pour son *Étude sur l'hygiène des enfants du premier âge, à Lille ;* M. le docteur Bertherand (d'Alger), pour ses deux brochures : *Sur la mortalité enfantine et de l'industrie nourricière en Algérie;* M. le docteur Zinnis (d'Athènes), pour ses travaux intitulés : 1° *De la mortalité des enfants à la mamelle à Athènes;* 2° *De la prophylaxie des maladies contagieuses à Athènes.*

Médailles accordées a MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le Ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder pour le service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1876 :

1° *Une médaille d'or à* M. le docteur Niepce, médecin-inspecteur des eaux d'Allevard.

2° *Un rappel de médaille d'or à* M. le docteur Reeb, médecin principal de première classe à à l'hôpital militaire de Bourbonne.

3° *Des médailles d'argent à* M. Barillé, pharmacien-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Rennes; M. le docteur Boissier, médecin-inspecteur aux eaux de la Malou ; M. le docteur Boudant, médecin-inspecteur adjoint aux eaux du mont Dore; M. Bouillard, pharmacien-major de première classe ; M. le docteur Henri Cazalis, médecin-inspecteur des eaux de Challes ; M. le docteur Michel Dubuc, médecin-inspecteur des eaux d'Audinac ; M. le docteur Frédet, médecin consultant à Royat ; M. le docteur Laissus, médecin-inspecteur des eaux de Brides ; M. le docteur Nogaret, médecin-inspecteur à Salies-de-Béarn ; M. le docteur Perelli, médecin-inspecteur de Pietra-Paula ; M. le docteur Planche, médecin-inspecteur des eaux de Balarue ; M. le docteur Sales-Girons, médecin-inspecteur à Pierrefonds.

4° *Rappel de médailles d'argent avec mentions honorables à* M. le docteur Auphan, inspecteur des eaux d'Ax ; M. le docteur Basset, inspecteur des eaux de Royat ; M. le docteur Caulet, inspecteur de Saint-Sauveur ; M. le docteur Doin, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains ; M. le docteur Dumoulin, inspecteur des eaux de Salins ; M. le docteur Foubert, inspecteur des bains de Villers-sur-Mer ; M. le docteur Grimaud, inspecteur des eaux de Barèges ; M. le docteur Gubian, inspecteur de Lamotte-les-Bains ; M. le docteur Tillot, inspecteur de Luxeuil ; M. le docteur Vidal, inspecteur des eaux d'Aix-en-Savoie.

5° *Médaille de bronze à* M. le docteur Vaysse, inspecteur des eaux de Rennes (Aude).

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le Ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder pour le service des épidémies en 1877 :

1° *Une médaille d'or à* M. le docteur Alison, médecin à Baccarat, pour ses deux mémoires intitulés : *Considérations sur l'étiologie de la fièvre typhoïde dans les campagnes.*

2° *Des médailles d'argent à* M. le docteur Bec (de Mezel) ; M. le docteur Veill, médecin-major de l'armée ; M. le docteur Bompaire (de Millau) ; M. le docteur Druhen aîné, professeur à l'École de médecine de Besançon ; M. le docteur Métadier (de Bordeaux) ; M. le docteur Balanda, médecin à Pomerols ; M. le docteur Farge, professeur à l'École de médecine d'Angers ; M. le docteur Homo (de Château-Gontier) ; M. le docteur Aron, médecin principal de l'armée ; M. le docteur Claudot, médecin-major de l'armée.

3° *Rappel de médailles d'argent à* M. le docteur Barbrau (de Rochefort) ; M. le docteur Daniel (de Brest) ; M. le docteur Daga, médecin principal de l'armée ; M. le docteur Manouvriez (de Valenciennes) ; M. le docteur Bocamy (de Perpignan) ; M. le docteur Remilly (de Versailles) ; M. le docteur Lenoel (d'Amiens) ; M. le docteur Lacaze (de Montauban) ; M. le docteur Coste, médecin-major de l'armée.

4° *Des médailles de bronze à* M. le docteur Bernard-Luquet, médecin-major au 17e régiment d'artillerie ; M. le docteur Louis Vaysse (de Quillan) ; M. le docteur Spitalier (de Grasse) ; M. le docteur Vedel (de Lunel) ; M. le docteur de Valicourt, médecin-aide-major de l'armée ; M. le docteur Alphonse Maurice (de Vannes) ; M. le docteur Lemaistre (de Limoges) ; M. le docteur Audet, médecin-aide-major de l'armée ; M. le docteur Braye (de Tarascon) ; M. le docteur Camus, médecin-major au 5e régiment de dragons.

5° *Des mentions honorables à* M. le docteur Fournier (de Sois-

sons) ; M. le docteur Sainton (de Bar-sur-Seine) ; M. le docteur Bernard (de Grenoble) ; M. le docteur Guillemaut (de Louhans) ; M. le docteur Mottard (de Saint-Jean-de-Maurienne) ; M. le docteur Cavaillon (de Carpentras) ; M. le docteur Pasquet-Labroue ; M. le docteur Géraud, médecin-aide-major de l'armée ; M. Félix (de Bruxelles).

Prix et médailles accordés pour le service de la vaccine en 1877. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder :

1° *Un prix de* 1500 *francs partagé entre* M. Henri Bernard, docteur en médecine à Grenoble ; Mme Desplanques, sage-femme à Tourcoing ; Mme Subra, veuve Bories, sage-femme à Alger.

2° *Des médailles d'or à* : M. le docteur Léopold Benoit (d'Apt) ; M. le docteur Catel, médecin en chef de l'hôpital de Saint-Dizier ; M. le docteur La Saigne (de Tournon) ; M le docteur Perret (de Rennes).

3° *Des médailles d'argent à* MM. les docteurs Artance, Augé, Bariod, Barudel, Bazin, Belloque, Benoît, Bergerat, Bernard, Billières, Billot, Boullet fils, Brangier, Carre, Chambon, Chardon, Ciaudot, Clément, de Chambure, de Lagarde, Doumic, Duhail (Paul), Dumolard, Fabre, Frouin, Gémin, Genoud, Guirard, Harriague, Jaubert, Jeanbernat, Labat, Lacombe, Lamfranchi, Légée, Lelièvre, Mallet, Maret, Massina (Henri), Maurin, Metzquer, Messier, Neis, Parisot (Louis), Perrin, Phalippou, Pichat, Picou, Plonquet, Pouy, Provensal, Sauné, Subert.

M. Bergeron, après avoir fait connaître les résultats des divers concours, poursuit en ces termes :

C'est un usage pieux dans les familles qui ont fidèlement conservé le culte des souvenirs, d'évoquer, aux jours de fête, la mémoire de ceux dont la place doit désormais rester vide au foyer. Chacun alors, rappelant un trait, une pensée à l'honneur de ces chers absents, s'efforce de les faire revivre et surtout aime à se persuader que ce touchant témoignage d'une tendresse qui les suit au-delà du tombeau, s'élève jusqu'à eux, au séjour innomé des âmes.

Mais nous aussi, Messieurs, ne sommes-nous pas une famille qu'unit un lien puissant, l'amour de la science et du bien public? Ce jour n'est-il pas notre jour de fête, et n'avons-nous pas le devoir, avant de nous séparer, d'évoquer le souvenir des collègues que la mort nous a ravis depuis un an à peine ?

J'aurais voulu, pour les associer en quelque sorte à la solennité de ce jour, faire revivre aujourd'hui en quelques traits l'image de ceux que mon regard attristé cherche en vain au milieu de vous. Mais je sais me rendre justice et reconnaître que ma plume inhabile resterait au-dessous d'une telle tâche. Je laisse donc à d'autres, je laisse surtout à celui qui a déjà tracé avec une rare éloquence tant de portraits saisissants de nos illustres morts, je laisse le soin de ranimer un jour devant vous, et en termes dignes d'elles, les figures affectionnées et vénérées de Tardieu, de Chauffard, de Gubler, de Jolly, de Piorry, de Jacquemier, qui tous ont été l'ornement et l'honneur de notre compagnie.

Pour moi, que mon impuissance réduit à un rôle plus modeste, je me borne à rappeler leurs noms et à leur adresser, une fois de plus, l'expression de mes douloureux regrets, en m'abandonnant à la consolante pensée que, dans la profondeur de cet infini où je ne puis me résoudre à voir le néant, ils reçoivent, avec ce nouvel hommage de notre admiration, de nos respects et de notre affection, le témoignage que leur précieux souvenir est vivant parmi nous.

Peut rire qui voudra de cette croyance, je n'en prends nul souci, et à ceux qui peut-être protesteront moralement contre elle, je dirai, empruntant les paroles d'un orateur ancien : « O Scipion!... si je me trompe en croyant l'âme immortelle, c'est de mon plein gré, et cette erreur qui fait ma joie, je n'entends pas qu'on me l'arrache aussi longtemps que je vivrai, et, si la mort doit m'anéantir, comme le pensent certains philosophes sans grandeur, je n'ai point à redouter que les morts me raillent de mes illusions. »

Et qui parlait ainsi, Messieurs? Un laïque de la Rome païenne qui s'appelait Cicéron.

LECTURE

M. Chéreau lit un mémoire intitulé : *Histoire d'un livre : Michel Servet et la circulation pulmonaire.*

La séance est levée à cinq heures.

## Prix proposés pour l'année 1880.

Prix de l'Académie. — Question : *De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie, et réciproquement.* — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question : *Anatomie pathologique des cartilages articulaires.* — Ce prix sera de la valeur de 1,200 francs.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Question : *Du rôle du système nerveux dans les maladies du cœur.* — Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question : *Influence de la luxation coxo-fémorale sur la conformation du bassin.* — Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. (Voyez les conditions du concours, in *Gazette des hôpitaux* 1878, page 525.) Ce prix sera de la valeur de 7,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Godard. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie interne. Il sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Desportes. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. — Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature.

Prix fondé par Mme veuve Henri Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé : si une année aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée à l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

Prix fondé par M. le docteur Orfila. — Question : *De la vératrine, de la sabadilline, de l'ellébore noir et du varaire blanc.* — D'après les intentions du testateur, « la question doit être envisagée au point de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale. Ainsi : que deviennent ces poisons après avoir été absorbés? dans quels organes séjournent-ils ? à quelles époques sont-ils éliminés et par quelles voies? quels troubles amènent-ils dans les fonctions? quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent ? quel est leur action sur les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang ? quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets ? enfin, et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler ces toxiques, avant la mort, soit dans les matières vomies ou dans celles qui ont été rendues par les selles, soit dans l'urine et dans d'autres liquides excrétés, ainsi que dans le sang? Après la mort, la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans l'urine et dans le sang ; il faudra également indiquer l'époque de l'inhumation, passé laquelle il n'est plus possible de les déceler. Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons. Peut-on, par exemple, poursuivre ces toxiques jusque dans le sang et dans les organes où ils ont été portés par absorption, en faisant usage d'un agent chimique qui les rende inertes ou beaucoup moins actifs? » — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix proposé par M. le docteur Falret. — Question : *De la folie désignée sous les dénominations de Folie circulaire, Folie à double*

*forme, Folie à formes alternes.* — Les concurrents devront réunir dans leur travail le plus grand nombre possible d'observations cliniques. — Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Huguier. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé en France *sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé. — Il sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — *Extrait de la lettre du fondateur.* — « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goîtreuse. » — Le prix ne devra être donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix de la commission de l'hygiène de l'enfance. — Question : *Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France.* — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Fondation Auguste Monbinne. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

*Nota.* — Les mémoires ou les ouvrages pour les prix à décerner en 1880 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet de l'année 1880. Ils devront être écrits en français ou en latin et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs. — Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Godard, Barbier, Huguier, Desportes et Buignet, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 juillet 1879, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade d'officier* : MM. Armieux, médecin principal de première classe; Moullié, Alezait, Manche, Janin, médecins-majors de première classe; Cheux, pharmacien-major de première classe.

*Au grade de chevalier* : MM. Laurent, médecin major de première classe; Renauld, Carayon, Planque, Protain, médecins-majors de deuxième classe; Figuier, Autrit, pharmaciens-majors.

— Par arrêté ministériel en date du 9 juillet 1879, M. le docteur Gouguenheim est nommé médecin de l'hôpital de Lourcine.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,** publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre. La première partie du tome VII de la troisième série (*Sar-Sca*) vient de paraître aux librairies P. Asselin et Cie et G. Masson.

**Recherches sur les hypertrophies cardiaques secondaires,** par le docteur Maurice Letulle, interne lauréat des hôpitaux de Paris (Médaille d'or, 1878). In-8 de 100 pages, avec une planche lithographiée. — Prix : 3 francs. — Paris, Asselin et Cie.

**De la transsudation des liquides à travers les membranes séreuses,** par le docteur Laurent Amodru, ancien interne des hôpitaux. In-8, 70 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Asselin et Cie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8165.

N° 83. — SAMEDI 19 JUILLET 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 19 JUILLET 1879. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Les hyperostoses et leur diagnostic différentiel.

Nous allons reprendre une question dont nous avons commencé l'étude dans deux précédentes revues cliniques, celle des hypertrophies osseuses et de leurs causes.

Nous avions emprunté d'abord, le 7 juin dernier, au service de notre cher ami M. Damaschino, l'observation d'un malade chez lequel une hyperostose considérable de toute la diaphyse du tibia droit est survenue, vers l'âge de trente-huit ans, d'une façon tout à fait insensible, sans douleur diurne ni nocturne, soit spontanée, soit provoquée par une pression, sans rougeur, sans chaleur locale, sans rien, en un mot, qui dénotât le moindre travail inflammatoire. Chez ce malade, en dehors du tibia, aucun autre os n'était affecté d'hyperostose ou d'exostose. La cause morbide, quelle qu'elle fût, — et la question restait un peu douteuse, — avait épuisé son action sur un seul os et même sur la diaphyse seule de ce seul os.

Je dis que la cause était un peu douteuse, car, bien que l'on ne retrouvât pas de trace évidente de syphilis, bien qu'il n'y eût pas eu d'éruption, d'alopécie, de gomme suppurée, etc., le malade accusant deux chancres contractés à diverses époques, rien ne pouvait prouver qu'il se fût agi simplement de chancres mous, non infectants. J'ai déjà insisté plus d'une fois sur l'apparition tardive et isolée de tel ou tel phénomène tertiaire, alors que de nombreuses années s'étaient écoulées, sans symptôme secondaire d'aucune sorte, depuis l'évolution rapide d'un unique chancre initial. Dans cette série d'idées, une des observations qui m'ont le plus frappé est celle d'un sergent de ville que j'ai vu dans le service de Jobert de Lamballe, à l'Hôtel-Dieu, alors que je préparais ma thèse, dans le cours de l'année 1859, et qui fut atteint d'une périostite syphilitique dix-neuf ans après avoir eu un chancre. Comme ce chancre, guéri en quelques jours, n'avait jamais été suivi d'aucune manifestation syphilitique jusqu'à l'apparition de la tumeur claviculaire, le jeune agrégé, fort instruit d'ailleurs (maintenant un des professeurs les plus illustres de la Faculté), qui suppléait à ce moment-là, pour quelques jours, Jobert de Lamballe, écartant l'idée de syphilis, avait attribué la tumeur fluctuante de la clavicule à une nécrose de cet os. Il songeait donc à une résection, quand Jobert de Lamballe, reprenant son service, n'hésita pas à attribuer à une vérole, jusqu'alors latente, cette prétendue nécrose, qui céda, en effet, avec une extrême rapidité, en moins de deux semaines, à l'emploi de l'iodure de potassium administré à hautes doses. C'était bien le cas de dire, avec le vieil adage : *Naturam morborum ostendunt curationes.* De nombreux exemples analogues viennent tous les jours démontrer combien il convient d'être réservé sur le diagnostic négatif de la syphilis, surtout quand le malade lui-même accuse dans ses antécédents un ou plusieurs chancres.

Dans la seconde observation, donnée par nous le 14 juin, il était certain, au contraire, que la vérole n'était pas en cause. Il s'agissait d'un jeune homme chez lequel l'hyperostose d'un des tibias avait eu pour point de départ et, si je puis m'exprimer ainsi, pour foyer d'origine, une exostose siégeant sur le plan d'union de la diaphyse avec l'épiphyse de cet os. Cette exostose n'était pas unique ; elle se rattachait à toute une série d'exostoses du même genre, siégeant également vers l'union des diaphyses des os avec leurs épiphyses. C'était donc tout à fait le mode d'évolution des exostoses dites de l'adolescence, avec cette différence pourtant que, survenues par poussées successives, et la croissance une fois terminée, les dernières exostoses chez ce jeune homme avaient été, contrairement aux descriptions classiques, précédées et accompagnées, lors de leur apparition, de douleurs vives.

Ce ne serait pas là, du reste, une raison suffisante pour isoler ce fait des exostoses de l'adolescence ; car j'ai vu plusieurs fois, chez des adolescents, aux âges et dans les conditions les plus classiques, un gonflement périostique du fémur vers son épiphyse inférieure, du tibia vers l'une de ses épiphyses ou d'un des os du tarse, qui devait aboutir à une simple exostose, être douloureux, particulièrement à la pression, donner au doigt qui l'explore une sensation de chaleur locale, et cela durant plusieurs jours ou même davantage. Si donc il est des cas, et c'est incontestable, dans lesquels les limites sont parfaitement tranchées entre l'exostose ou l'hyperostose d'une part, et d'une autre part le gonflement tenant à une irritation plus ou moins phlegmasique de l'os, dans ses diverses parties constitutives, depuis le périoste jusqu'à la moelle, il en est aussi d'autres où les limites s'effacent et qui servent d'intermédiaires.

Ces intermédiaires, on les trouve dans les exostoses douloureuses par elles-mêmes (je ne parle pas, bien entendu, de celles qui causent des douleurs parce qu'elles froissent un muscle ou passent sur un nerf).

On les trouve aussi, à ce qu'il me semble, dans ces hyperostoses, parfois considérables, qui surviennent à la suite et dans le voisinage de vastes ulcères variqueux ou de plaies chroniques d'une autre nature.

Ainsi il n'est pas toujours facile de choisir entre les expressions *hyperostose* ou *ostéopériostite* pour définir une tumeur donnée; et moins encore, peut-être, de déterminer à quelle cause il faut rattacher le gonflement osseux.

Ces difficultés étaient particulièrement considérables chez une malade dont nous avons à parler aujourd'hui et qui se trouvait dans le service de M. le professeur Richet.

Avant d'en donner l'observation, que nous devions rapprocher des précédentes, nous avons tenu à attendre que notre savant maître, M. le professeur Richet, en fît l'objet d'une leçon clinique.

Bien embarrassant, en effet, était le diagnostic.

Il s'agissait d'une jeune fille de quatorze ans, non encore réglée, mais plutôt grande pour son âge, qui, née à Posen, d'un père et d'une mère polonais, avait toujours été délicate et souvent malade depuis le moment de sa naissance.

Sa mère racontait qu'un médecin, consulté pour elle dès les premiers jours de sa vie à l'occasion d'une éruption siégeant sur le cuir chevelu et sur le haut des cuisses, avait déclaré qu'il s'agissait d'une syphilis congénitale due à l'hérédité paternelle. Cependant il n'aurait prescrit que des bains de son, et ce traitement aurait suffi pour faire disparaître en quelques semaines cette prétendue syphilide.

Plus tard cette enfant aurait eu la gourme, puis des maux d'yeux, très-persistants, pour lesquels, une fois à Paris, elle aurait été, pendant longtemps, menée fréquemment à la clinique de M. Galezowski.

Vers l'âge de neuf ans, au moment où elle souffrait le plus de cette ophthalmie, elle avait été prise pour la première fois d'un gonflement très-douloureux du tibia.

A plusieurs reprises, les douleurs dans l'os auraient alterné avec l'ophthalmie, de telle sorte que, suivant l'expression de cette jeune fille, *son mal se serait porté de la jambe à l'œil et de l'œil à la jambe.*

M. Galezowski aurait alors prescrit des frictions mercurielles à la suite desquelles les maux d'yeux auraient disparu définitivement, il y a trois ans environ.

Mais, quant au mal de jambe, il aurait persisté en augmentant toujours jusqu'au moment de l'admission de cette petite malade dans le service de M. Richet.

Tel était le récit de la mère, récit qu'elle nous a répété à plusieurs reprises quand nous sommes allé chez elle l'interroger à ce sujet.

Pour elle, il n'y aurait pas eu le moindre doute. Bien que n'ayant jamais présenté elle-même, à ce qu'elle affirmait, le moindre signe de syphilis, elle était convaincue que son mari, mort deux ans après la naissance de sa fille, avait transmis à celle-ci la vérole, qu'il aurait eue antérieurement à son mariage. Du moins, tous les médecins qui avaient soigné l'enfant durant ses nombreuses maladies, soit à Posen, soit à Paris, auraient été de cette opinion.

Suivant M. le professeur Richet, c'était pourtant là une fausse piste, et les raisons qu'il nous a données pour repousser cette étiologie nous ont paru très-convaincantes.

D'abord l'état de l'os affecté, lorsque la malade est entrée à l'hôpital, répondait bien mieux à l'idée d'une ostéo-périostite qu'à celle d'une simple hyperostose.

Lorsqu'on examinait la jambe, on constatait un gonflement notable de toute la diaphyse du tibia, gonflement qui s'arrêtait net, en haut et en bas, juste au niveau des cartilages épiphysaires. Environ vers l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la diaphyse, l'os gonflé, courbé en avant et en dedans, formait une saillie anguleuse, à angle obtus. Il n'aurait pas été exact d'attribuer le nom d'exostose à cet angle saillant, car ce n'était pas une tumeur distincte du reste de l'os, *extérieure à l'os,* suivant l'origine étymologique du mot exostose; c'était le résultat de la courbure de l'os lui-même, que le gonflement général dont il était le siège avait allongé. En effet, malgré cette courbure, on constatait encore à la mensuration que la jambe de ce côté avait au moins un centimètre de plus que l'autre.

L'accroissement en épaisseur du tibia malade était encore plus notable que son accroissement en longueur, et les arêtes s'en étaient effacées, de telle sorte que, de prismatique, il était devenu à peu près cylindrique.

C'est un phénomène sur lequel Gerdy avait insisté avec raison; il s'observe non-seulement dans les hyperostoses simples, mais dans les ostéomyélites. Toutes les fois qu'un os augmente de volume, par cela même il tend à s'arrondir, qu'il s'agisse soit d'une affection véritablement inflammatoire, soit d'un simple vice de nutrition.

Nous venons de dire, avec M. Richet, que dans ce cas il s'agissait plutôt d'une ostéomyélite que d'une hyperostose.

En effet, lors de son entrée, la malade accusait des douleurs aiguës, qui se faisaient sentir particulièrement vers l'angle saillant du tibia. Ces douleurs existaient depuis près de quatre ans; elles avaient été encore plus vives avant que l'os fût déformé comme il l'était, alors que le mal, jusque-là fixé sur les yeux, se portait tantôt sur les yeux, tantôt à la jambe. Exaspérées par la chaleur du lit, elles l'étaient aussi par toute fatigue. Elles rendaient souvent le sommeil impossible, tant elles étaient aiguës, surtout pendant la nuit.

Outre ces douleurs si pénibles, il existait au même niveau une élévation de température très-appréciable à la palpation. Le périoste semblait, d'ailleurs, soulevé par un peu de liquide. Les téguments n'étaient pas rouges ni adhérents; mais il était certain que l'os était le siège d'un travail phlegmasique à marche lente, dont le début remontait à quatre ans déjà, et dont la cause était la même que celle des maux d'yeux, des gourmes, etc.

Quelle était cette cause? la syphilis, ou la scrofule?

M. Richet, après un examen répété de cette jeune malade et une étude approfondie des antécédents, est arrivé à cette conclusion que la syphilis n'est pas en cause. Pourquoi les gourmes, les ophthalmies dont la mère fait le récit, seraient-elles supposées syphilitiques? Rien dans l'état des dents, dans l'état des cornées, etc., ne justifie cette manière de voir.

C'est plutôt d'ailleurs dans le cas de scrofule que l'on observe ces déplacements subits d'un point sur un autre. C'est dans la scrofule qu'on voit, par exemple, un séton placé à la nuque et entretenu pendant quelque temps, faire disparaître des ophthalmies jusque-là rebelles. Le mal de jambes et le mal d'yeux ont alterné, au dire de la malade. Il n'en eût pas été ainsi s'il se fût agi d'accidents syphilitiques.

La production d'inflammations chroniques dans le tissu osseux est de l'essence même de la scrofule. Or, chez cette jeune fille, il existe un certain degré d'ostéo-périostomyélite, qui aboutira peut-être à la formation de collections purulentes dans la moelle de l'os. On voit de ces abcès médullaires, résultats d'ostéo-myélites à évolution plus ou moins lente, se former chez les scrofuleux.

On voit aussi chez eux survenir des nécroses, plus ou moins étendues, dans la diaphyse des os. Je me rappelle, pour ma part, qu'une jeune fille de Besançon, traitée par mon père, après avoir présenté d'abord durant plusieurs années un gonflement du tibia, semblable à celui que l'on observe chez la malade de M. Richet, également avec allongement de la jambe, douleurs principalement nocturnes, élévation de température, etc., finit par avoir un abcès osseux qui fut ouvert et au fond duquel on découvrit un long séquestre. Ce séquestre une fois extrait, la guérison ne se fit pas attendre, mais le tibia resta toujours gros. Cette jeune fille était scrofuleuse, mais n'était pas syphilitique.

Pour en revenir à la malade de M. Richet, elle s'est trouvée parfaitement de son séjour à l'hôpital. Le repos complet, l'application d'emplâtres mercuriels sur sa jambe, la bonne nourriture, les toniques, l'usage de l'iodure de potassium, firent disparaître les douleurs et diminuer d'une façon très-notable le gonflement. Aujourd'hui on ne trouve plus la moindre trace de fluctuation sous le périoste. Cette jeune fille, ne souffrant plus, et se considérant comme presque guérie, vient de rentrer chez sa mère.

### Lèpre de Cochinchine.

Dans le service de M. Lancereaux, à la Pitié, se trouve en ce moment un malade considéré comme lépreux, et qui aurait rapporté de Cochinchine le germe de sa maladie.

Cet homme, actuellement âgé de quarante ans, a, en effet, habité deux ans la Cochinchine, où il a exercé la profession d'instituteur. Il en est revenu, il y a huit ans, avec la fièvre intermittente et une diarrhée chronique.

Une fois en France, il s'est rétabli rapidement; et sa santé semblait bonne, lorsqu'en 1877 il fut pris de la maladie en question.

C'était une lèpre à forme exclusivement tuberculeuse. Nulle part il n'a existé la moindre tache anesthésique. Or, jusqu'ici, sur tous les lépreux que j'ai vus revenir de la Cochinchine ou du Tonquin, et j'en ai observé déjà un certain nombre, les taches anesthésiques, faciles à découvrir à cause des changements de couleur des points affectés de la peau, ont toujours été un des premiers signes. Il n'en est pas moins vrai que ce signe peut manquer. Chez le malade de M. Lancereaux, il existe encore actuellement, sur les jambes, des taches jaunes qui, par leur pigmentation, ont parfaitement l'aspect des taches jaunes des lépreux. En outre, et c'est là ce qui domine, d'autres taches, rouges, saillantes, tuberculeuses, entourées d'une zone de desquamation furfuracée, se voient sur les jambes et sur les pieds. Les ongles des pieds, les orteils eux-mêmes sont déformés, contournés. Cependant le malade, aujourd'hui, peut se servir de ses pieds. Il n'en était pas de même il y a deux ans. Alors les douleurs étaient beaucoup plus vives, les taches tuberculeuses beaucoup plus épaisses, beaucoup plus rouges, beaucoup plus étendues; les orteils disparaissaient presque sous des replis de peau malade. Il n'y a jamais eu pourtant d'ulcérations.

En fait de lésions trophiques, tout s'est borné à celles que l'on observe, tant sur les pieds que sur les jambes, et à la chute des poils et des cheveux.

C'est au point de vue du traitement surtout que ce fait mérite d'être signalé. M. Lancereaux a été conduit par des vues toutes théoriques à prescrire à la fois de la strychnine et de l'arsenic. Il ignorait absolument que c'était la médication traditionnelle en Cochinchine, où l'on administre au lépreux un mélange de sulfure d'arsenic naturel et d'écorce d'une liane, qui est une strychnée. Les résultats ont été vraiment bons chez le malade de M. Lancereaux. La guérison est loin d'être complète; mais l'amélioration est telle que le malade se croit presque guéri. Auparavant, en effet, il ne pouvait plus marcher, dit-il, et il marche facilement et longtemps. Il avait perdu presque tous les poils de son corps, les sourcils, les poils du pubis, etc.; ces poils ont repoussé. L'affection a donc rétrogradé, loin de faire de nouveaux progrès.

Ce qui a fait choisir par M. Lancereaux, comme médicament, la strychnine et l'arsenic, c'est qu'il considère la lèpre comme une affection d'abord nerveuse, surtout nerveuse, qui atteint la nutrition par l'intermédiaire des nerfs trophiques.

C'est là, je crois, une manière de voir parfaitement justifiée, en ce sens que la lèpre affecte incontestablement le système nerveux un des premiers. L'apparition précoce des taches anesthésiques dans la plupart des cas en est la preuve incontestable.

Mais faudrait-il en conclure que la lèpre ne pût pas être contagieuse? Il me semble que ce serait aller trop loin.

Parmi les lépreux que j'ai vus, un homme dont j'ai déjà parlé, pilote sur un navire qui faisait le cabotage le long des côtes de l'Asie, attribuait sa lèpre à la présence sur son navire d'un matelot lépreux avec lequel il s'était trouvé en fréquent contact, ce matelot ayant été chargé plus d'une fois de tenir la barre, qu'il prenait ensuite de ses mains. Tous les autres, aussi, croyaient être devenus lépreux par contagion, s'étant trouvés en rapport avec des lépreux.

Comment se ferait-il que tant de Français, tant de missionnaires, une fois arrivés dans les pays où la lèpre règne, la contracteraient, si elle n'était pas contagieuse?

M. Lancereaux m'a exposé une autre étiologie qui, je l'avoue, ne me satisfait pas pleinement. Selon lui, la lèpre pourrait être due à l'usage du poisson dans l'alimentation. Effectivement, elle ne sévirait, à sa connaissance, que sur les côtes de la mer, sauf dans certain village de Perse, où elle se transmettrait par hérédité.

Mais combien n'est-il pas de pays où l'on se nourrit de poissons sans connaître la lèpre!

Pour ma part, je tendrais plutôt à considérer comme un nouvel argument en faveur de la contagion de la lèpre la distribution géographique de cette maladie, telle que l'indique M. Lancereaux.

Si la lèpre est contagieuse, on comprend qu'elle se répande plus facilement et plus vite le long des côtes que partout ailleurs.

Les populations maritimes, très-voyageuses, très-mêlées, sont ouvertes à tous les échanges. Les malades y vont et viennent; on ne les signale pas, on ne s'en défie pas, on ne prend pas contre eux ces mille précautions, au moins instinctives, qui les isoleraient, dans une certaine mesure, au milieu d'un village où tout le monde se connaît.

Cette question de la contagion de la lèpre a pris un nou-

vel intérêt pour les Français depuis qu'ils possèdent la Cochinchine ; et, d'après ce qne j'ai vu, je crois qu'il serait sage de ne pas se prononcer pour la négative sans un point d'interrogation. Dr Victor REVILLOUT.

## REVUE DE LA PRESSE

**Rupture de l'aorte.** — Une femme âgée de trente-sept ans, ménagère, entre à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles, se déclarant enceinte de six mois, et se plaignant de céphalalgie et d'une douleur très-aiguë au niveau de l'épigastre : elle paraissait en proie à la plus vive anxiété, et semblait ne pas pouvoir se tenir un seul instant immobile.

Deux heures après l'interrogatoire, l'anxiété de la malade augmenta, la peau était couverte de sueurs abondantes ; il y eut quelques soubresauts de tendons, surtout à la face ; puis apparurent des vomissements très-fréquents de mucosités mêlés de bile, suivis de deux ou trois selles. Enfin, deux heures après, la malade rendait le dernier soupir. Pendant tout ce temps, les fonctions cérébrales ainsi que les fonctions respiratoires étaient restées absolument intactes.

A l'autopsie on trouva le péricarde distendu par un caillot volumineux ; le cœur n'adhérait pas au péricarde. A la base on constata, dans le tissu conjonctif, une infiltration sanguine généralisée surtout du côté des artères aorte et pulmonaire. Pas de rupture sensible du péricarde. A l'incision on constate que les ventricules sont normaux ; il en est de même des valvules : l'artère pulmonaire a un aspect rouge-bleu par suite du sang infiltré dans les parties sous-jacentes. L'aorte présente, à un travers de doigt au-dessus des valvules sigmoïdes, une rupture transversale qui entame toute l'épaisseur de la tunique interne : le sang a fusé par cette rupture dans les parties voisines tout en décollant une partie des membranes de l'artère pulmonaire. Ce décollement s'est prolongé le long de l'aorte jusqu'au niveau de la région lombaire ; les veines iliaques sont gorgées de sang.

Aucune lésion pathologique dans les parois de l'aorte ne semble expliquer d'une manière satisfaisante cette rupture de l'aorte ; la seule hypothèse qu'on puisse émettre, c'est qu'elle a dû se produire à la suite d'un effort très-violent auquel cette femme se sera livrée dans les derniers moments de la vie, et que les parois de l'aorte, ayant perdu peut-être une partie de leur élasticité, se seront rompues sous l'impulsion exagérée du cœur. La douleur épigastrique, dont la malade se plaignait le plus, paraît être d'ordre réflexe ou consécutive à la compression que l'épanchement sanguin avait pu exercer sur un filet du pneumogastrique se rendant à l'estomac. (*Presse méd. belge.*)

**Alopécie complète et générale survenue à la suite d'une frayeur.** — Une jeune fille de dix sept ans, douée d'une bonne constitution, avait des cheveux blonds très-abondants, et mesurant 95 centimètres de longueur. Le 30 mars 1875, elle eut une violente frayeur causée par l'effondrement d'un plancher sous lequel elle faillit être écrasée. Elle n'avait présenté aucun trouble appréciable ; mais, la nuit, elle ressentit du mal de tête avec une sensation de froid par tout le corps. Le lendemain, agitation insolite, et prurit à la tête. Le 1er avril, elle allait beaucoup mieux et n'avait conservé que de la démangeaison à la tête. En se peignant, elle remarque que ses cheveux commencent à tomber, le peigne en retient une très-grande quantité entre ses dents. Le 2, ses cheveux tombent en masse : elle en arrache une touffe entière sur le sommet de la tête, qui laisse à nu une plaque circulaire large comme la paume de la main. En trois jours, il ne reste plus un seul cheveu sur la tête, et, deux jours après, toutes les autres régions du corps étaient complètement dépouillées. L'état général était, du reste, absolument satisfaisant.

Un mois après l'accident, elle se décide à consulter le docteur Fredet qui prescrivit : traitement général et traitement local, amers, ferrugineux, strychnine, bains sulfureux, lotions, stimulants de toutes espèces, tout échoua.

Deux ans après, l'alopécie est encore absolument générale. (*Soc. de méd. de la Loire.*)

**Perte de substance du frontal.** — M. Delacroix a observé un enfant de douze ans qui offre une perte de substance de la partie du frontal où s'insèrent les os propres du nez, et dont les lobes cérébraux antérieurs battent visiblement sous les parties molles. Cette lésion est le résultat d'une blessure remontant à quelques mois et due au choc d'une pièce métallique tranchante, violemment détachée d'un coupe-racines en mouvement. L'œil droit a été complètement énucléé. L'œil gauche est sain, mais le traumatisme ayant porté des deux côtés, sur la région des sacs lacrymaux, il existait une double dacryocystite purulente, qui a guéri du côté gauche par l'oblitération du sac. La perte de connaissance a duré trois semaines. Le lambeau formé par la peau du front et du nez, les muscles et aponévroses sous-jacents, fut réappliqué et se réunit. Sur le fragment osseux arraché on remarque les os du nez et la naissance du frontal ; en arrière on aperçoit l'ouverture d'un sinus frontal, et sur les bords latéraux, le commencement du canal nasal. La guérison est parfaite. (*Un. méd. du Nord-Est.*)

**Pointe de couteau dans l'apophyse mastoïde.** — Nous pouvons rapprocher de l'observation précédente le fait suivant que nous avons recueilli, l'hiver dernier, dans le service de M. Péan à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agissait d'une petite fille de province qui, en jouant avec ses amies, était tombée en arrière sur la pointe d'un couteau dont la lame s'enfonça dans l'apophyse mastoïde dans la région des cellules mastoïdiennes. La lame se brisa et la pointe resta fixée dans le temporal.

L'extraction fut tentée sans succès. La pointe n'avait pas atteint le cerveau, et paraissait ne pas avoir dépassé l'épaisseur de l'os. La suppuration de l'os ne suffit pas pour éliminer le corps étranger qui resta très-solidement implanté. L'inflammation gagna l'oreille moyenne.

Ces accidents d'otite moyenne et de suppuration par le conduit auditif externe amenèrent un soulagement notable. Mais le médecin, n'ayant pu extraire la lame d'acier, envoya sa petite malade à Paris.

M. Péan pratiqua l'extraction de cette lame un mois après l'accident. Il essaya d'abord avec une pince, mais on ne pouvait saisir facilement l'extrémité de la lame, et il fallut se décider à pratiquer le dégagement avec la gouge et le maillet. Ce qui fut fait avec succès, en prenant la précaution d'éviter la table interne de l'os au niveau du sinus latéral. M. Péan put alors saisir la lame avec des pinces et l'extraire. Elle mesurait près de 3 centimètres de longueur.

Quelques jours après, la guérison était complète.

**Anomalie des reins.** — A l'autopsie d'un malade ayant succombé à une lésion mitrale, M. Chavanis a constaté l'absence complète du rein gauche, de l'artère et de la veine émulgentes gauches, absence d'uretère du même côté.

A droite, le rein était volumineux (19 centimètres de longueur sur 12 centimètres de largeur), situé normalement, recevant deux artères émulgentes et possédant un seul uretère qui pouvait facilement laisser passer une sonde. (*Société méd. de Saint-Étienne.*)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 juillet 1879. — Présidence de M. TARNIER.

### RAPPORT

**Opération simultanée d'un kyste de l'ovaire et d'étranglement interne.** — M. TERRIER. Nous avons reçu de M. Julliard l'observation de cette double opération faite avec succès. Il s'agis-

sait d'une femme âgée de quarante-huit ans, qui avait un kyste de l'ovaire et qui, quelques jours avant la date fixée pour son opération d'ovariotomie, fut prise de douleurs violentes de l'abdomen, avec vomissements fécaloïdes et météorisme, etc., tous les accidents de l'étranglement interne pendant sept jours. Son état étant absolument désespéré, l'opération fut décidée. Dès que le ventre fut ouvert, il sortit de la cavité abdominale des flocons pseudo-membraneux; le kyste fut enlevé, et ensuite on chercha la cause de l'étranglement. Il était produit par une masse rouge, de la grosseur du poing, très-dure, constituée par un paquet d'adhérences réunissant les intestins qui étaient ballonnés au-dessus de l'obstacle et rétrécis au-dessous; une double incision fut faite sur cette masse pour dégager les anses intestinales; deux ponctions aspiratrices furent pratiquées pour évacuer les gaz, et la suture fut faite, sauf dans l'espace réservé à quatre tubes de drainage et aux ligatures du pédicule. La température ne s'éleva pas au-dessus de 38 degrés, et la guérison fut rapide.

Cette observation démontre une fois de plus que l'ouverture de l'abdomen peut être faite en pleine péritonite.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ENTÉROTOMIE ET LA LAPAROTOMIE

M. POLAILLON. J'apporte deux faits à l'appui de l'observation communiquée par M. Terrier. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, page 589.) Ma première observation concerne un homme qui était atteint d'une hernie intrapariétale et d'un étranglement interne. Après la kélotomie, l'étranglement n'étant pas levé, j'en cherchai la cause dans l'intérieur de la cavité abdominale, et je parvins difficilement à la partie postérieure de l'abdomen, où je sentis une bride ou une sorte d'anneau, que je déchirai. Les accidents cessèrent et la guérison fut obtenue. Malgré le peu d'étendue de l'incision inguinale, je pus lever l'étranglement interne; mais cette manœuvre fut si pénible que je conseillerais beaucoup mieux de faire une incision sur la ligne blanche au lieu de suivre mon exemple.

Dans ma deuxième observation, il s'agissait d'un étranglement interne pour lequel je pratiquai la gastrotomie, mais j'arrivai sur un intestin gangrené et déjà perforé. C'était chez une femme âgée de vingt-six ans, du service de M. Gallard. Elle avait eu après ses couches, cinq ans auparavant, une péritonite légère, dont les accidents disparurent d'ailleurs quelque temps après. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, elle avait souffert de coliques et de constipation. Elle n'avait pas eu de selles depuis trois jours et présentait des vomissements bilieux et du météorisme. On lui donna un purgatif. Le lendemain elle allait mieux, mais les accidents reparurent bientôt; elle ne rendait plus ni matières fécales, ni gaz, et avait des vomissements fécaloïdes. On diagnostiqua occlusion intestinale causée par un étranglement interne, et l'intervention fut décidée. On ne put chloroformiser la malade à cause de sa faiblesse extrême. Je fis la gastrotomie avec les précautions de la méthode de Lister, sauf la pulvérisation. Après avoir détourné les anses de l'intestin grêle, je glissai l'index vers l'S iliaque et je rompis quelques adhérences molles; je vis alors apparaître un liquide fécaloïde; dans le trajet suivi par l'index, j'arrivai à une bride qui avait étranglé les intestins et à un orifice faisant communiquer avec l'intestin une petite poche péritonéale. J'y passai une grosse sonde en gomme pour évacuer les matières fécales, mais la malade succomba deux jours après. L'autopsie montra que la partie voisine du cæcum, sur une longueur de 30 centimètres, avait été détruite dans toute sa circonférence et réduite à un tissu gangrené; au-dessous, le colon et le rectum étaient vides et revenus sur eux-mêmes. Le mécanisme de l'étranglement ne put être retrouvé; cependant j'avais parfaitement senti une bride. On soupçonna une invagination. C'est une pure hypothèse. Je pense, en tout cas, qu'ici la gastrotomie a même retardé la mort et qu'elle n'a pas aggravé la péritonite.

Trousseau disait déjà que, même pendant la péritonite, on peut faire l'incision de la ligne blanche pour ces opérations. L'usage des purgatifs est beaucoup plus périlleux.

J'ai fait cinq entérotomies; tous mes opérés sont morts; un seul a survécu quinze jours à l'opération. M. Duplay a déjà insisté sur la difficulté de rentrer les intestins ballonnés dans la cavité abdominale. C'est très-difficile. Je n'ai pas rencontré moi-même cette difficulté parce que j'avais affaire à une péritonite adhésive. Au lieu de prescrire les purgatifs avant l'opération, je les repousse complètement, et je pense qu'il faudrait, au contraire, administrer des opiacés à assez haute dose pour paralyser les intestins.

M. LE FORT. Je propose d'abord pour bien nous entendre de donner à cette opération le nom de laparotomie (λαπάρα, flanc, ventre) sous lequel elle est désignée en Allemagne, en Angleterre, etc., pour la distinguer nettement des autres opérations, car la gastrotomie (γαστήρ, estomac), la gastrostomie (et même la gastrectomie, *Gazette des hôpitaux*, 1879, page 473), ont déjà leur signification bien déterminée. La question se pose donc entre la laparotomie et l'entérotomie. J'ai fait une fois la laparotomie, mais avec un double insuccès, car le malade succomba et il y avait erreur de diagnostic; il s'agissait d'un cancer de l'S iliaque. L'ouverture du ventre se fait dans les cas d'obstruction intestinale produite par la compression d'une tumeur extra-intestinale, par un cancer intestinal, par une invagination, par des brides. Adelmann (de Prague), Aschurt (*American Journal*), Hamilton (1873), ont recueilli un grand nombre d'observations. Sur 70 cas, il y en avait 13 par invagination et 57 de causes diverses. Il n'y a pas de règles fixes pour faire le diagnostic différentiel; cependant je crois que l'étranglement intestinal produit par oblitération, par compression ou même par invagination, a des symptômes moins violents que celui produit par des brides fibreuses. L'invagination se marque ordinairement par un bon symptôme, l'écoulement de sang au début des accidents; on peut aussi sentir un boudin, une tumeur allongée, quand le ballonnement n'est pas encore survenu; l'invagination est surtout fréquente chez les enfants. On a pu en réunir 600 cas environ. Pills, sur 161 invaginations intestinales observées chez les enfants seulement, cite 125 morts et 36 guérisons. Le siège a été connu 128 fois; sur 131 cas, chez enfants ou adultes, il y a eu 33 guérisons et 94 morts. On a observé parfois l'élimination d'une grande longueur d'intestin (88 centimètres chez un enfant). Ces cas sont très-favorables; ils comprennent 18 guérisons, 7 morts. Les divers traitements comptent des succès différents: les injections forcées, 5 guérisons, 11 morts; l'opium, 1 guérison, 8 morts; les sondes, 3 guérisons, 3 morts; les insufflations, 3 guérisons, etc.

Dans ces cas on a pratiqué un certain nombre de fois la laparotomie. Adelmann, sur 9 cas d'invagination ainsi traités, a 4 guérisons, 5 morts; Aschurt, sur 13 laparotomies, compte 5 guérisons, 8 morts. A Londres, Hutchinson a eu 1 guérison, 1 mort; un de ses collègues, 2 guérisons sur 2 opérations. Tous ces résultats sont encore favorables à la laparotomie, si on la compare à l'entérotomie, qui compte très-peu de succès.

Chez l'adulte, l'étranglement par brides se manifeste par des symptômes d'une très-grande acuité; la cause de la mort dans ces circonstances n'est pas l'obstruction pure et simple des matières, mais bien plutôt l'irritation des nerfs splanchniques. Aussi, dans ces cas, les opiacés peuvent-ils être d'un grand secours. La thérapeutique fait en effet varier la gravité des accidents. Les purgatifs aggravent sérieusement la situation des malades; l'opium, au contraire, les fait disparaître peu à peu; il est utile dans toutes les lésions abdominales. J'ai vu autrefois, à l'hôpital Cochin, les accidents disparaître trois fois de suite chez un malade pris d'étranglement interne à la suite d'un coup de pied de cheval dans le ventre. Ce n'est que deux mois après qu'il succomba à une quatrième rechute de péritonite. L'opium est donc, à mon avis, très-utile pour combattre la dépression énorme des forces dans les cas d'étranglement. Je pense que, lorsque l'intestin se contracte modérément, les matières fécales peuvent encore filer par le petit orifice qui reste, tandis que, avec des mouvements péristastiques violents, elles sont refoulées contre cet orifice et ne le franchissent pas aussi facilement.

A l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Moutard-Martin,

j'allais faire une laparotomie pour un étranglement interne datant de plusieurs jours. Nous avions d'abord pratiqué la ponction avec l'appareil Dieulafoy en trois points; il était bien sorti un peu de liquide intestinal, mais le ballonnement persistait. Le lendemain le malade eut cinq ou six garde-robes et la guérison fut obtenue. Je ne crois cependant pas beaucoup à l'efficacité de ce procédé.

Adelmann a fait dix opérations de laparotomie pour étranglements causés par des brides; il a eu 8 morts et 2 guérisons. Aschurt, sur 57 cas divers, compte 39 morts, 18 guérisons. Nous pouvons y ajouter les résultats que nous connaissons ici, 5 morts contre une guérison obtenue par M. Terrier. Mais je préfère néanmoins la laparotomie à l'entérotomie, qui peut laisser subsister la cause de l'étranglement et que l'on fait toujours un peu au hasard. Si l'intestin n'est pas lésé, la laparotomie guérira généralement même sans pansement antiseptique.

Mais il est difficile de trouver l'obstacle. Dupuytren, en 1811, faisait déjà une laparotomie sans trouver le siège du rétrécissement. Avec de larges incisions on y arrivera plus facilement. Je termine en signalant la difficulté opératoire causée par le ballonnement et l'issue des intestins. Elle est sérieuse. On ne peut la combattre absolument sans danger par les piqûres, car, dans un cas d'Hamilton, le liquide intestinal a coulé par la piqûre, ce qui a déterminé une péritonite mortelle.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. J'ai fait une laparotomie sans succès chez une femme de quatre-vingts ans, qui avait une hernie rentrant ordinairement facilement; elle fut prise d'accidents d'étranglement; on la gorgea de purgatifs. Les accidents s'aggravant, je me décidai à intervenir et à faire l'ouverture du ventre; je levai la bride épiploïque. Mais la malade succomba vingt-quatre heures après. L'opération fut surtout remarquable par ce détail que les intestins étaient très-ballonnés. Je pense que la difficulté tient seulement à ce que la plaie n'est pas assez large; si l'incision est assez large, on cherche ce que l'on veut, surtout si elle est faite sur la ligne médiane. Quant à la réunion, qu'importe qu'une incision ait 15 centimètres au lieu de 10? La réunion est faite, dans les opérations d'ovariotomie, dès le troisième jour.

M. LE FORT. Toutefois la sortie des intestins au-dehors de l'abdomen sert au chirurgien pour faire voir les points où ils sont retenus et où il y a des adhérences. J'ai fait l'incision très-large, cependant j'ai éprouvé beaucoup de difficulté.

M. VERNEUIL. Il n'est pas aisé de faire rentrer l'intestin : dans une entérotomie pour un cas de cancer, j'en ai vu sortir au moins trois mètres en forme de serpent; il m'a bien fallu une demi-heure pour le faire rentrer; le malade succomba dans la soirée. De même, dans un cas de grosse hernie étranglée, la réduction fut pénible et la mort suivit. Je l'ai toujours vue survenir quand on avait manipulé quelque temps les anses intestinales. Dans les opérations d'ovariotomie, on n'éprouve point ces embarras, parce que l'on fait de la place dans la cavité abdominale en enlevant la tumeur.

M. NICAISE. J'ai eu deux fois bien de la peine à réduire les intestins, une fois pendant la guerre, chez un soldat atteint d'éventration, et dont on avait, sur le champ de bataille, couvert les intestins avec de la ouate, et une autre fois chez un homme atteint d'une grosse hernie inguinale étranglée avec issue, pendant la kélotomie, de 40 à 50 centimètres d'intestins. Ce dernier malade guérit.

M. FARABEUF. J'ai vu, avec M. Horteloup, un cas où les ponctions capillaires de l'intestin ont donné du sang pendant une demi-heure et ont été suivies de mort, peut-être parce que le sang a continué à couler dans la cavité abdominale.

### COMMUNICATION.

**Modification à l'opération de l'hydrocèle. — M. GUYON.** Vous connaissez tous les inconvénients que présente l'emploi des seringues pour les injections iodées: il est souvent difficile de faire glisser le piston, et l'on produit un véritable traumatisme par le choc brusque du jet de liquide, ce qui équivaut à un véritable coup sur les bourses, et cause des douleurs violentes se propageant le long du cordon vers les lombes et occasionnant parfois un état syncopal prolongé. J'ai tenté de me passer de seringue, et j'ai imaginé d'employer un simple entonnoir (un *speculum auris* par exemple); il suffit de verser la teinture d'iode avec le flacon dans l'entonnoir adapté sur la canule, le liquide entre facilement dans la cavité de l'hydrocèle. On n'a besoin d'aucun aide, ce qui est moins commode dans l'opération avec la seringue. Le liquide pénètre progressivement, aussi lentement qu'on le désire. J'ai employé six fois ce procédé, et toujours avec la plus grande facilité. La douleur est moindre que dans le procédé classique; j'ai pu notamment en faire l'expérience chez un malade opéré une première fois par l'injection avec la seringue, et une deuxième fois avec l'entonnoir. On n'a enfin pas à craindre comme avec la seringue, que, si la canule se déplace et sort de la cavité, le liquide soit injecté dans l'épaisseur même des tissus.

M. POLAILLON. Depuis près de deux ans, j'ai cherché à remplacer la teinture d'iode par un autre liquide; sans vider la sérosité, j'injecte, avec une seringue de Pravaz, environ 1 gramme d'une solution au 1/10e de chlorure de zinc. Il n'y a pas de douleur, il se produit une légère subinflammation, et la résorption s'est faite sept fois sur huit cas observés. Je n'ai pas vu de récidive.

M. DESPRÈS. Le procédé recommandé par M. Guyon ne pourrait être applicable dans les cas, rares d'ailleurs, où le liquide est mélangé de magma et de fausses membranes; il faut, dans ces cas, presser le piston avec force pour projeter le liquide dans la tunique vaginale; il ne passerait pas avec l'entonnoir seul.

J'ai bien opéré 200 ou 250 hydrocèles : jamais je n'ai vu d'accidents, et cependant je me sers ordinairement de la vieille seringue de Charrière père; avec des seringues en très-mauvais état, où il passe au moins autant d'air que de liquide, tout va bien. Je n'ai jamais remarqué de traumatisme; le jet est modéré, et je pousse toujours avec modération. S'il y a de la douleur, elle tient uniquement au contact de la teinture d'iode. Il faut remarquer que M. Polaillon a eu 1 insuccès sur 8 cas; c'est peu encourageant, et il est préférable de revenir à la teinture d'iode qui a fait ses preuves. Un médecin de Paris, M. Giraud, avait tenté de la remplacer par l'éther : mais, après trois ou quatre insuccès sur une douzaine d'observations, il a repris l'injection iodée.

M. TILLAUX. M. Polaillon n'a pas expérimenté depuis assez longtemps pour pouvoir dire que son traitement est curatif et non palliatif. Il en a été de même pour le procédé recommandé par Monod, qui injectait quelques gouttes d'alcool; l'hydrocèle disparaissait pour un temps, mais elle reparaissait plus tard.

M. LE FORT. Je ne partage guère la théorie balistique de M. Guyon sur le choc causé par le jet du liquide : la douleur tient plutôt au contact. Richard, autrefois, faisait aussi l'injection d'alcool, mais il évacuait le liquide de l'hydrocèle au préalable. Ce traitement, que j'emploie encore assez souvent, est palliatif, mais il permet aux malades de ne point garder le repos, et de continuer leurs occupations, ce qui n'est pas possible avec l'injection iodée, qui, je le reconnais d'ailleurs, est supérieure aux autres traitements.

M. FORGET. On pourrait employer un entonnoir coudé pour ne pas avoir besoin de relever la canule afin de l'adapter à l'entonnoir.

M. GUYON. La question n'est pas de savoir s'il convient de changer le liquide d'injection : l'expérience est trop bien faite en faveur de la teinture d'iode pour tenter autre chose. Il s'agit simplement d'une petite modification, pour l'introduire plus facilement dans la cavité de la tunique vaginale, graduellement, *paulatim*, pour ainsi dire, *tutò*, sinon *jucundè*, et sans aide. Je sais bien que la douleur tient à la teinture d'iode elle-même, mais elle tient aussi à l'échappement brutal du piston de la seringue, comme cela arrive si souvent, même avec un piston bien huilé; c'est ce que j'ai voulu éviter, et, n'ayant que des succès, ce que je continuerai à faire.

La séance est levée à cinq heures quarante minutes.

## PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

*Statistique du 1er avril au 30 juin 1879.*

Par M. le docteur Passant.

| Arrondissements. | Hommes. | Femmes. | Enfants au-dessous de 3 ans. | Total. |
|---|---|---|---|---|
| 1er | 8 | 10 | 4 | 22 |
| 2e | 12 | 15 | 4 | 31 |
| 3e | 26 | 27 | 10 | 63 |
| 4e | 24 | 37 | 14 | 75 |
| 5e | 28 | 30 | 13 | 71 |
| 6e | 11 | 25 | 5 | 41 |
| 7e | 7 | 12 | 3 | 22 |
| 8e | 7 | 9 | 4 | 20 |
| 9e | 15 | 22 | 3 | 40 |
| 10e | 19 | 21 | 5 | 45 |
| 11e | 32 | 67 | 31 | 130 |
| 12e | 21 | 29 | 7 | 57 |
| 13e | 21 | 27 | 11 | 59 |
| 14e | 22 | 37 | 23 | 82 |
| 15e | 21 | 41 | 19 | 81 |
| 16e | 7 | 5 | 1 | 13 |
| 17e | 22 | 44 | 10 | 76 |
| 18e | 25 | 39 | 15 | 79 |
| 19e | 18 | 29 | 9 | 56 |
| 20e | 28 | 51 | 14 | 93 |
| | 375 | 577 | 205 | 1156 |

La moyenne des visites par nuit est de douze.

MALADIES OBSERVÉES.

| | |
|---|---|
| **A.** — Angines et laryngites | 68 |
| Croup | 37 |
| Coqueluche | 2 |
| Ophthalmie | 2 |
| Ostéite | 2 |
| Corps étranger de l'oreille | 1 |
| **B.** — Asthme | 30 |
| Affections du cœur | 40 |
| Bronchites aiguës et chroniques | 64 |
| Pleuro-pneumonies | 41 |
| Congestion pulmonaire | 9 |
| **C.** — Affections et troubles gastro-intestinaux | 85 |
| Athrepsie | 4 |
| Cholérine | 7 |
| Dysentérie | 4 |
| Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines | 33 |
| Hernie étranglée | 19 |
| Rétention d'urine | 12 |
| **D.** — Métrite, métro-péritonite | 27 |
| Métrorrhagie | 28 |
| Fausse couche | 36 |
| Accouchement. Délivrance | 65 |
| **E.** — Affections cérébrales, paralysie | 85 |
| Convulsions, éclampsie | 56 |
| Catalepsie | 2 |
| Névralgies | 45 |
| Névroses | 68 |
| Épilepsie | 13 |
| Aliénation mentale | 7 |
| Alcoolisme. Delirium tremens | 20 |
| **F.** — Rhumatisme, goutte | 12 |
| Affections éruptives | 50 |
| — cancéreuses | 6 |
| Fièvre intermittente | 8 |
| Fièvre typhoïde | 5 |
| Hémorrhagies de causes internes et externes | 45 |
| **G.** — Plaies et contusions | 52 |
| Fractures, luxations, entorses | 21 |
| Brûlures | 2 |
| Empoisonnements | 10 |
| Asphyxie par le charbon | 6 |
| Suicide | 3 |
| **H.** — Mort à l'arrivée du médecin | 24 |
| Total | 1156 |

| | |
|---|---|
| Visites du deuxième trimestre de 1878 | 891 |
| Visites du deuxième trimestre de 1879 | 1,156 |
| Différence en plus | 265 |

Les hommes entrent dans la proportion de 1/3;
Les femmes — — 1/2;
Les enfants — — 1/5.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 16 juillet 1879, un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques s'ouvrira, le 23 février 1880, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

— La Faculté de médecine de Nancy présente, pour la chaire d'accouchements et maladies des enfants : en première ligne, M. Marchal ; en seconde ligne, M. Alphonse Herrgott ; en troisième ligne, M. de Soyre.

Appelé à se prononcer sur le même objet, le conseil académique a désigné : en première ligne, M. Lallement ; en seconde ligne et *ex æquo*, MM. Herrgott, Marchal et de Soyre.

— Un concours aura lieu, le 15 décembre prochain, à l'École de médecine et de pharmacie militaires à Paris, pour l'admission à dix emplois de pharmacien stagiaire.

Les candidats ne devront pas avoir dépassé l'âge de vingt-huit ans. Ils devront être en possession du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées au ministre de la guerre (bureau de la correspondance générale, deuxième section) avant le 1er novembre 1879.

Les intéressés trouveront les conditions détaillées de ce concours dans le *Journal officiel* du 18 juillet 1879.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Avis.* — M. Mormiche est prévenu qu'il subira le troisième examen sur les sciences accessoires le lundi 21 juillet, à neuf heures du matin.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Anatomie descriptive et dissection,** contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 3e édition, revue et augmentée, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12, avec 1,227 figures intercalées dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, Ve Delahaye et Ce.

**Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie,** par le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière. — Un vol. in-8° de 624 pages. — Prix : 9 francs. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Leçons de clinique chirurgicale,** professées par le docteur Faucon, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille. 1 vol. gr. in-8 avec figures et photolithographies. — Prix : 6 francs. — Paris, Asselin et Cie.

**De la méthode sanglante dans les rétrécissements de l'urèthre,** par le docteur Grégory. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**De la syphilis et de la phthisie laryngées au point de vue du diagnostic,** par le docteur Moure. In-8° avec 2 planches en chromolithographie. — Prix : 4 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Revue de la clinique des maladies des femmes de la Faculté de médecine de Lyon pendant le semestre d'été de 1878** (service de M. Laroyenne), par Joanny Rendu, interne des hôpitaux de Lyon. Brochure gr. in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8472.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL NECKER. — M. Potain.

### Causes de déformations thoraciques. — Déplacement du foie.

I

Nous possédons, dans notre service, depuis un certain temps déjà, une malade atteinte d'une affection sur la nature de laquelle il est assez difficile, au premier abord, de se faire une idée nette et précise; je veux parler de la femme couchée au n° 7 de la salle Sainte-Adélaïde.

Cette femme a exercé la profession de blanchisseuse et est actuellement âgée de soixante-cinq ans. Elle raconte qu'elle a toujours été bien portante pendant son enfance et pendant sa jeunesse; elle n'a pas eu d'enfants, et n'a été soumise à aucun genre de fatigues pénibles dans le cours de son existence; elle a tranquillement exercé sa profession de blanchisseuse, sans avoir fait aucune maladie jusqu'au moment de la ménopause. Ses règles ont cessé de bonne heure, à l'âge de trente-sept ans. Peu de temps après cette époque, elle a ressenti des maux d'estomac, des phénomènes dyspeptiques et gastralgiques qui étaient à peu près continuels. Bientôt après, elle a éprouvé des battements très-pénibles au creux de l'estomac. Ces battements épigastriques très-exagérés ont duré pendant deux ans environ sans rémission; à cette époque la malade entra à l'hôpital dans le service de mon collègue M. Delpech. Ces battements étaient alors si intenses, au dire de la malade, qu'ils soulevaient la tête de l'observateur, quand on appliquait l'oreille sur la région épigastrique. On songea à une tumeur. Peu de temps après, elle quitta l'hôpital, se trouvant un peu mieux. Mais les douleurs et les battements reparurent bientôt; quelques années après, elle se sentit progressivement tendre à se courber en avant et devenir bossue, comme le remarquèrent bien vite ses amies et compagnes. Peu à peu ses forces diminuèrent, et l'incapacité de travail fut bientôt complète. Atteinte d'un rhume léger, il y a deux mois, elle en prit prétexte pour entrer à l'hôpital où nous avons pu l'observer dans nos salles.

Le premier fait qui frappe l'attention, c'est la déformation considérable du thorax, dont cette femme est atteinte. Elle se plaint, en outre, de douleurs siégeant dans la région épigastrique, et présente des phénomènes dyspeptiques bien prononcés. Au creux épigastrique on perçoit des battements assez intenses.

A ces trois ordres de symptômes s'ajoutent un état cachectique assez avancé, la pâleur du visage et le teint jaunâtre de la peau, l'amaigrissement prononcé.

Le point intéressant à examiner, c'est la tumeur animée de battements qui siège au creux épigastrique; quelle est cette tumeur?

On peut trouver, à cette région, des battements produits par des causes bien diverses : 1° par l'exagération pure et simple des battements de l'aorte, soit qu'il y ait un anévrysme, soit qu'il n'y ait que des palpitations nerveuses; 2° par la présence d'une tumeur servant d'intermédiaire et conduisant plus directement les battements aortiques à la paroi abdominale; 3° par une saillie du rachis qui refoulerait l'aorte en avant et, la rapprochant de la paroi abdominale, rendrait par suite ses battements plus sensibles.

I. L'hypothèse des palpitations nerveuses, autrefois dites palpitations cœliaques, n'est guère admissible; ces battements se passent dans l'aorte, et non pas seulement dans le tronc cœliaque, comme on se plaisait jadis à le supposer, et ils peuvent avoir une grande intensité. Mais ces faits ne se présentent guère que chez les individus hypochondriaques, nerveux, dyspeptiques. Or, cette femme n'est ni nerveuse, ni hypochondriaque.

On ne voit pas non plus que le cœur se contracte d'une façon irrégulière, inégale ou excessive. Peut-être, à une autre époque, elle a pu présenter des palpitations uniquement dues à ce mécanisme; mais, actuellement, il y a quelque chose de solide qui soulève la main, et il faut chercher une autre explication.

Ces soulèvements pourraient être dus à un anévrysme. Un anévrysme aortique se caractériserait par de la douleur, par de la dyspepsie, par des battements, par un bruit de souffle.

La douleur, dans les cas d'anévrysme, est intense, pénible, et constitue le phénomène dominant. Or notre malade se plaint peu d'une douleur aussi intense et spontanée; elle ne souffre que lorsqu'on fait l'exploration de la région épigastrique, et qu'on y pratique une pression plus ou moins profonde.

La dyspepsie est un symptôme trop banal pour entraîner le diagnostic.

Les battements de l'anévrysme ont un caractère particulier; ils soulèvent toute la région; quand on l'explore et qu'on déprime la paroi, l'anévrysme la soulève avec un caractère d'expansion tout spécial, un mouvement qui étend; on sent une augmentation progressive de volume sous cette expansion. Ici, il n'en est rien, le battement est localisé.

Enfin le bruit de souffle n'existe pas, on ne constate chez notre malade aucun souffle ni spontané ni artificiel. Or le souffle ne manque jamais dans l'anévrysme. Nous devons donc, pour toutes ces raisons, éliminer l'idée d'un anévrysme, à laquelle on aurait d'abord été tenté de s'arrêter. Toutefois, si l'anévrysme de l'aorte thoracique n'est pas une affection très-rare, celui de l'aorte abdominale est moins fréquent : une statistique anglaise en compte un pour six anévrysmes thoraciques; une statistique française en donne un sur sept ou huit.

II. L'hypothèse d'une tumeur préaortique est très-complexe.

D'abord, des organes peuvent former tumeur, et transmettre les battements aortiques. L'estomac doit être cité en première ligne : le plus souvent l'estomac, ayant ses parois épaissies, surtout au niveau du pylore lorsqu'il a subi la transformation carcinomateuse, et que les masses ganglionnaires y participent, transmet aisément les battements aortiques. Or, ici, le cancer de l'estomac n'est guère probable; sans doute il y a eu dyspepsie constante, mais sans vomissements colorés ni sanguinolents, sans aucun des signes du cancer de l'estomac. La tumeur est molle, lisse et aplatie, et non dure et bosselée comme dans le cancer. Enfin, le cancer, s'il existait, devrait être très-ancien puisque les accidents gastriques remontent à une date très-éloignée; et il aurait amené, inévitablement, une cachexie spéciale plus avancée et plus caractéristique que l'état d'amaigrissement que nous constatons aujourd'hui. Je sais bien que le cancer de l'estomac a souvent une marche insidieuse; certains malades sont longtemps dyspeptiques, gastralgiques, avant que l'on constate des symptômes du cancer. Mais, dans le cas présent, sans prononcer une exclusion absolue, nous ne nous arrêtons pas à ce diagnostic, surtout parce que d'autres raisons plaident en faveur d'une autre hypothèse.

Le pancréas pourrait constituer cette tumeur préaortique; mais alors la tumeur présente une forme spéciale, et c'est à travers la masse intestinale qu'on perçoit cet organe; de même le mésentère, dans des cas de cancer ou de péritonite chronique, le cancer de l'intestin pourraient simuler les mêmes effets : mais, outre que ces accidents sont très-rares, il n'y a pas lieu de les supposer chez notre malade.

Un déplacement d'organe, du rein surtout, dans les cas de rein en fer à cheval, qui vient se placer au-devant de l'aorte, serait encore une cause d'erreur; mais, ici, les deux reins sont à leur place.

En est-il de même du foie? Cet organe ne peut-il pas être la tumeur que nous constatons?

La matité du foie se continue précisément avec la matité de la tumeur de la région épigastrique, sans aucune ligne de démarcation, et avec la continuité la plus parfaite. La surface de la tumeur est lisse, égale, régulière, et présente une consistance analogue à celle du foie. On peut donc admettre que cette tumeur est constituée par le foie; est-ce le foie sain, est-ce un foie malade? *A priori*, on peut aussi admettre que c'est un foie normal, parce qu'il ne présente aucune saillie, aucune bosselure, comme on en trouve dans plusieurs maladies du foie.

Mais comment s'est-il déplacé? Cette question nous amène à examiner le troisième ordre de phénomènes que nous avons admis au début comme pouvant produire la perception des battements aortiques, une saillie anomale du rachis.

III. La déformation thoracique est très-considérable chez notre malade; elle est triple : nous constatons, en effet, une scoliose, ou déviation latérale, dont la concavité regarde à droite; une cyphose, ou courbure à concavité antérieure, occupant toute la région dorsale, et une lordose, au niveau de la région lombaire.

Les déviations du rachis ont des causes extrêmement différentes.

La pression d'une tumeur sur le rachis, un anévrysme aortique, par exemple, dévie la région dorsale en s'imprimant, pour ainsi dire, sur le rachis et en exagérant la dépression normale qui existe sur la colonne vertébrale. Nous n'observons aucun signe d'anévrysme : pas de matité anomale; les bruits du cœur sont transmis par le rachis d'une façon très-nette, mais ils ne sont accompagnés ni de choc, ni de souffle. Sans doute, tout anévrysme ne donne pas un souffle, mais il est au moins toujours accompagné d'un choc qui a un caractère exactement double, et qui reproduit, avec un bruit clair, les deux bruits du cœur. Jamais, non plus, cette femme n'a ressenti de douleur dans l'un des bras; nous n'avons pas perçu la moindre atténuation des battements des artères crurales. Or, comme, pour produire une déformation aussi considérable, il aurait fallu un anévrysme assez volumineux, cette lésion n'est guère supposable. Assurément, il faut peser une pareille affirmation, et ne l'accepter qu'après entière réflexion : en effet, un anévrysme de l'aorte descendante est le plus souvent une affection qui reste latente; on voit parfois des pleurésies persister longtemps sans cause connue, et plus tard on retrouve cette cause dans un anévrysme de l'aorte abdominale. Ce qui doit ici faire éliminer cette hypothèse, c'est que, pour expliquer les symptômes que nous observons, il faudrait que l'anévrysme fût très-considérable; sinon, l'on n'aurait qu'une faible dépression, une incurvation angulaire de la colonne vertébrale.

Mettant de côté cette idée, nous pouvons chercher à expliquer la déformation par une pleurésie ancienne ayant provoqué des adhérences, d'où un affaissement du poumon, et, par suite, un affaissement de la colonne vertébrale qui s'infléchit du côté où s'est produite la rétraction pulmonaire. On observe, dans ces cas, une scoliose à grande courbure accompagnée d'un très-léger degré de lordose. Ici, c'est l'inverse : nous voyons une lordose considérable avec une légère incurvation latérale.

---

## HOPITAL COCHIN. — M. Desprès.

### Hémorrhoïdes internes et leur traitement (1).

II

Quand il y a une tumeur hémorrhoïdaire qui est nette, c'est-à-dire quand la pression ne la réduit point en tout ou

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 juillet 1879.

en partie, c'est-à-dire quand il y a réellement une tumeur solide, il est de bonne chirurgie de l'enlever. C'est alors qu'il faut procéder de la sorte.

Le malade, qui a été purgé la veille, a pris un lavement; le jour de l'opération, il est endormi jusqu'à la période convulsive; pendant cette période, durant les efforts, le rectum excité par l'introduction du doigt se contracte et amène au dehors la tumeur hémorrhoïdaire. On saisit celle-ci avec une pince à griffe, on jette sur sa base un fil ciré double et on place la chaîne de l'écraseur au-dessous du fil. On endort davantage le malade, et on sectionne en dix minutes ou un quart d'heure.

Le malade est réveillé, et placé dans son lit. Aucun pansement n'est appliqué, sauf un cataplasme sur l'anus. On administre de l'opium au malade, une pilule de 5 centigrammes tous les soirs, et, à la première envie d'aller à la selle, on prescrit un lavement huileux.

Les hémorrhagies consécutives ne sont pas à redouter et la rétention d'urine n'est guère observée que quand il s'agit de très-grosses tumeurs hémorrhoïdaires. M. Allingham, dont le livre a été traduit en français depuis peu, parle d'hémorrhagies graves à la suite de l'ablation des hémorrhoïdes. Vous ne vous étonnerez point de cette assertion quand vous lirez qu'il enlève les hémorrhoïdes avec un clamp qui coupe les muqueuses, et quand vous aurez tiré de la lecture de ses observations qu'il enlève des hémorrhoïdes réductibles, c'est-à-dire des varices des veines hémorrhoïdales, ce qui ne sera et n'a jamais été de la bonne chirurgie. Les tentatives de cure radicale des varices ont assez démontré que la section des varices entraînait des hémorrhagies graves, au prix desquelles on ne pouvait même pas compter obtenir la guérison des varices.

Voici une observation qui résume tout ce qui vient de vous être dit et qui doit être considérée comme justificative. Vous verrez que le petit volume de la tumeur m'a engagé à employer la ligature élastique sur le compte de laquelle je voulais être édifié, pour savoir si cette concurrence à l'écraseur linéaire était appelée à un succès définitif. Vous verrez par l'observation que les souffrances éprouvées par le malade sont le plus bel éloge que l'on puisse faire de l'écrasement, d'une opération qui est terminée en quinze minutes et dont on peut diminuer les douleurs par l'application du chloroforme. J'ajouterai, pour donner encore plus de valeur à ce fait, que j'ai traité un malade atteint d'hémorrhoïdes fluentes par la méthode de constipation, et que je n'ai pas réussi; mais il faut savoir que je n'ai pas pu constiper le malade malgré l'opium employé sous toutes ses formes. Le malade a fini par se lasser au bout de six semaines. Nous n'avions pas pu obtenir une seule fois une constipation de plus de trois jours. C'était un malade qui présentait la cachexie hémorrhoïdaire depuis longtemps (dix années au moins); il semble donc bien que le véritable but à atteindre était d'obtenir une constipation prolongée, puisque c'était ce que tous nos efforts n'ont pu réaliser. C'est du moins ce qui semble ressortir de la comparaison de ce fait avec celui dont on va trouver ici tous les détails.

*Hémorrhoïdes internes enflammées. — Ligature élastique. — Guérison.* — J... (Auguste), âgé de vingt-huit ans, est un jeune homme pâle, affaibli, très-profondément amaigri; il est amené à l'hôpital pour se faire soigner d'une tumeur hémorrhoïdale irréductible.

Cet homme, qui a perdu son père depuis longtemps sans pouvoir dire la cause de la mort, a conservé sa mère qui se porte bien. Un de ses frères est nettement scrofuleux. Lui s'est toujours bien porté, n'a eu dans son enfance aucune trace de scrofules, et a souffert pour la première fois de ses hémorrhoïdes vers l'âge de dix-huit ans. Les douleurs étaient peu aiguës, c'étaient plutôt de simples démangeaisons. Les selles étaient quelquefois pénibles, et les varices hémorrhoïdales laissaient parfois suinter quelques gouttes de sang. Jamais à cette époque elles n'ont fait issue au dehors, ou du moins elles rentraient en dehors de la défécation.

En 1872, pour la première fois, elles ne se réduisirent pas spontanément. Pendant deux jours il resta au dehors un bourrelet peu volumineux, mais douloureux et irréductible. Le malade appliqua de lui-même des cataplasmes, puis des lavements d'eau chaude, et ses hémorrhoïdes sont rentrées.

Depuis l'année 1872 les tumeurs hémorrhoïdaires sortaient fréquemment, mais ne sont jamais restées au dehors plus d'un jour ou deux. Le malade a toujours réussi à les faire rentrer à l'aide de pommade camphrée, de bains et un peu d'onguent populéum.

En 1875, les hémorrhoïdes ont commencé à saigner à peu près à chaque selle et d'une façon assez notable, et c'est depuis le commencement de ces hémorrhagies qu'a éclaté l'anémie qu'il présente aujourd'hui et qui, du reste, n'a fait que s'accroître. Il venait de temps en temps à la consultation de M. Desprès. Traité par les lavements d'eau froide et les lavements d'alun.

En 1876, les pertes de sang deviennent de plus en plus fréquentes, et surviennent quelquefois même dans l'intervalle des selles; continuation du même traitement. Les périodes hémorrhagiques ne sont pas douloureuses, et il semble que le soulagement soit en raison directe du flux sanguin.

En janvier 1877, les hémorrhagies, jusque-là intermittentes, augmentent encore, et sont presque quotidiennes. Souvent, au dire du malade, les vêtements sont traversés.

Au mois de février, à la suite d'une selle très-douloureuse, issue d'un bourrelet hémorrhoïdaire très-considérable qui devient rapidement très-douloureux; le malade rentre à l'hôpital, deux jours après, et en ressort au bout de quatre jours après avoir vu ses hémorrhoïdes réduites sous les cataplasmes.

9 novembre. — Issue nouvelle des hémorrhoïdes. Douleur très-forte survenant rapidement.

Le malade arrive le jour même à l'hôpital, où il est reçu. A son entrée, on constate à l'anus une tumeur hémorrhoïdaire du volume d'un petit œuf de pigeon, constituée par deux masses latérales formées par la peau et la muqueuse de l'anus faisant une saillie assez considérable au centre, et, faisant une saillie plus accentuée, il existe une petite tumeur rouge grisâtre globuleuse du volume d'une cerise et formée par une hémorrhoïde interne.

Douleurs très-considérables à la marche. La station assise est impossible. Un bain à une heure et des cataplasmes en permanence.

10 — Même traitement.

La tumeur n'a pour ainsi dire pas diminué : les phénomènes subjectifs sont les mêmes. Les douleurs irradient dans les cuisses avec autant d'intensité. Ces irradiations existent depuis l'issue des hémorrhoïdes. Constipation opiniâtre depuis son entrée.

11. — Même traitement. Légère amélioration. Le malade commence à pouvoir s'asseoir. La marche est moins douloureuse.

12. — Même traitement. Diminution notable du bourrelet externe, la tumeur formée par l'hémorrhoïde interne est toujours aussi volumineuse. Constipation opiniâtre malgré les lavements.

13. — Amélioration. Le bourrelet externe est à peu près complètement affaissé. La varice interne qui forme la tumeur moyenne n'a pas varié.

Pour la première fois depuis son entrée à l'hôpital, le malade va à la selle à l'aide d'un lavement, mais avec beaucoup de difficulté et de douleur.

14. — Même état. Même traitement.

15. — Amélioration. Une selle sans lavements. Les douleurs spontanées ont cessé. M. Desprès, voulant juger par lui-même d'un procédé de destruction très-vanté, la ligature élastique, n'a pas recours à l'écraseur linéaire vu la petitesse de la tumeur; il pose une ligature élastique assez serrée sur la tumeur hémorrhoïdale

restée au dehors, et, pour prendre la plus grande étendue possible de pédicule, il a soin d'attirer la tumeur au dehors avec une brique. Au moment de la pose du fil, il s'écoule quelques gouttelettes de sang.

La pose du fil a été très-douloureuse. Les douleurs ont persisté, mais en s'amoindrissant à partir de deux heures après l'opération; cependant, le soir, le malade marche encore avec difficulté et ne peut pas s'asseoir.

16. — Toujours cataplasmes et bains.

Le malade souffre moins. La tumeur est flétrie, mais ne se détache pas encore. Il est facile de voir que le pédicule est formé aux dépens de la paroi droite du rectum.

17. — Chute de la tumeur liée. Le bourrelet d'hémorrhoïdes externes est complètement rentré. Le malade a souffert encore aujourd'hui. Suppression des bains.

Les selles sont encore très-douloureuses.

18. — Amélioration. Toujours des cataplasmes en permanence.

19. — Les phénomènes douloureux s'apaisent. Il n'y a pour ainsi dire plus de bourrelet hémorrhoïdaire.

20. — Le malade souffre encore à la selle, mais les douleurs semblent se localiser au point d'implantation de la tumeur.

21, 22, 23. — Amélioration constante et progressive : le malade ne peut aller qu'à l'aide de lavements, et les pertes de sang à chaque selle recommencent. Un lavement d'eau froide le soir.

24. — Les pertes de sang continuent toujours depuis le rétablissement des selles. Tous les soirs lavement avec de l'alun. Eau 200 grammes, alun 4 grammes. Le lavement était rendu aussitôt pris.

25, 26, 27, 28. — Même état. Plus de douleurs, mais pertes de sang.

Ces phénomènes continuent pendant les premiers jours de décembre sans interruption. Les pertes de sang sont le seul phénomène qui persiste.

5 décembre. — Le malade a pu aller à la selle sans hémorrhagie.

6. — La quantité de sang perdue à chaque selle augmente aussi. Lavement de ratanhia. Pas de sang, mais pas d'évacuation.

Continuation du traitement les jours suivants. Malgré les lavement de ratanhia, le malade a encore des selles sanguinolentes.

A partir du 12. — On ajoute à ces lavements deux pilules d'opium par jour et un lavement avec 6 gouttes de laudanum. La constipation absolue est provoquée et maintenue ainsi pendant sept jours.

20, 21. — Purgation à l'huile de ricin 25 grammes. Le malade, à la première envie d'aller à la selle, prend un lavement de 200 grammes d'huile. Pas de perte sanguine.

Nouvelle constipation pendant quatre jours à l'aide de ratanhia et d'opium. Le malade va mieux. L'état général est meilleur.

25. — Purgation. Une selle abondante. Pas de sang.

Nouvelle constipation jusqu'au 30. Le malade peut être considéré comme guéri, car la pâleur anémique disparaît graduellement; son état est très-sensiblement amélioré. En tous cas, il ne souffre plus du tout de ses hémorrhoïdes, même en allant à la garde-robe.

Ce malade doit venir donner des nouvelles aussitôt qu'il surviendra quelque chose.

*Nota.* Le malade a été revu, un an après; il était complètement guéri.

---

## HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

---

### La surprise, la résistance et la défaite du cœur.

#### I

On ne connaît pas les maladies du cœur par cela seul qu'on est en état de diagnostiquer une lésion valvulaire. Ce qu'il faut que le praticien comprenne avant tout, c'est que, dans toute affection du cœur, le muscle cardiaque soutient contre l'obstacle qui se forme aux orifices une lutte dont nous devons suivre et apprécier les diverses phases.

L'histoire de cette lutte se compose de trois épisodes que j'appelle : la *surprise*, la *résistance* et la *défaite du cœur*. Les deux derniers ont été étudiés sous les noms de compensation pour la résistance, d'asystolie pour la défaite. Le premier, celui de la surprise, n'a pas encore fixé l'attention des médecins, et cependant il faut le connaître pour résoudre le problème clinique de l'endocardite.

##### La surprise.

Quand une inflammation est venue se porter sur la membrane interne du cœur, avant qu'elle ait produit sur les orifices une lésion qui trouble le jeu des valvules, le muscle cardiaque a ressenti le contre-coup de cette inflammation. Il s'est troublé dans son fonctionnement, et ces troubles occupent une place prédominante parmi les signes par lesquels s'accuse l'endocardite. Mais ils ne sont que temporaires; le muscle cardiaque, en quelque sorte étonné et comme surpris par l'apparition de l'endocardite, reprend bientôt ses contractions normales jusqu'au moment où l'intensité de l'altération valvulaire le condamne à un travail exagéré pour compenser l'obstacle mécanique qui s'est formé à un orifice. Ce sont ces troubles temporaires développés dans le muscle cardiaque par l'apparition de l'endocardite que j'appelle la *surprise* du cœur.

De ces troubles nous avons eu récemment dans nos salles deux exemples qui sont deux types.

Le n° 14 de la salle Sainte-Élisabeth avait un rhumatisme articulaire aigu. Nous la trouvons un matin avec une impulsion du cœur tumultueuse et irrégulière et quelques dédoublements des bruits sans frottement pseudo-membraneux, sans matité, sans éloignement des bruits et partant sans péricardite. Trois jours après, un souffle systolique se montre à la base, semblant indiquer un léger rétrécissement de l'orifice aortique. Ce souffle disparaît le surlendemain, et nous en trouvons un autre qui s'établit en permanence à la base, annonçant une lésion définitive de l'orifice mitral.

Que s'est-il passé chez cette femme?

Une endocardite rhumatismale occupe d'abord la séreuse cavitaire, et son existence se révèle par une activité irrégulière du muscle cardiaque. L'inflammation gagne ensuite l'orifice aortique sans s'y fixer et apparaît enfin à l'orifice mitral où elle produit une lésion permanente. Dans ce cas, vous le voyez, la surprise du cœur a précédé de trois et de cinq jours les signes des lésions valvulaires.

Elle les a précédés aussi chez notre n° 11 de la même salle, atteinte également de rhumatisme articulaire aigu. Cette malade se plaint d'oppression précordiale. Nous l'examinons, et nous percevons une impulsion très-étendue à la région précordiale, avec bruits normaux, non-seulement conservés, mais plus éclatants que de coutume. Nous auscultons en arrière, et nous constatons que les bruits du cœur se perçoivent très-nettement dans toute la poitrine, même à droite. Ce sont là les signes d'une dilatation cardiaque. Deux jours s'écoulent avant que paraisse le souffle systolique de la pointe qui a pris depuis une si grande intensité.

Ici la surprise du cœur s'est révélée non plus, comme dans le cas précédent, par de l'ataxie, mais par de l'adynamie cardiaque avec dilatation atonique de la cavité.

Il y a donc dans l'endocardite, ou du moins dans certaines endocardites, car beaucoup sont silencieuses, une surprise du muscle cardiaque pouvant s'annoncer par deux ordres de phénomènes: l'adynamie, qui est le phénomène habituel; l'ataxie, qui est le phénomène exceptionnel.

Quelques mots suffiront pour vous faire comprendre la pathogénie de ces troubles musculaires, les signes par lesquels ils s'accusent et la place importante qu'ils occupent dans la séméiotique des endocardites.

Il est une loi générale qui veut que, lorsqu'une membrane est frappée d'inflammation, les muscles voisins présentent des changements dans leur contractilité : tantôt des contractures perma-

nentes, comme dans certains muscles au voisinage des articulations enflammées; tantôt des contractions ou des relâchements qui, dans les affections de la muqueuse intestinale, produisent les unes l'aplatissement du ventre, les autres le ballonnement; tantôt des spasmes, comme ceux qui contribuent aux accès d'asthme dans certaines bronchites; tantôt enfin de véritables paralysies, comme pour le voile du palais à la suite des angines.

Le cœur, celui de tous les muscles qui est le plus en mouvement puisqu'il ne prend jamais de repos, devait comme les autres subir cette influence, et il la subit en effet. Aussi, quand l'inflammation rhumatismale se porte sur l'endocarde, le muscle cardiaque est-il exposé à en éprouver le contre-coup.

Ordinairement cette altération de la contractilité cardiaque se traduit par deux ordres de phénomènes qui tantôt se succèdent et tantôt sont constatés isolément; mais, dans ce dernier cas, il est probable que l'un d'eux passe inaperçu. Il y a ici la succession classique des deux périodes d'excitation et d'affaissement, excitation tout à fait momentanée, affaissement plus intense et plus durable.

Exceptionnellement, au lieu d'une excitation temporaire suivie d'un relâchement permanent, c'est-à-dire au lieu d'une stimulation suivie d'adynamie, c'est une ataxie, c'est un désordre que l'on constate, dans lequel l'excitation et l'adynamie s'entremêlent, où les contractions cardiaques sont alternativement fortes et faibles, tumultueuses et insensibles, inégales des deux côtés.

Dans les deux cas, dans l'adynamie et l'ataxie, l'inflammation de la séreuse a, suivant la loi commune, troublé le jeu du muscle cardiaque.

Le cœur en adynamie présente trois états qui s'enchaînent. D'abord sa fibre se relâche. Ensuite, parce que sa fibre se relâche, sa cavité se dilate; la diminution de la contractilité cardiaque a pour conséquence directe la dilatation temporaire du cœur. Enfin cette dilatation du cœur amène à son tour, par l'agrandissement des cavités ventriculaires, l'insuffisance relative des valvules auriculo-ventriculaires, des valvules mitrale et tricuspide.

De cet enchaînement de phénomènes résulte une série de symptômes qui méritent d'être spécialement signalés. Les uns indiquent directement la diminution de la contractilité cardiaque; d'autres, la dilatation qui résulte de l'affaiblissement musculaire; d'autres enfin, l'insuffisance relative des valvules qui résulte de la dilatation.

La faiblesse cardiaque existe quand l'œil cherche en vain les battements de la pointe, quand la main appliquée sur le thorax a peine à les percevoir, quand le doigt placé sur la radiale ne sent qu'un pouls petit ou un pouls ample, mais mou et dépressible.

La dilatation s'accuse à la vue par le déplacement de la pointe qui bat plus en dehors et plus bas que d'habitude et par les battements perçus à l'épigastre et sur les bords du sternum; à l'application de la main, par une impulsion plus étendue que la normale, impulsion plus étendue et non plus forte, mais qui paraît plus forte quand on n'a pas soin de rechercher les battements de la pointe; à la percussion, par une matité plus étendue comme l'impulsion et dépassant à gauche le mamelon, à droite le sternum; à l'auscultation enfin, par le caractère plus éclatant des bruits, du deuxième surtout, que l'on perçoit à une grande distance. Certains signes rationnels viennent se joindre à ces signes physiques: la douleur précordiale, rétrosternale, intercostale, épigastrique, le sentiment d'oppression précordiale, phénomènes qui appartiennent bien à la dilatation, car je ne les jamais observés dans l'endocardite sans cette dilatation brusque du cœur.

Enfin les insuffisances s'annoncent: l'insuffisance mitrale par un souffle systolique léger à la pointe; l'insuffisance tricuspide par des battements profonds du cou dus au reflux du sang dans la jugulaire interne.

Tels sont les signes par lesquels se révèle l'adynamie du muscle cardiaque dans l'endocardite et qu'on a généralement le tort de rattacher à l'endocardite elle-même.

Parmi ces signes, en effet, il y en a trois, considérés comme principaux parmi ceux de l'endocardite, qu'il faut rayer de la liste de ceux qui appartiennent directement à cette affection pour les rattacher à leur véritable cause: le trouble musculaire, l'adynamie par surprise du cœur.

Ces trois signes sont: l'impulsion exagérée, l'augmentation de la matité et le souffle précoce.

L'impulsion exagérée, une inflammation de l'endocarde, c'est-à-dire d'une membrane, est, vous le comprenez, impuissante à la produire. Cette prétendue impulsion exagérée n'est pas autre chose que l'impulsion étendue qui naît de la dilatation.

L'augmentation de la matité précordiale, qui est bien réelle et que Bouillaud a rencontrée considérable dans les cas d'endocardite, ne peut non plus lui être attribuée directement, car il est impossible que l'inflammation d'une petite membrane comme l'endocarde, en augmentant plus ou moins l'épaisseur de cette pellicule, puisse influer sur la matité du thorax. C'est donc que des phénomènes nouveaux viennent se produire dans le muscle cardiaque. Ces phénomènes, quels sont-ils? La participation du muscle à l'inflammation, comme le veut Hamernjk? Mais, sans nier la complication de myocardite, et en l'admettant comme plus fréquente qu'on ne le croit généralement, nous savons que les altérations parenchymateuses qu'elle produit ne sont pas de nature à augmenter sensiblement la matité cardiaque. Faut-il faire intervenir ici, à l'exemple de Rokitansky et de Niemeyer, l'infiltration œdémateuse du tissu contractile? C'est là une de ces hypothèses qui ne satisfont guère que leurs auteurs. La seule explication possible, c'est le relâchement des fibres musculaires produisant la dilatation, comme Stokes l'a déjà soutenu, et comme le prouvent d'ailleurs d'autres signes de dilatation en tête desquels je dois vous faire remarquer l'éclat plus grand des bruits normaux du cœur, éclat qui peut parfois prendre le caractère métallique.

Enfin le bruit de souffle précoce appartient à l'insuffisance relative de la mitrale et non à l'endocardite elle-même. C'est du moins l'opinion que je m'en suis formée en me basant sur deux raisons: d'un côté sa prompte apparition et la difficulté qu'il y a pour l'endocarde de produire du jour au lendemain une lésion capable d'engendrer un bruit de souffle; d'autre part sa prompte disparition dans certains cas, je devrais dire surtout sa prompte disparition dans certains cas, car il est bien difficile à une lésion valvulaire de disparaître rapidement.

L'existence de ce souffle précoce produit par la surprise du cœur est importante à connaître pour que le médecin n'aille pas, dès qu'il a constaté un souffle d'endocardite, croire à une lésion incurable des valvules et porter sans réserves un pronostic fatal.

Telle est l'adynamie de la surprise. Quant à l'ataxie du muscle cardiaque dans l'endocardite, elle s'accuse par des signes qui varient suivant les cas, par des phénomènes qui ne suivent aucune évolution fixe et qui ne sont unis entre eux par aucun enchaînement. Sous ce double rapport, l'ataxie diffère de l'adynamie; elle en diffère aussi par sa courte durée. Les principaux des symptômes qui la caractérisent sont des palpitations, des soubresauts, des inégalités, des irrégularités et des dédoublements.

Les palpitations sont rares et peu douloureuses; rarement le malade s'en plaint spontanément; il faut le plus souvent que le médecin, pour les constater, applique la main sur la région précordiale. La main pourra du même coup percevoir le soubresaut, qui est une palpitation incomplète, un morceau de palpitation, une contraction plus forte que les autres au lieu de la série de contractions précipitées qui constitue la palpitation complète. Elle sentira aussi parfois une inégalité dans la force et la durée des contractions d'où naissent des irrégularités plutôt que les intermittences sur lesquelles a insisté Pigeaut. Enfin l'oreille pourra percevoir des dédoublements, peut-être dus à l'inégalité dans la durée des contractions dans les deux cœurs. Les inégalités dans les contractions cardiaques se reflètent sur le pouls où les intermittences sont, suivant la remarque de Bouillaud, plus fréquentes qu'au cœur, cas dans lesquels je soupçonne l'endocardite d'avoir une complice, l'endartérite.

Tous ces signes ont été attribués à l'endocardite, notamment par Bouillaud et par Pigeaut. Ils ne lui appartiennent pas directement, et cela par une raison que vous allez comprendre. Ou bien

l'endocardite occupe l'intérieur de la cavité, et alors elle ne peut troubler en rien le jeu de la circulation; ou bien elle occupe les valvules, et alors elle trouble fatalement le jeu de la circulation, mais elle le trouble d'une manière permanente et non pas temporaire, constante et non pas capricieuse. L'endocardite ne peut par elle-même produire que des troubles mécaniques; ceux que je viens de vous rappeler sont des troubles dynamiques, et c'est le muscle cardiaque qui les produit.

Vous le voyez, exception faite pour le souffle rude et permanent qui annonce la lésion définitive des valvules, tous les signes importants de l'endocardite appartiennent en réalité à la surprise du muscle cardiaque qui est une conséquence assez fréquente, mais non pas nécessaire, de l'endocardite. J'irai plus loin, et je dirai que tous les signes de l'endocardite lui appartiennent. Il serait en effet facile de prouver que les autres symptômes attribués à l'endocardite rhumatismale, la fièvre, les phénomènes cérébraux, les phénomènes pulmonaires, proviennent, non de l'endocardite, mais du rhumatisme lui-même. Je ne le ferai pas aujourd'hui. Qu'il me suffise de vous avoir fait connaître l'existence et comprendre les signes de la surprise du cœur. Vous pourrez ainsi dans le rhumatisme reconnaître l'endocardite avant qu'elle s'annonce par le signe pathognomonique, non pas de son existence réelle, mais en quelque sorte de son existence passée, de l'altération valvulaire qu'elle a laissée à sa suite. Plus d'une fois il nous est arrivé de diagnostiquer l'endocardite rhumatismale d'après les troubles du muscle cardiaque et avant l'apparition du souffle; plus d'une fois aussi, comme vous l'avez vu chez nos deux malades, malgré la promptitude et l'énergie de la révulsion employée, l'apparition ultérieure du souffle permanent est venue confirmer l'exactitude de notre diagnostic en montrant l'inefficacité de notre traitement; mais au moins nous aurons évité le regret d'être restés inactifs en temps opportun, et nous conserverons l'espérance d'être plus heureux en d'autres circonstances, car, lorsqu'on veut détourner un mouvement morbide qui se porte sur un organe, la meilleure garantie de succès, c'est la promptitude dans l'action.

---

## RECHERCHES QUANTITATIVES

### SUR L'ÉLIMINATION DE L'OXYDE DE CARBONE,

Par M. N. Gréhant,
aide-naturaliste au Muséum.

Dans une communication faite à la Société de biologie au mois de novembre 1872, j'ai démontré que l'oxyde de carbone, absorbé par le sang lors d'une intoxication partielle, est éliminé en nature au milieu des gaz rejetés des poumons par les mouvements d'expiration.

J'ai donné dans un travail publié dans la Bibliothèque des Hautes-Études (section des Sciences naturelles, tome X, article n° 3, qui a paru en 1874), la description complète des expériences que j'ai faites pour confirmer cette démonstration. Je rappellerai seulement ici le procédé de recherche chimique de l'oxyde de carbone que j'emploie et que j'applique à une étude plus approfondie de la question de l'élimination du gaz toxique. Je fais passer à travers un tube de verre de Bohême rempli de tournure de cuivre grillée, enveloppé d'un manchon de fer et chauffé au rouge sombre par une grille à analyses, un mélange de 4 litres d'air et de $10^{cc},6$ d'oxyde de carbone pur. Les gaz traversent plusieurs éprouvettes à pied remplies d'une solution concentrée de potasse qui absorbe l'acide carbonique, puis un barboteur à eau de baryte qui sert de témoin et qui ne doit jamais se troubler, et, après le tube à combustion, un ou deux barboteurs à eau de baryte. L'oxyde de carbone est brûlé au contact de l'oxyde de cuivre chauffé et transformé en acide carbonique qui précipite l'eau de baryte dans le premier barboteur qui suit le tube à combustion ; en décomposant par un acide le carbonate de baryte produit dans un tube vide uni à la pompe à mercure, j'obtiens $10^{cc},2$ d'acide carbonique; ainsi on a pris $10^{cc},6$ d'oxyde de carbone et on retrouve un volume d'acide carbonique à peu près égal. Cette expérience montre que le procédé de dosage par l'oxyde de cuivre est très-exact et peut être employé pour l'analyse quantitative de l'oxyde de carbone, quand même ce gaz serait mélangé à l'air en très-petite proportion.

Je me suis proposé de mesurer aussi exactement que possible : 1° le volume d'oxyde de carbone fixé par le sang d'un animal, lors d'une intoxication partielle; 2° la quantité de ce gaz qui est contenue dans un volume déterminé de l'air expiré ; 3° la durée de l'élimination.

Pour répondre à ces diverses questions, j'ai soumis un même animal à une série d'expériences, afin d'obtenir des résultats comparables. J'ai choisi un chien lévrier du poids de 9 kilogrammes dont le museau est recouvert d'une muselière de caoutchouc bien appliquée; je prépare dans une cloche graduée, tubulée et portant un robinet à trois voies, un mélange de 9 litres d'oxygène et de $100^{cc}$ d'oxyde de carbone pur; la muselière est unie directement au robinet de la cloche; on tourne ce robinet, l'animal respire le mélange, les mouvements respiratoires sont maintenus dans la cloche pendant dix minutes exactement; le chien présente une certaine agitation qui cesse quand on le fait respirer dans l'air. Avant et immédiatement après l'intoxication, on aspire dans la veine jugulaire préalablement découverte, à l'aide d'une seringue et d'une sonde introduite du côté du cœur, un échantillon du sang normal et un échantillon du sang intoxiqué.

100 centimètres cubes de sang normal ont absorbé $26^{cc},6$ d'oxygène pur et sec à 0° et à la pression de 760 millimètres.

100 centimètres cubes de sang intoxiqué ont absorbé 15,4 d'oxygène dans les mêmes conditions et renfermaient par conséquent $26,6 - 15,4 = 11^{cc},2$ d'oxyde de carbone ; au début de l'élimination dans l'air, nous mesurons ainsi la quantité du gaz toxique fixée dans le sang.

L'animal détaché est porté dans le chenil, au grand air ; quatre heures après, il est ramené au laboratoire ; on fait une troisième prise de sang dans la veine jugulaire : 100 centimètres cubes de sang ont absorbé $24^{cc},7$ d'oxygène, ils ne contenaient plus que $26,6 - 24,7 = 1^{cc},9$ d'oxyde de carbone; en traitant le sang par l'acide acétique et le sel marin à 100°, on a réussi à dégager $1^{cc},4$ d'oxyde de carbone, nombre qui se rapproche du précédent et qui confirme la conclusion suivante : au bout de quatre heures, dans les conditions indiquées, l'élimination de l'oxyde de carbone n'est pas encore tout à fait terminée. Toutefois, en recueillant 50 litres d'air expiré entre la quatrième et la cinquième heure, et en faisant passer ce gaz à travers le tube à combustion, j'ai obtenu un précipité très-faible de carbonate de baryte qui a donné seulement $0^{cc},6$ d'acide carbonique ou d'oxyde de carbone, proportion de gaz extrêmement faible, puisqu'elle est égale à 1/83333.

J'ai répété sur le même animal plusieurs expériences semblables faites chacune à plusieurs jours d'intervalle, mais dans lesquelles je n'ai pas pris de sang, et j'ai mesuré les gaz expirés à l'aide d'un compteur à gaz à travers lequel l'animal était forcé de respirer par une soupape d'inspiration, l'expiration se faisant par une autre soupape dans un ballon de caoutchouc.

J'ai recueilli d'abord l'air expiré aussitôt après l'intoxication partielle; le chien ayant respiré dix minutes dans la cloche contenant 9 litres d'oxygène et $100^{cc}$ d'oxyde de carbone pur, on fixe la muselière au tube à deux soupapes; l'inspiration a lieu à travers le compteur à gaz, l'expiration a lieu dans un ballon de caoutchouc d'abord complètement aplati; quand le compteur marque 50 litres, au bout de 10 minutes 30 secondes, on arrête l'expérience et on fait passer les gaz expirés à travers l'appareil de dosage à oxyde de cuivre; on trouve $4^{cc},9$ d'acide carbonique ou d'oxyde de carbone, ce qui pour 50 litres de gaz fait une proportion égale à 1/10204; ainsi les 50 litres expirés en premier lieu contiennent environ un dix-millième d'oxyde de carbone.

Dans une autre expérience, après l'intoxication, j'ai fait inspirer à travers le compteur 300 litres d'air, ce qui a exigé une heure huit minutes; puis l'animal a inspiré à travers le compteur, en dix minutes vingt secondes, 50 litres d'air qui ont été expirés dans un ballon; ce gaz analysé contenait $4^{cc},2$ d'oxyde de carbone, c'est-

à-dire une proportion égale à 1/11900, environ un douze-millième.

Enfin j'ai produit la même intoxication, mais j'ai fait inspirer à l'animal 500 litres d'air en deux heures environ, et 50 litres d'air recueillis ensuite en dix minutes trente-cinq secondes m'ont donné seulement 1$^{cc}$ d'oxyde de carbone, proportion très-faible, égale à 1/50000 seulement; on voit que l'élimination était alors en pleine décroissance.

Puisque l'élimination de l'oxyde de carbone par les poumons, lorsqu'elle est dans sa période d'activité, a lieu de telle sorte que l'air expiré contient seulement de 1/10000 à 1/12000 du gaz toxique, elle doit cesser si l'on fait respirer à l'animal partiellement intoxiqué une atmosphère renfermant 1/10000 d'oxyde de carbone; pour vérifier cette conséquence, j'ai préparé dans un ballon de caoutchouc un mélange de 50 litres d'air mesurés au compteur et de 5$^{cc}$ d'oxyde de carbone pur, mélangé à 1/10000; un quart d'heure après l'intoxication partielle du même animal qui a servi à toutes ces recherches, j'ai fait inspirer avec l'appareil à deux soupapes les 50 litres d'air, l'inspiration ayant lieu dans le ballon et l'expiration étant reçue dans un autre ballon d'abord complètement vide; il a fallu quinze minutes trente secondes pour faire passer les gaz du premier ballon dans le second à travers les poumons de l'animal. Le dosage de l'oxyde de carbone dans le second ballon a donné 5$^{cc}$,5 d'oxyde de carbone, c'est-à-dire 0$^{cc}$,5 de gaz en plus dans l'air expiré que dans l'air inspiré; on peut donc conclure de cette expérience que l'animal partiellement intoxiqué n'a ni absorbé ni exhalé d'oxyde de carbone lorsqu'on lui a fait respirer une atmosphère à 1/10000 qui suffit pour s'opposer à l'élimination.

Une application pratique évidente résulte de ce fait: un homme asphyxié par la vapeur de charbon ne doit pas être laissé dans la chambre où l'intoxication a eu lieu, car, quand même on ouvrirait les fenêtres, il faut un certain temps pour qu'une atmosphère contenant 1/500 d'oxyde de carbone et qui peut suffire pour produire des accidents soit mélangée d'un grand volume d'air pur extérieur tel que la proportion de l'oxyde de carbone dans l'air devienne égale à 1/10000 ou 20 fois plus faible; je ne puis trop insister sur le conseil de transporter l'asphyxié au grand air ou dans une autre chambre assez spacieuse et dont il faut ouvrir les fenêtres, car on ne peut pas être sûr que la proportion de l'oxyde de carbone dans l'air confiné est inférieure à 1/10000, dose suffisante pour arrêter l'élimination du gaz toxique.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 27 juillet 1879, deux concours s'ouvriront à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens : le premier, le 20 janvier 1880, pour un emploi de suppléant des chaires de clinique interne et de pathologie interne; le second, le 2 février 1880, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie et de toxicologie, d'hygiène et thérapeutique, et matière médicale.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— *Erratum.* — A la page 603, deuxième colonne, quinzième ligne, au lieu de : Un concours aura lieu, le 15 décembre prochain, à l'École de médecine et de pharmacie militaires de Paris pour l'admission à *dix emplois de pharmacien stagiaire*,

Il faut lire pour l'admission à *dix emplois de médecin stagiaire* et à *deux emplois de pharmacien stagiaire*.

— *Muséum.* — M. Stanislas Meunier, aide naturaliste, fera une excursion géologique dans le Cantal, du 2 au 11 août 1879.

Le but de ce voyage est d'étudier les restes des grandes manifestations volcaniques des environs d'Aurillac; on visitera aussi des gisements tertiaires riches en fossiles animaux et végétaux et une attention spéciale sera accordée aux restes laissés par les glaciers de l'époque quaternaire.

On se réunira à Paris (gare de Lyon) le samedi 2 août, à quatre heures un quart du soir.

*N. B.* La Compagnie des chemins de fer de Lyon n'accordant la réduction du demi-tarif sur les prix ordinaires qu'à la condition qu'il y aura au moins vingt personnes voyageant collectivement, on est prié de se faire inscrire directement au laboratoire de géologie du Muséum avant le 31 juillet, à quatre heures du soir, et d'y verser le montant du prix de la demi-place aller et retour. Dans le cas où les conditions de nombre imposées par la compagnie ne seraient pas remplies, l'argent perçu au laboratoire serait rendu et le voyage se ferait aux prix du tarif ordinaire.

On trouvera au laboratoire tous les renseignements relatifs à l'excursion et spécialement le programme lithographié de l'itinéraire.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Étude clinique sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux,** par le docteur de Boyer. 1 vol. in-8° avec 104 figures dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

**Étude pratique sur la grossesse et l'accouchement gémellaires,** par le docteur Hirigoyen. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

**De quelques phénomènes consécutifs aux contusions des troncs nerveux du bras et à des lésions diverses des branches nerveuses digitales,** étude clinique, par le docteur Avezou. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

**Guide dans l'examen microscopique des tissus animaux,** par le professeur Esener, traduit de l'allemand par le docteur Schiffers, 1 vol. in-8° avec 7 figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8477.

N° 85. — JEUDI 24 JUILLET 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 24 JUILLET 1879. — N° 85.

**Ce journal paraît trois fois par semaine**
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

**Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57**
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Si M. Piorry vivait encore, il demanderait certainement la parole.

En effet, hier, la discussion sur les pleurésies cloisonnées a été portée sur un terrain qu'il considérait à peu près comme lui appartenant en propre.

M. Noël Guéneau de Mussy, dont les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* n'ont certainement pas oublié les belles études sur les moindres nuances de tonalité anomale que l'auscultation et la percussion peuvent faire percevoir dans les affections de poitrine, exposait justement devant l'Académie, parmi les résultats de ces longues recherches, ceux qui sont en parfait accord avec l'enseignement de Piorry dans la dernière année de ses leçons cliniques.

M. Peter, professeur aujourd'hui, était alors chef de clinique, et il doit, comme moi, sans doute, avoir encore devant les yeux ces récipients de toutes natures, vessies, ballons de caoutchouc ou de baudruche, etc., à l'aide desquels, en les emplissant de substances liquides ou gazeuses de diverses sortes, en les plongeant dans divers milieux, l'inventeur du *plessimétrisme* montrait l'extrême variabilité des sons perçus à la percussion, non-seulement selon le contenu de ces ballons ou de ces vessies, mais suivant le plus ou moins de tension de leurs parois, suivant le degré de pression intérieure ou extérieure, suivant mille autres conditions qu'il énumérait avec soin.

Puisque l'occasion s'en présente, nous sommes heureux de rappeler que ce vieux maître, au milieu de tous ses ridicules, n'était pas sans quelque mérite, et que ceux qui se sont tant moqués, non sans quelque raison, de ses néologismes, ont eu depuis lors à en subir une multitude d'aussi mal formés, admis maintenant sans conteste.

La fin de la séance a été occupée par une reprise de discussion au sujet du projet de réponse à M. le préfet de la Seine relativement à la détermination des causes de décès.

Les mêmes arguments ont été développés de part et d'autre : des changements portant sur le fond ou sur la forme des conclusions d'abord proposées ont été demandés, notamment par le rapporteur, M. Lagneau, parlant en son nom personnel, en qualité de membre de la minorité de la commission.

Bref, l'Académie a dû renvoyer à l'examen de cette commission à la fois le projet primitif, les amendements et les contre-projets.

Dr Victor REVILLOUT.

### HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

#### Causes de déformations thoraciques. — Déplacement du foie (1).

II

Chercherons-nous un mal de Pott, sous l'une quelconque de ses formes, tubercule, carie, nécrose, rhumatisme même ou syphilis? Nous n'observons aucune de ces causes. D'ailleurs, le mal de Pott produit toujours une déformation angulaire de la colonne vertébrale, et jamais une courbure occupant une grande étendue. A côté de cette déformation angulaire primitive se forme, seulement ensuite, une lordose de compensation. Mais, chez notre malade, il n'y a pas trace de la déformation angulaire qui devrait exister, car, si le mal de Pott était la cause de la lésion, comme la maladie est fort ancienne, le mal de Pott aurait eu le temps d'évoluer complètement et de produire ces lésions caractéristiques que nous cherchons.

Le rachitisme ne produit des scolioses à grande courbure comme celle que nous examinons, que pendant la jeunesse; ces courbures sont très-irrégulières, et, quand elles sont aussi manifestes que dans le cas particulier, la constitution rachitique a lésé en même temps les membres, les côtes, etc., et produit des thorax en carène avec sternum saillant, des nodosités des vertèbres, etc. Ici, nous n'observons rien de tout cela ; la malade était bien constituée pendant sa jeunesse, et, jusqu'à l'âge de trente-huit ou trente-neuf ans, son squelette n'avait subi aucune incurvation. La déformation est récente : peut-être encore, s'il y avait eu prédisposition dans l'enfance, pourrait-on l'attribuer au rachitisme, car il arrive quelquefois que certaines déviations du rachis s'arrêtent chez l'enfant pour apparaître plus tard, dans la vieillesse, au-delà de cinquante ans, dès qu'une nouvelle cause réveillera une altération qui était éteinte et ne s'était plus manifestée pendant tout l'âge

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 juillet 1879.

adulte. Notre malade n'a présenté aucune tendance rachitique : nous ne devons donc pas nous arrêter à cette étiologie.

Les déformations du rachis peuvent tenir à la paralysie des muscles du cou ou de la région sacro-lombaire; cette explication est inadmissible dans le cas qui nous occupe. De même, les positions vicieuses : pendant la jeunesse, une myopie extrême peut obliger les malades à incurver leur colonne vertébrale d'une façon constante et exagérée; une mauvaise disposition des meubles, des tables dont la hauteur n'est pas proportionnée à celle des sièges ni à la taille des écoliers, etc., toutes ces causes sont réelles et efficaces s'il y a une certaine prédisposition. Le dernier point a préoccupé les hygiénistes de l'Allemagne et de la Suisse, où ces déformations sont plus communes dans les écoles que dans notre pays.

On connaît les déformations dues à certaines professions; exemple : celle des vieux vignerons qui, toujours courbés vers la terre, sont tous atteints d'une cyphose plus ou moins prononcée.

Pour les femmes, on a attribué au corset une grande influence sur la production de la cyphose. Le rachis, habitué à un tuteur robuste comme celui que constituaient les anciens corsets à baleine, ne peut plus se soutenir lorsque, au déclin de l'âge, la mode ni la coquetterie n'obligent plus les femmes à porter cette cuirasse. Je ne sais exactement quelle part il faut faire à cette cause, car les générations de femmes qui n'ont pas été astreintes à ce corset rigide ont été aussi bien atteintes de déformation sénile.

Toutes les causes que nous venons d'énumérer sont celles de la cyphose des adultes, de la scoliose des enfants; passons maintenant à la recherche des causes de lordose, lombaire surtout. Les attitudes vicieuses peuvent la provoquer : ainsi, chez les femmes enceintes. Chez certaines femmes qui ont eu de nombreuses grossesses, cette déviation persiste, alors même que l'état gravide ne déplace plus leur centre de gravité, parce que les muscles des parois abdominales ne suffisent plus à maintenir la colonne vertébrale dans sa position normale; l'habitude aide aussi à aggraver cette prédisposition morbide. La coxalgie amène encore cette déviation.

Duchenne (de Boulogne) a constaté que cette disposition est presque normale chez les individus de certaines races, notamment chez les femmes des races latines : la cambrure des Espagnoles est connue; mais cette attitude, normale d'abord, s'exagère rapidement et devient telle qu'elle ne peut plus être rectifiée.

Les courbures de compensation se font à la colonne lombaire pour compenser celles qui se sont produites dans le reste de la colonne vertébrale, soit à la suite de myopie exagérée obligeant à des attitudes vicieuses, soit à la suite de coxalgies.

Au milieu de toutes ces causes, il en est plusieurs qui seraient absolument incapables de provoquer des difformités, si la prédisposition n'y aidait pas, et s'il ne survenait pas quelque cause d'affaiblissement, soit constitutionnelle, soit acquise, comme il arrive, par exemple, à la suite des convalescences prolongées. Nous sommes d'ailleurs obligés d'admettre une certaine influence de l'hérédité, que nous ne nous expliquons pas complètement, mais qui est bien aussi admissible que ce fait incontestable de l'hérédité de certaines verrues, de certains nævi, etc. De même que pour ces faits bizarres, l'enfant ne naît pas avec la déformation, mais avec l'aptitude à la subir plus tard. Ces considérations sont surtout exactes pour le rachitisme : ce n'est pas le cas de notre malade.

Pour les déformations qui se produisent pendant la seconde enfance, les faits sont plus complexes; les spécialistes eux-mêmes ne sont pas d'accord pour préciser si c'est l'insuffisance des muscles qui amène la lésion du rachis, ou bien si la déviation de la colonne vertébrale est primitive. On peut voir de l'asymétrie de la colonne vertébrale comme on voit de l'asymétrie de la face, sans que la contractilité musculaire soit diminuée du côté lésé.

Mais ces déformations sont des vices de développement; celle qui nous occupe, au contraire, est une déformation tardive, due à l'affaiblissement sénile. Dans ces cas, elle peut tenir à l'insuffisance musculaire, aux tiraillements subis par les ligaments, mais il se produit encore, et c'est le cas ici, une ankylose véritable dans les articulations des corps des vertèbres, ankylose qui amène une déformation persistante, et une immobilité presque absolue de la colonne vertébrale, dont la portion cervicale seule est susceptible de faire quelques mouvements.

Telle est donc la cause de la déformation qui existe chez notre malade; il nous reste à rechercher comment cela contribue aux accidents que nous avons constatés.

Or, quand l'incurvation de la colonne vertébrale se fait en avant, la portion inférieure du rachis est refoulée en avant vers la paroi abdominale, de sorte qu'elle devient presque parallèle aux côtes qui sont aussi déplacées. Cette structure amène nécessairement de la gêne pour les organes contenus dans la cavité thoracique. Nous avons étudié antérieurement cette question au point de vue de la gêne de la circulation pulmonaire. La lordose lombaire a une conséquence : la paroi abdominale se trouve rapprochée considérablement de la colonne lombaire, sur laquelle elle vient presque se tendre. Cette disposition déplace nécessairement le foie.

Cet organe, obligé de se loger, bascule et incline en avant, et occupe, sous la paroi abdominale, la place qu'il devait occuper sous le diaphragme. Le foie ainsi se couche sur la colonne vertébrale lombaire incurvée en avant, et par conséquent il repose sur l'aorte abdominale, qu'il sépare de la paroi abdominale. On comprend donc aisément qu'il en transmette les battements d'une façon exagérée. On s'explique ainsi les douleurs épigastriques qu'a ressenties notre malade, l'endolorissement de la région hypochondriaque gauche, les dyspepsies, les vomissements, etc., la gêne des fonctions digestives par suite du rétrécissement notable du calibre de l'intestin obligé de se loger dans une cavité abdominale si réduite.

Devons-nous admettre que la déformation rachidienne est primitive? Cette opinion serait plus commode pour notre théorie; mais elle ne me paraît pas exacte. Nous ne pouvons dire que c'est la déformation qui a produit tous les troubles : la malade nous a très-bien raconté qu'elle jouissait d'une bonne santé, qu'elle n'était pas déformée lorsque les premières atteintes de gastralgie se sont fait sentir. Sous l'influence de ces douleurs, elle nous dit qu'elle était souvent obligée de se courber en avant, que cette attitude diminuait un peu ces souffrances. Cette circonstance a donc pu être une cause occasionnelle de la déformation : sans doute, elle n'a pas joué un rôle considérable dans l'étiologie, mais elle est assez nettement dégagée pour prouver que la gastralgie a précédé la déformation, et n'en a pas été la conséquence.

Il semble donc probable que, sous l'influence d'une cause mal déterminée, et en apparence spontanément, cette femme a été atteinte de dyspepsie, de gastralgie; que les battements aortiques qu'elle a sentis à cette époque étaient d'origine nerveuse, et complètement indépendants d'un état général qui ne l'y prédisposait pas, car elle n'est ni hystérique, ni nerveuse; mais ces battements aortiques peuvent très-bien se montrer ainsi localisés, et s'expliquer par les troubles de l'appareil gastro-intestinal qui est innervé par les mêmes centres. Enfin, ces battements aortiques ayant persisté, est venue la ménopause qui s'est jointe à la sénilité pour produire progressivement un affaiblissement qui suffit pour expliquer la lésion osseuse, d'autant plus qu'à cet âge et dans ces conditions l'ostéoporose a pu encore aider à la production de la déformation. Rappelons encore les mouvements de flexion que faisait la malade pour calmer ses douleurs. La lésion, à mesure qu'elle s'exagérait, exagérait par suite les causes qui l'avaient fait naître. C'est à travers tous ces accidents que cette malade en est arrivée au point que nous avons constaté aujourd'hui.

Si je me suis étendu sur ce sujet, ce n'est pas que, dans le cas présent, le diagnostic soit bien important à établir, et que le traitement lui soit lié d'une façon tout à fait rigoureuse. Le traitement devra malheureusement, ici, se borner à combattre les symptômes. Mais il est des circonstances où le diagnostic sera difficile, et où il importera beaucoup, tant pour le pronostic que pour le traitement, de déterminer si une tumeur épigastrique est produite par un anévrysme, par un cancer, par une lésion du squelette, etc. C'est pourquoi il m'a paru utile d'énumérer et de discuter rapidement un assez grand nombre de causes de déformations thoraciques qu'il sera parfois très-important de distinguer entre elles.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

### Du phagédénisme : phagédénisme scrofuleux (1).

IV

Le phagédénisme scrofuleux présente des lésions analogues, souvent identiques, à celles du phagédénisme syphilitique tertiaire que nous avons étudié dans les leçons précédentes. Ce qui frappe, en effet, dès le début de cette étude comparative, c'est cette similitude singulière, saisissante, qui rapproche les deux sortes de lésions dans la plupart de leurs points: localisation, symptômes ultérieurs, pronostic, etc. Nous trouverons sans doute çà et là quelques différences que nous noterons soigneusement; mais elles sont, de beaucoup, plus légères que les analogies, et, je répète le mot, les identités.

Fréquence. Le phagédénisme scrofuleux, heureusement, n'est pas commun, surtout de nos jours. Si je puis vous en donner ici des exemples quotidiens, cela tient à des raisons d'ordre local. Vous savez que l'hôpital Saint-Louis est la patrie de la scrofule, et d'autre part il faut remarquer qu'il s'agit d'une maladie essentiellement chronique, durant longtemps, très-longtemps, et ramenant sans cesse les mêmes séries de malades à nos consultations et dans nos salles. Pour vous donner une idée de la fréquence, je vous citerai une statistique faite par M. Lailler: sur 105 cas de lupus, 3 seulement étaient phagédéniques.

Le phagédénisme scrofuleux paraît diminuer de fréquence; nous en voyons moins qu'il y a vingt ou trente ans, de l'aveu général de tous mes collègues de cet hôpital. Cet heureux résultat doit être imputé à une hygiène meilleure et à l'augmentation du bien-être dans les classes inférieures de la population.

Origine. Ce phagédénisme a son point de départ dans deux ordres de lésions, soit dans des scrofulides primitivement ulcéreuses, ecthyma, impetigo rodax, soit dans des scrofulides tuberculeuses, le lupus surtout, dont il est le plus souvent la complication.

Siège. Le phagédénisme tertiaire peut siéger partout, mais il affectionne plus particulièrement certaines régions privilégiées; il en est de même du phagédénisme scrofuleux. Il peut atteindre tous les départements du système tégumentaire, affecter les sièges les plus variés; mais il a aussi ses points de prédilection, il frappe plus fréquemment et même presque exclusivement certaines régions plutôt que d'autres. Il siège sur la peau, il affecte par excellence la peau du visage et sévit plus particulièrement sur le nez. Le nez est sa victime préférée, celle qu'il maltraite le plus horriblement, comme vous pouvez le constater par l'inspection de ces nombreux moulages tirés de notre riche musée.

Le phagédénisme atteint rarement le cou; le cuir chevelu, le tronc, les membres et les extrémités sont frappés de préférence.

Le phagédénisme des muqueuses présente la même inégalité de distribution; la muqueuse nasale est encore la plus souvent atteinte, ordinairement par propagation du lupus de la surface extérieure du nez. Citons au deuxième rang la gorge, le voile du palais; puis viennent, mais avec une fréquence beaucoup moindre, les autres muqueuses. J'ai vu trois ou quatre cas de lupus des organes génitaux de l'homme; chez la femme il est moins rare. Ce qu'on appelait æsthiomène à une époque où l'on en méconnaissait la nature scrofuleuse n'est, en effet, qu'une scrofulide vulvaire.

Symptômes. Nous pouvons les classer sous deux formes bien distinctes: l'une comprenant le phagédénisme qui se limite aux téguments, *phagédénisme de surface;* l'autre comprenant le phagédénisme qui pénètre les tissus, les creuse, les fouille et les ronge, *phagédénisme de profondeur*, qui est la forme la plus fréquente.

1° Le phagédénisme de surface a une modalité exactement semblable à celle du phagédénisme syphilitique de même ordre; il suit une marche centrifuge ou serpigineuse; le plus souvent il est centrifuge, s'étendant suivant une zone excentrique qui se constitue en dehors de l'ulcère primitif; puis, cette zone s'ulcérant à son tour, une nouvelle zone se prend à sa périphérie et s'ulcère encore, et ainsi de suite. En même temps qu'il progresse à la périphérie, le phagédénisme se cicatrise au centre, de sorte que l'on peut voir sur la lésion toute la série des diverses périodes de réparation; tout à fait au centre, une cicatrice ancienne, un peu en dehors une cicatrice plus récente, plus en dehors une cicatrice en voie de formation, plus en dehors encore une ulcération qui commence à se réparer, etc.

Cependant, en examinant les détails, on trouve des différences avec le phagédénisme syphilitique: *a*. Le phagédénisme scrofuleux est moins régulier dans son mode centri-

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 juillet.

fuge que le phagédénisme tertiaire si remarquable par la pureté de ses lignes, de ses demi-cercles qui paraissent tracés avec le compas. La scrofule a un mode circiné moins régulier; elle fait des pointes vers un point ou vers un autre; elle pousse des courbes à gauche ou à droite. *b.* Le phagédénisme scrofuleux a une puissance d'extension moindre. Il se limite à une surface, s'y ramasse pour ainsi dire et s'y concentre; il ne nous donne pas ces courbes élégantes à long rayon du phagédénisme de la vérole; il se confine sur un territoire plus restreint et ne décrit jamais ces grandes arcades si caractéristiques du phagédénisme syphilitique.

2° Le phagédénisme térébrant ou en profondeur est un phagédénisme par trouées, détruisant les tissus depuis la peau vers la profondeur. Aucun tissu ne lui résiste; peau, tissu cellulaire, tissu fibreux, aponévroses, cartilages, muscles, tout y passe; l'os même y succombe, car il le tue en faisant le vide nutritif autour de lui par la destruction du périoste et des vaisseaux.

Les deux formes de phagédénisme sont loin de s'exclure l'une l'autre; de ce que le phagédénisme marche en surface, il ne faut nullement croire qu'il n'ira pas en profondeur. Les deux modes s'associent fréquemment; c'est ainsi que disparaît le nez envahi à la périphérie et en même temps en profondeur.

Évolution, durée. Sauf des cas spéciaux, l'évolution de ce phagédénisme est particulièrement remarquable par sa lenteur; c'est une marche essentiellement chronique. Le phagédénisme scrofuleux procède pas à pas, lentement, posément. Ce n'est point par jour ni par semaines, c'est tout au plus par mois que l'on compte ses progrès. Parfois il paraît s'arrêter, rester somnolent et torpide, mais il n'est pas encore vaincu. Aussi sa durée est-elle une chronicité à tous les degrés, dépassant les limites que l'on pourrait imaginer. Deux, quatre, cinq années sont une moyenne qui n'est pas exagérée, une durée normale. Ce chiffre peut quelquefois s'abaisser, mais il est plutôt susceptible d'élévation, et souvent nous irons jusqu'à sept, neuf, dix, douze années. Nous avons encore dans nos salles un horrible phagédénisme du nez et du voile du palais qui date de neuf ans. On a vu le phagédénisme scrofuleux, dans ses traits exagérés, durer vingt-cinq ou trente ans. Devergie a relaté le cas d'un épouvantable phagédénisme de la face qui durait depuis cinquante ans, chez une femme qui portait cette affection depuis son enfance, et encore, au moment où elle consultait Devergie, le mal était loin de vouloir régresser.

Avec une marche si lentement progressive et à pas comptés, avec des progrès si lents, le phagédénisme tuberculeux peut coïncider avec une conservation absolue de la santé. Dans l'énorme majorité des cas, il n'a pas la moindre influence sur l'état général, ou il ne retentit qu'indirectement sur la santé par les troubles fonctionnels de la gorge par exemple, par l'état moral, le découragement et la prostration profonde dans laquelle il jette les malades. Par lui-même, quelle que soit son étendue, il reste indifférent et ne cause pas de troubles généraux. Vous voyez ici ces malades faire le service des salles, aller et venir dans les cours de cet hôpital, absolument comme des gens bien portants.

Ce n'est pas à dire que le phagédénisme scrofuleux soit toujours exempt de troubles généraux; dans quelques cas, il réagit sur la santé et produit même des accidents graves. Il a, en effet, de nombreuses voies pour atteindre ce but: suppurations étendues, troubles fonctionnels, séquestration dans les hôpitaux, séjour forcé au lit, dyspepsie, alanguissement, abcès, fusées, complications, érysipèles, voilà, avec l'état moral auquel il faut toujours revenir, assez de causes d'appauvrissement de l'économie pouvant amener une maladie incidente qui emportera le malade, si même il n'a pas devancé la cachexie par le suicide.

Conséquences. Le phagédénisme scrofuleux aboutit à des dévastations locales variant suivant qu'il a affecté la forme superficielle ou la forme térébrante. 1° Le phagédénisme de surface produit des ulcérations plus ou moins étendues, parfois très-considérables, tantôt laissant des plaies à découvert, tantôt des plaies à carapaces croûteuses couvrant toute une région, le sternum, comme le montre cette vaste surface croûteuse qui est conservée dans nos collections, le dos de la main et le poignet, l'avant-bras, l'épaule et la partie supérieure du bras. Plusieurs fois il couvre toute la jambe, la face et le cou même. Mais, quelque graves et hideuses que soient ces plaies, elles n'approchent pas des désastres causés par le phagédénisme en profondeur. 2° Le phagédénisme térébrant comporte toutes les mutilations dont je vous ai fait l'histoire à propos du phagédénisme syphilitique; il fait des trouées, des mutilations des joues, du menton, du nez, des oreilles, etc.

Dans des formes que nous sommes forcés de dire bénignes, vous voyez le nez ébréché, écorné dans toute sa moitié inférieure ou réduit à une espèce d'auvent et de chapiteau. Le nez peut être détruit complètement et disparaître sans qu'il en reste aucun vestige; il est remplacé par une ouverture triangulaire rappelant absolument les fosses nasales sur une tête de mort. Dans la plupart des cas, le phagédénisme enlève tous les petits os ténus du nez, le vomer, la lame de l'ethmoïde, les cornets, etc.

Du côté des yeux, le phagédénisme scrofuleux enlève parfois les paupières ou les ébrèche, de sorte que la kératite ou l'ophthalmie consécutives amènent la perte de la vision. A la bouche, il détruit souvent tout ou partie de la lèvre supérieure, tantôt taillant un bec de lièvre, tantôt mettant à nu les gencives et les dents et laissant une cruelle infirmité. Dans la cavité buccale et pharyngienne il perfore le voile du palais, le divise en rideaux ou le détruit complètement. Ajoutons d'avance que la cicatrisation, qui paraît un bienfait, devient souvent un élément d'aggravation de ces accidents déjà terribles, en raison des rétrécissements inodulaires, des brides difformes qui dévient les organes, rétrécissent les orifices palpébraux, les narines, ou les oblitèrent même. J'ai vu la bouche réduite à un orifice de la largeur d'une pièce de vingt centimes. Les cas ne sont pas rares où ce phagédénisme le dispute en horreur au phagédénisme de la syphilis. Vous en voyez de nombreux exemples dans les services de l'hôpital Saint-Louis. Erasmus Wilson a rapporté le cas d'un malade qui, après sa guérison, s'il est permis d'appeler cela une guérison, avait toute la face littéralement constituée par une cicatrice, les narines oblitérées, les paupières représentées par une ligne, la bouche réduite à un petit orifice en cul-de-poule, n'admettant plus que la canule d'une sonde pour l'injection des aliments. Citons encore une jeune fille qui avait vraiment perdu la figure humaine, qui n'avait plus de paupières, plus de nez, plus de lèvres; la bouche, le pharynx et les fosses nasales ne formant plus qu'un cloaque. Virchow a rapporté l'histoire d'une femme dont les yeux étaient réduits à l'état de deux moignons

blancs pendants, la bouche ne pouvait plus se fermer. Billroth a vu un cas où la peau était entièrement détruite sur la face et le nez; les globes oculaires avaient disparu complètement, et les os à nu donnaient à la face le plus épouvantable aspect. Dieffenbach raconte l'observation d'une comtesse polonaise dont la tête ressemblait absolument à une tête de mort. Lebert cite une femme dont la figure était si hideuse que les autorités de la ville allemande qu'elle habitait lui avaient défendu de sortir sous peine d'emprisonnement. Rappelons encore le cas fameux rapporté par Devergie : c'est l'exemple le plus épouvantable de lupus serpigineux; il datait de l'enfance et s'était toujours accru pendant cinquante ans; cette femme avait été obligée de se séquestrer dans un couvent et n'était pas sortie de sa chambre pendant trois années. Elle avait néanmoins conservé le ton et les manières de la noblesse à laquelle elle appartenait; quand elle découvrit sa figure, il sembla voir un spectre hideux; elle était privée de peau, nez, lèvres, front, oreilles, tout avait disparu. A la vue d'un tel spectacle, Devergie, un vétéran habitué à toutes les horreurs de cet hôpital, n'a pu retenir des termes émus dans la description d'une pareille mutilation.

Dans ces cas, ces dévastations surviennent ordinairement à la suite d'une longue série d'années; mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans certains cas, très-rares et tout à fait exceptionnels, la scrofule dépose ses habitudes ordinaires pour prendre une marche rapide, aiguë, parfois même galopante. Elle accomplit ces désastres en quelques mois ou en quelques semaines; c'est le lupus vorax, lupus aigu, lupus galopant. Nous avons eu ici dans nos salles et dans les salles de M. Besnier un jeune homme atteint de lupus des deux commissures de la bouche. Son lupus était d'abord lent, puis tout à coup il prit une marche très-rapide; en quelques mois il envahit toute la bouche, toute la surface interne des joues, la langue et le palais. Nos efforts n'ont absolument rien produit; il ne pouvait littéralement que mourir de faim.

Biett a vu un lupus détruire entièrement la lèvre supérieure en quinze jours. Ce lupus vorax a surtout été décrit par l'illustre Bazin qui a montré dans des pages éloquentes comment il envahit les parties molles et les os même avec une rapidité surprenante, comment il ronge le nez, les lèvres, la langue qu'il réduit à un moignon informe, le palais, le plancher de l'orbite, qui s'écroule en quelques semaines et laisse les globes oculaires suspendus comme des appendices et retenus seulement par les nerfs optiques.

Étiologie. A ce point de vue, spécifions seulement deux particularités :

1° Le phagédénisme de la scrofule est presque exclusivement une maladie de l'enfance et de la jeunesse; on l'observe surtout de quinze à vingt-cinq ans. Cependant, un peu plus tard, vers vingt-cinq, trente-cinq, voire même quarante ans, il n'est pas très-rare. On le rencontre exceptionnellement dans la vieillesse. M. Charcot, à la Salpêtrière, a vu des scrofulides ulcéreuses chez des femmes de soixante-cinq et soixante-sept ans.

2° Les lésions se produisent, en règle générale, chez des sujets manifestement scrofuleux. Ils ont eu des gourmes, des maux d'yeux et d'oreilles, des suppurations cervicales et du cuir chevelu, etc. Ils ont le faciès, l'habitus, le cachet scrofuleux. Toutefois, dans certains cas, les lésions du phagédénisme semblent atteindre des sujets qui n'ont ni l'allure ni les antécédents de la scrofule et qui ne sont entachés d'aucune diathèse; ils sont bien portants, vigoureux et doués d'une bonne résistance vitale. A quoi rattacher la cause de leur scrofule? C'est là une étude qui est encore profondément obscure et mystérieuse. C'est encore pis ici que dans le phagédénisme tertiaire. Nous pouvons bien pour ce dernier invoquer l'influence de quelques causes locales, la malpropreté, l'influence, plus hypothétique, de quelques causes générales. Pour les cas de phagédénisme scrofuleux dont nous parlons, les causes locales nous font très-généralement défaut et les causes générales ne nous rendent pas mieux compte de ces accidents.

Comment se les expliquer quand on voit des sujets misérables, mal nourris, mal vêtus, malingres, garder un lupus sans tendance phagédénique, tandis que des sujets se trouvant dans les conditions absolument opposées sont mutilés par un phagédénisme rebelle?

Ajoutons d'ailleurs que notre ignorance en l'espèce n'a rien de spécial, car nous ignorons la presque-totalité des influences qui constituent la malignité des diverses maladies, de la pneumonie, de la variole, etc. Vous connaissez le vieil adage : *Malignus, item occultus.*

Pronostic. Il est d'une affreuse gravité pour des raisons multiples : 1° à cause des mutilations auxquelles il expose, surtout pour la face qui a le triste privilège d'être sa victime préférée; 2° en raison de l'expression de malignité dont il est la traduction; 3° en raison de sa durée qui est toujours longue, très-longue, parfois indéfinie; 4° à cause de la fréquence de ses recrudescences et de ses récidives. On voit, en effet, des récidives, tantôt *in situ*, tantôt en un point éloigné, après une guérison que l'on avait cru complète. Citons seulement un exemple entre beaucoup d'autres. Gibert avait envoyé un malade à Delpech (de Montpellier) qui lui avait refait un nez par une rhinoplastie très-heureuse. Deux ans plus tard, un nouveau lupus dévorait ce nouveau nez, comme il avait dévoré le premier; cependant la peau, qui avait servi à l'autoplastie, venait d'ailleurs; 5° enfin l'absence de médication véritablement spécifique ajoute encore à la gravité du phagédénisme scrofuleux. Nous ne manquons point sans doute d'agents médicaux et hygiéniques pour traiter la scrofule, mais ils n'ont rien de comparable au mercure ou à l'iodure de potassium. Nous sommes moins bien armés contre la scrofule que contre la vérole; c'est pourquoi le pronostic du phagédénisme scrofuleux est plus grave que celui du phagédénisme tertiaire.

---

## HOTEL-DIEU DE POITIERS. — M. Guérineau.

### Cataracte; modification au procédé par discision.

(Observation recueillie par M. Drochon, interne du service.)

Le 15 juin, le nommé G..., âgé de cinquante-neuf ans, entrait à l'Hôtel-Dieu dans le service chirurgical pour y subir l'opération de la cataracte.

L'œil gauche est parfaitement sain. Le cristallin du côté droit se présente sous l'aspect d'un liquide lactescent, blanc-bleuâtre : c'est une catatacte liquide.

Le 21 juin l'opération est résolue. L'état de la cornée atteinte de gérontotoxon ne permettant pas de songer à l'extraction, le procédé par discision est adopté.

*Opération.* — Le malade est assis sur une chaise, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, qui, au moyen des élévateurs de Pellier, maintient l'écartement des paupières. Au lieu de prendre le kysti-

tome dont on fait généralement usage, M. le docteur Guérineau donne la préférence à une aiguille dont la lance de forme triangulaire offre un volume beaucoup plus considérable que la tige. Au moyen d'une pince à fixer, le globe oculaire est immobilisé et l'aiguille est plongée à travers la sclérotique jusque dans la capsule. Celle-ci même est largement ouverte. Aussitôt le liquide de la cataracte et l'humeur aqueuse s'échappent sur le pourtour de la tige et s'écoulent au dehors : ce fait résultait de la forme de l'aiguille.

Dès que la capsule et la chambre antérieure ont été évacuées, le champ pupillaire devient noir et le malade accuse la sensation de la lumière.

Les paupières du malade sont fermées et leur occlusion est assurée par des bandelettes de taffetas anglais ; de la ouate et un bandeau constituent tout le pansement.

Le soir le malade se plaint d'une légère douleur circumorbitaire.

22 juin. — La nuit a été très-bonne ; toute douleur a disparu.

27 juin. — Le malade est renvoyé chez lui dans un parfait état de guérison.

Le procédé par discision, tel qu'il est décrit, est justiciable de deux graves reproches :

1° La résorption de la substance du cristallin est longue à se produire.

2° Il y a souvent lieu de recommencer plusieurs fois l'opération parce que la division de la capsule n'a pas été assez large la première fois.

Modifié, comme l'a fait M. le docteur Guérineau, par l'emploi de l'aiguille à large lance et à tige mince, ce procédé n'a plus ce double reproche à encourir.

Son emploi ne peut manquer d'être très-heureux dans les cataractes des enfants.

Dans le cas particulier qui fait le sujet de cette observation, si le liquide du cristallin, au lieu de s'épancher au dehors, s'était répandu dans la chambre antérieure, tout porte à croire que, vu l'âge du malade, la résorption aurait été très-lente, ce qui aurait augmenté d'autant les chances de complications. Mais au contraire, et c'est ce qui mérite de fixer l'attention, la guérison a daté de l'instant où le champ visuel a été débarrassé ; et, si notre malade n'a été renvoyé dans sa famille que six jours après l'opération, on ne doit regarder ce retard que comme une mesure de prudence.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juillet 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le docteur Josas sur la coopération des médecins traitants à la détermination des causes de décès; 2° des lettres de remerciements adressées par divers lauréats de l'Académie.

### PRÉSENTATIONS

M. Leroy de Méricourt présente, au nom de M. le docteur Planat, un mémoire intitulé : *Des propriétés de la ménispermine.*

M. Legouest présente, au nom de M. Renard, un rapport sur les eaux minérales d'Hammam-Rira (province d'Alger). (Commission des épidémies.)

### DISCUSSION SUR LES PLEURÉSIES CLOISONNÉES

M. Guéneau de Mussy vient soumettre à l'Académie le résultat de ses observations et de ses recherches sur une question qui touche au fond même du débat, à savoir sur la valeur séméiotique des vibrations thoraciques dans les affections de poitrine.

Il croit, avec le docteur William, qui, bien avant Monneret et le docteur Wintreck, avait étudié cette question, que les vibrations du thorax pendant la phonation peuvent persister, augmenter même au niveau des adhérences pleuro-pulmonaires, et que dans d'autres cas ces mêmes adhérences interrompent complètement les vibrations vocales. Cette contradiction dans les manifestations d'une même lésion se retrouve dans les épanchements pleurétiques. Le plus souvent alors, comme l'a dit Laënnec, les vibrations vocales du thorax sont interrompues ou affaiblies en même temps que la sonorité thoracique est remplacée par la matité ; mais, dans d'autres cas, comme cela a été indiqué par MM. les docteurs William et Skoda, cette sonorité persiste. Elle prend même habituellement un caractère tympanique, et les vibrations de la voix continuent à ébranler la paroi thoracique.

En effet, la sonorité de la poitrine et l'intensité des vibrations varient même à l'état normal, suivant un certain nombre de conditions diverses. D'après les observations de M. Guéneau de Mussy, le maximum des vibrations répondrait à telle ou telle tonalité de la voix selon les conditions individuelles de la conformation et des dimensions du thorax. Ainsi une large poitrine vibrera mieux avec des sons graves, et c'est dans ces conditions que les vibrations sont les plus amples et les plus accentuées. Une poitrine étroite consonnera mieux et vibrera mieux, par conséquent, avec des sons plus élevés. Chez des personnes dont la poitrine ne donnait pas dans le médium de vibrations sensibles, on a pu les provoquer en faisant élever ou baisser la tonalité de la voix. Les sons très-aigus ne provoquent pas, en général, de vibrations perceptibles à la main. Le maximum des vibrations peut varier encore selon la tonalité de la voix, dans les différents points de la hauteur du thorax. Ainsi, dans la même poitrine, les sons graves peuvent en faire vibrer énergiquement la base constituée par les cercles les plus larges du cône thoracique et ne produire au sommet que des vibrations insignifiantes, et certains sons aigus retentiront presque exclusivement dans la partie supérieure, tandis que des sons intermédiaires feront vibrer à la fois la base et le sommet.

Les vibrations perçues par la main pendant la phonation supposent une consonnance des parois thoraciques avec les sons laryngés. Elles expriment un rapport harmonique entre la tonalité de la voix qui les produit et le diamètre de la cage thoracique vibrante. Si toutes les parois thoraciques ne sont pas aptes à fournir des vibrations appréciables à la main, et si toutes les voix ne sont point également propres à faire vibrer ces parois, il est clair que l'absence de ces vibrations n'a qu'une valeur relative, qu'il faut toujours, pour en tirer quelque induction diagnostique, étudier comparativement les deux côtés de la poitrine et les comparer en plaçant la masse de chaque côté à la même hauteur.

Dans la pleurésie, il suffit parfois d'un épanchement très-peu abondant pour rendre les vibrations thoraciques inappréciables et produire de la matité, ou l'on pourra observer l'inverse, selon que le poumon aura conservé ou perdu son élasticité et sa tension.

Cela est si vrai que, dans le cas où une poitrine reste sonore malgré la présence d'un épanchement, si l'on augmente la tension intra-thoracique, le son devient mat ; pour obtenir ce changement, qui peut être instantané, il suffit de faire faire une inspiration forcée et contenue, ce qui n'est pas toujours possible, en fixant d'une main le moignon de l'épaule du côté malade, de refouler énergiquement avec l'autre main la paroi antérieure du thorax pendant qu'une autre personne percute en arrière le côté affecté. On entend immédiatement les sons qui étaient clairs et tympaniques devenir obscurs ou complètement mats.

D'une autre part, une grande inspiration peut, dans certains cas, rendre sonore une poitrine restée mate après la résolution d'une pleurésie, et très-probablement cela dépend du degré de tension de la paroi thoracique et des parties contiguës du poumon qui doivent consonner avec elle.

Cette théorie, basée sur les conditions fondamentales de la sonorité et de la vibratilité, expliquera les modifications que ces deux propriétés subissent dans le thorax sous l'influence des adhérences pleuro-pulmonaires.

En résumé, les vibrations thoraciques perçues pendant la phonation, par l'application de la main sur la poitrine, ont certainement une valeur au point de vue du diagnostic, soit qu'elle se montrent exagérées comme dans le cas d'indurations et d'excavations pulmonaires, soit qu'elles disparaissent ou s'affaiblissent comme cela a lieu le plus souvent dans les épanchements pleurétiques.

Cependant, outre les variétés individuelles qui font que tous les thorax ne sont pas également aptes à vibrer pendant la phonation, ces vibrations peuvent exister ou manquer dans les mêmes conditions morbides, aussi bien dans les cas d'épanchements pleurétiques que dans les cas d'adhérences pleurales.

Le degré de tension des parois thoraciques et du poumon, les modifications dans l'élasticité et dans les propriétés conductrices de ce dernier organe pour les ondes sonores, qui résultent des altérations du tissu pulmonaire, peuvent expliquer ces différences dans l'appareil symptomatique d'une même lésion, et il est souvent possible, en modifiant la tension, de les faire disparaître.

### DISCUSSION SUR LA COOPÉRATION DES MÉDECINS TRAITANTS A LA DÉTERMINATION DES CAUSES DE DÉCÈS.

M. LAGNEAU, rapporteur, après avoir rappelé qu'il faisait partie de la minorité de la commission et se trouvait en désaccord avec la majorité, non-seulement relativement à la manière d'obtenir la coopération du médecin traitant, mais encore relativement à la manière de mettre le médecin traitant à même de ne pas avoir à redouter la divulgation du secret médical, propose deux modifications à la rédaction primitive de la commission. En résumé, dit-il, acquiesçant, ainsi que tous les membres de la commission et aussi, je crois, avec M. Bourdon, aux conclusions premières avec la modification proposée par M. Hardy, je demande à l'Académie si, pour éviter la divulgation du secret médical, elle ne jugerait pas convenable de décider d'abord d'une manière générale que le bulletin nosologique du médecin traitant ne portera ni nom ni prénom de décédé ; ensuite, que, des deux certificats de décès actuellement remplis par le médecin de l'état civil, celui envoyé au bureau de statistique médicale, de même que le bulletin nosologique du médecin traitant, ne portera aucune indication de nom et prénom du décédé.

Après une discussion très-confuse à laquelle prennent part MM. Hardy, Bourdon, Le Fort, Legouest, Depaul, Bergeron, Lagneau, l'Académie décide que les divers contre-projets présentés jusqu'ici et les documents nouveaux adressés à l'Académie seront renvoyés à l'examen de la commission.

La séance est levée à cinq heures.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date du 15 juillet, la chaire de matière médicale et thérapeutique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, prend le titre de chaire d'hygiène et thérapeutique.

La chaire de pharmacie et notions de toxicologie prend le titre de chaire de pharmacie et matière médicale.

Il est créé à ladite école : 1° une chaire d'anatomie, par dédoublement de la chaire d'anatomie et physiologie ; 2° une chaire de chimie et toxicologie ; 3° une chaire d'histoire naturelle.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire de la Faculté à l'hôpital Necker, commencera un nouveau cours particulier de technique microscopique le lundi 4 août, à quatre heures, dans son laboratoire particulier, 5, rue du Pont-de-Lodi.

On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de une heure à deux.

— *Erratum.* — Page 663, première colonne, dans la nomenclature des maladies observées (statistique du service médical de nuit), section A, au lieu de *ostéite*, il faut lire *otite*.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Reeherches expérimentales sur les variations pathologiques des combustions respiratoires,** par P. Regnard, sous-directeur du Laboratoire de physiologie à la Sorbonne, etc. 1 vol. in-8° avec 101 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Ve. A. Delahaye et Cie.

**Recherches sur les affections chroniques des ganglions trachéo-bronchiques, et les suites de ces affections,** par le docteur Eternod. In-8° avec 6 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve. A. Delahaye et Cie.

**De la métrite chronique dans ses rapports avec l'arrêt d'involution de l'utérus après l'accouchement et l'avortement,** par le docteur Fouquez. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Ve. A. Delahaye et Cie.

**Étude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes,** par le docteur Blondeau. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve. A. Delahaye et Cie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8484.

**Ce journal paraît trois fois par semaine**
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

**Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57**
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

| | |
|---|---|
| Trois mois. . | 8 fr. 50 c. |
| Six mois. . . | 16 — |
| Un an . . . . | 30 — |

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Ulcérations scrofuleuses du pharynx et de la langue.

La jeune malade dont nous avons parlé dans notre Revue clinique du samedi 5 courant est sur le point de quitter le service de M. Bourdon. On va l'envoyer en convalescence au Vésinet, dans l'espérance que, le milieu où elle sera placée étant meilleur, la récidive à craindre arrivera moins vite.

Nous allons poursuivre son observation le plus loin possible, car elle présente une affection rare, non décrite jusqu'à présent, et remarquable particulièrement par son évolution, sa marche envahissante et sa malignité probable.

Déjà, lorsque nous en parlions, il y a trois semaines, on pouvait constater, bien qu'elle fût encore presque au début d'une nouvelle récidive, que cette fois, comme les précédentes, le mal, en reparaissant, élargissait son cercle.

Les ulcérations du voile du palais étaient plus nombreuses que jamais; disposées les unes au bout des autres, elles formaient par leur réunion une sorte de fer à cheval, embrassant dans ses branches une étendue de muqueuse saine de quatre centimètres carrés environ. Bientôt après, d'autres ulcérations envahirent cet espace libre, chacune à peu près grosse comme un pois. Il en parut d'abord en dedans de l'extrémité droite du fer à cheval déjà décrit, puis, un peu plus haut, sur le bord inférieur de la première rangée, puis dans les intervalles; de sorte qu'il vint un moment où toutes ces ulcérations réunies aux premières formèrent une large plaie occupant au moins les trois quarts du voile du palais.

Sur le côté droit de la langue, les ulcérations n'étaient encore qu'au nombre de deux quand nous écrivions. On put bientôt en compter cinq, très-rapprochées les unes des autres.

En même temps s'élargissait le liséré rouge qui bordait les plaies pharyngiennes. La déglutition devenait de plus en plus pénible, au point que, vers le 15 de ce mois, on se trouve réduit à nourrir la malade avec des substances à peu près liquides, des potages, du café au lait, etc.; elle ne pouvait plus avaler de viande.

Un jour on avait vu reparaître les accès de suffocation, et, en introduisant le doigt profondément dans le pharynx, on avait senti, sur la base de la langue, à droite de l'épiglotte, une ulcération assez vaste.

La malade était profondément découragée. Comme traitement, elle prenait de l'huile de foie de morue, ainsi que du chlorate de potasse, à la dose de 8 grammes par jour, dans une potion.

A partir du moment où avait débuté cette troisième récidive, pendant quinze jours environ, les choses étaient allées toujours en s'aggravant malgré les remèdes employés. Puis la scène changea; la respiration ne fut plus gênée, la déglutition devint plus facile, des bourgeons charnus s'étaient formés sur les surfaces ulcéreuses, qui tendaient de toutes parts à la réparation.

Faut-il attribuer ces résultats à la médication suivie; à l'huile de foie de morue, que l'on donnait déjà alors que les ulcérations parurent et se multiplièrent; au chlorate de potasse, à l'alun porté tous les deux jours sur l'ulcération de la base de la langue à l'aide d'une éponge montée sur une baleine?

Peut-être. Mais j'avoue que je tiendrais plus à croire à une évolution tout à fait spontanée de cette affection singulière.

En effet voilà quatre fois, successivement, qu'elle se manifeste, et chaque fois pour une durée à peu près égale, un mois environ, quel que soit le traitement que l'on mette en usage.

Avec ou sans iodure de potassium, avec ou sans huile de foie de morue, avec ou sans tonique, avec ou sans chlorate de potasse, chaque fois la période d'augment n'a guère dépassé quinze jours, pendant lesquels les plaies s'élargissaient par l'annexion d'ulcérations nouvelles, qui se formaient sur les bords des premières parues; puis le travail de cicatrisation commençait, et dès lors ne s'interrompait plus jusqu'à une guérison complète, ou à peu près, en apparence. Malheureusement chaque fois cette guérison fut très-peu durable. Les intervalles entre les récidives n'ont pas égalé en durée ces récidives elles-mêmes. De telle sorte que l'on peut dire que le mal a toujours progressé jusqu'à présent.

En sera-t-il de même dans l'avenir? C'est bien à craindre. Cette forme de scrofulide paraît donc être essentiellement maligne, en ce sens qu'elle s'étend toujours à chaque invasion nouvelle, et que jusqu'ici aucun traitement n'a pu l'empêcher de réapparaître à très-court délai.

Je n'ai pas à revenir aujourd'hui sur l'aspect des ulcérations, déjà décrit avec détail dans la Revue clinique du 5 juillet. Mais un point sur lequel je dois insister encore, c'est l'absence complète de tout signe pouvant faire songer à une syphilis, soit acquise, soit congénitale.

La syphilis congénitale ne tarde pas à se manifester jusqu'à l'âge de vingt-trois ans.

Le plus souvent elle impose, dès l'enfance, son cachet spécial aux malheureux qui en sont atteints.

Ils ont un petit air vieillot, la figure flétrie et ridée, les cheveux bientôt rares, les dents sans émail, irrégulières, mal développées, striées dans le sens transversal.

Rien de pareil chez la malade de M. Bourdon.

Elle est très-jeune d'aspect, plus jeune que son âge; son visage, presque enfantin, comme je l'ai dit déjà, fait songer aux théories de feu Lorrain sur l'infantilisme et le féminisme des tuberculeux et des scrofuleux. Ses dents sont belles et très-saines, ainsi qu'on l'observe si souvent chez les scrofuleux, notamment en Bretagne, dans son pays. Ses cheveux, d'un blond roux, très-abondants, très-fins, très-souples, sont longs et brillants.

Congénitalement, c'est une scrofuleuse; les cicatrices étendues qu'elle porte au cou et sur les deux avant-bras le prouvent avec évidence.

Mais pas un signe de vérole, soit héréditaire, soit acquise, ne peut être trouvé dans les antécédents ni dans l'état actuel.

Le diagnostic de l'état constitutionnel ne paraît donc pas douteux dans ce cas. Si c'est à cet état que l'on doit rapporter l'affection ulcéreuse de l'arrière-bouche, il faut la classer parmi les scrofulides malignes.

**Ulcérations du voile du palais de cause indéterminée.**

Je n'oserais pas, au contraire, affirmer qu'il s'agisse de scrofule plutôt que de vérole chez une malade que j'ai vue dernièrement à la Pitié, dans le service de M. Dumont-Pallier, et qui est également atteinte d'ulcérations du voile du palais.

Je me hâte de dire que ces ulcérations, déjà anciennes, paraît-il, n'avaient aucunement l'aspect de celles que nous venons de décrire et que nous avons observées chez la malade de M. Bourdon.

Elles étaient seulement au nombre de deux, et aucune des deux, bien que, allongées, elles eussent un grand diamètre, d'un centimètre au moins, ne semblait formée par la réunion de plusieurs, régulièrement circulaires. Elles n'avaient pas le bord festonné. Elles n'avaient plus, si elles l'ont jamais eu, le fond mamelonné, grisâtre, comme gangreneux. Leur fond paraissait de la même couleur que les tissus environnants; sauf la différence de niveau, rien ne les distinguait.

La malade, très-jeune encore (elle n'a que dix-huit ans), présente bien l'aspect fané et vieillot de ceux qui sont nés syphylitiques. Ses cheveux sont courts et clair-semés. Ses récits, qui ont varié souvent, ne méritent pas grande créance. Tantôt elle s'est représentée comme exempte de toute éruption, de toute chute de cheveux suspecte, de toute douleur ostéocope; tantôt elle s'est mise à raconter exactement le contraire, prétendant avoir eu des boutons sur la peau, avoir perdu ses cheveux, puis avoir éprouvé des douleurs dans les membres, surtout durant la nuit, fort peu de temps avant d'être entrée à l'hôpital. Quand on palpe ses aines, on y trouve des ganglions, assez nombreux, bien que de petit volume. Il est vrai que chez la femme on ne peut rien conclure de la présence de ganglions aux aines, ainsi que le dit avec raison M. Dumont-Pallier, car, très-souvent, chez elle on voit toute une chaîne ganglionnaire se développer dans ces régions, sous l'influence d'irritations locales des organes génitaux externes, en l'absence de toute syphilis.

Quoi qu'il en soit, c'est bien là un des cas où une détermination précise de l'état constitutionnel serait à peu près impossible.

S'agit-il plutôt de scrofule ou de vérole, ou de scrofulate de vérole, selon l'expression de Ricord?

La scrofule ne s'est traduite par aucun symptôme bien net. On ne trouve aucune cicatrice, ni au cou, ni ailleurs; il n'y a jamais eu de suppuration ganglionnaire.

Les ophthalmies, dont la malade a souffert longtemps durant son enfance, peuvent se rapporter à la syphilis tout aussi bien qu'à la scrofule.

Pourtant il serait téméraire de rien affirmer à ce sujet. En l'absence de preuve directe, il faut être très-réservé sur le diagnostic de la syphilis. Autrement il peut arriver que, de cette maladie de tout l'être, si capitale quand elle existe, on fasse dans la théorie une sorte de cause banale qui s'applique à tout au besoin.

M. Dumont-Pallier a longuement insisté, à propos de cette malade, sur l'abus possible et fréquent de l'étiologie *syphilis*.

Il avait, du reste, un bel exemple à invoquer, dans ces ulcérations, soit du pharynx, soit de la langue, que l'aspect de leurs bords taillés à pic, de leur fond grisâtre, etc., a fait décrire comme syphilitiques, quand rien ne prouve qu'elles l'étaient dans les observations données.

**Métrorrhagies de cause névralgique.**

Le rôle du système nerveux dans les congestions et dans les fluxions ne saurait être mis en doute. Il suffit de rappeler les fluxions qui résultent de névralgies dentaires, les congestions qui accompagnent les névralgies des nerfs de la face, etc.

Mais, dans la pratique, souvent il arrive qu'on méconnaît l'influence probable de cette cause dans des circonstances sur lesquelles M. Huchard vient d'appeler l'attention à propos d'une malade du service de M. Vulpian, qu'il supplée à la Charité.

Il s'agit de ces femmes qui ont été atteintes d'une affection de l'utérus et qui, bien que parfaitement guéries de cette affection, souffrent encore à peu près autant.

Ce cas n'est pas rare; et, à la suite de beaucoup d'autres maladies, on observe la même chose.

Je citerai, par exemple, les dysentéries chroniques, particulièrement les dysentéries des pays chauds, qui, complètement disparues, laissent après elles très-fréquemment un point de névralgie siégeant du côté gauche, à peu près au niveau de l'union du colon transverse avec le colon descendant, point extrêmement douloureux à certains jours et qu'il faut peut-être rapporter à une névralgie lombo-abdominale, car il est bien dans la région où l'on rencontre chez les femmes hystériques un des foyers de cette névralgie, si commune chez elles.

C'est également à une névralgie lombo-abdominale qu'il convient de rattacher les douleurs, parfois très-tenaces, qui succèdent à une métrite.

Mais alors le foyer principal n'en est pas dans la fosse iliaque. Les douleurs se font principalement sentir vers l'extrémité des branches nerveuses qui aboutissent au petit bassin; vers les aines, les côtés de la vulve, les régions ovariques, le point d'union de la muqueuse vaginale avec les bords du col utérin.

Si, pour une cause ou pour une autre, un refroidissement par exemple, cette névralgie s'exaspère, il en résulte de la congestion vers les organes pelviens; et, surtout s'il se trouve que cette congestion coïncide avec une époque cataméniale, il peut survenir une véritable perte, parfois inquiétante.

Il n'est pas nécessaire du reste qu'il y ait eu une métrite antécédente pour qu'il se fasse une fluxion hémorrhagique de l'utérus avec névralgie concomitante.

Il y a déjà plusieurs années que j'ai décrit avec détails dans la *Gazette des hôpitaux* cette fluxion hémorrhagique. J'ai indiqué les caractères qui permettaient de la reconnaître : la production sur un des côtés de l'utérus d'une petite tumeur oblique, très-sensible à la pression, siégeant immédiatement au-dessus de l'insertion du vagin; souvent, sur le vagin lui-même, non loin de ce point, une sorte de petite plaque au niveau de laquelle la muqueuse est comme dépolie, plaque non moins douloureuse au toucher que l'est à la pression la petite tumeur accolée sur le côté du col utérin dans sa partie sus-vaginale.

J'ai bien souvent trouvé cette cause pour des métrorrhagies tenaces, et j'ai souvent fait constater par des médecins des hôpitaux sur des malades de leur service la présence de la petite tumeur utérine sus-vaginale au bout de quelques jours de perte, son extrême sensibilité à la pression; puis, un peu plus tard, la généralisation du mouvement fluxionnaire à tout l'ensemble de l'utérus, qui augmente de poids et de volume.

C'est là, par excellence, le cas où le mot de fluxion convient bien étant appliqué à l'utérus.

En effet les choses se passent comme dans la fluxion qui résulte de la névralgie dentaire.

C'est vers le point le plus douloureux, et non le premier jour, que se produit d'abord un gonflement bien limité, une sorte de petite tumeur. J'ajouterai que, recherchant, pour compléter la comparaison, sur la muqueuse buccale, au début des fluxions dentaires, une plaque de dépoli, semblable à celle que j'avais trouvée sur la muqueuse du vagin, j'en ai constaté la présence, également à peu de distance de la tumeur commençante.

Plus tard ce gonflement, d'abord bien limité, s'étend et se généralise; la joue enfle, comme l'utérus enfle au bout de quelques jours d'une fluxion utérine.

Mais, dira-t-on, pourquoi dans l'utérus cette fluxion provoque-t-elle un flux hémorrhagique, tandis qu'à la joue elle ne peut produire qu'une suppuration du tissu cellulaire?

Cela tient à des conditions anatomiques et physiologiques qui sont spéciales à l'utérus.

En résumé, j'avais démontré l'existence de ce qu'on peut appeler la fluxion proprement dite de l'utérus, j'en avais décrit les caractères, montré les grandes analogies avec la fluxion névralgique de la figure. J'avais indiqué que c'était là une des causes les plus fréquentes peut-être des métrorrhagies, et qu'en pareil cas il fallait surtout s'abstenir de moyens tels que le perchlorure de fer. Ce qui m'avait le mieux réussi, c'était l'opium associé à l'oliban dans des suppositoires, comme on l'y associe dans une pommade en cas de névralgie dentaire.

M. Huchard vient de mettre en lumière une autre face de cette même question.

Il a étudié l'influence d'une névralgie permanente, résultant d'un état phlegmasique antérieur, sur les fonctions cataméniales.

Il a vu que, sous cette influence, les règles se transforment aisément en véritables pertes, par suite d'une fluxion congestive, qui augmente elle-même la névralgie, de telle sorte que la malade, entrée dans ce cercle vicieux, ne pourra en être sortie qu'avec les plus grandes difficultés.

Souffrant toujours, ayant des pertes, elle réclame qu'on la traite pour la maladie de l'utérus qu'elle s'imagine avoir encore. Et le médecin, s'il n'y prend garde, peut, partageant la même illusion, prolonger indéfiniment un traitement, au moins inutile s'il n'est pas préjudiciable, des cautérisations au nitrate d'argent, ou au sulfate de cuivre, ou au bisulfate de mercure, sur un col absolument sain.

Aussi la pensée d'une névralgie avec fluxion hémorrhagique doit être présente à l'esprit du praticien lorsqu'il s'agit d'une femme qui a vraiment souffert d'une métrite.

Elle doit également lui être présente en l'absence de toute métrite antérieure et même chez des vierges. J'ai observé plus d'un exemple de cette nature, particulièrement chez ces jeunes filles des grandes villes, à la fois nerveuses et anémiques, chez lesquelles les névralgies, les névroses de toute espèce, avec ou sans troubles circulatoires et trophiques, sont malheureusement si communes.

Dr Victor REVILLOUT.

## REVUE DE LA PRESSE

**De l'orchite blennorrhagique dans les cas de hernie inguinale, de varicocèle et d'anomalies du testicule.** — M. le docteur Ledouble (de Tours) résume ainsi les conclusions de son mémoire :

1° Dans les cas de hernie inguinale ou de varicocèle, l'épididymite survenant dans le cours d'une blennorrhagie a lieu presque invariablement du côté de la hernie ou du varicocèle.

Chez un individu atteint de hernie, la queue de l'épididyme enflammé peut se souder à l'intestin. Une hernie réductible est transformée ainsi en hernie irréductible. Ces adhérences s'établissent surtout lorsque l'intestin est dans la tunique vaginale, c'est-à-dire lorsque la hernie est congénitale.

En prévision de cette complication, il faudra, lorsqu'il y aura épididymite blennorrhagique avec hernie, maintenir dans l'abdomen, pendant toute la durée des accidents inflammatoires, la portion du tube digestif qui a une tendance à sortir.

Le varicocèle prédispose aux orchites à répétition.

L'épididymite blennorrhagique aggrave le varicocèle, elle amène plus aisément l'atrophie testiculaire, conséquence fréquente des varices du cordon.

Les connexions de l'épididyme avec l'intestin, s'il y a hernie, et avec les veines de la tige spermatique, s'il y a varicocèle, doivent engager à n'user qu'avec beaucoup de réserve et de prudence du traitement de l'orchite par la ponction de la tunique vaginale ou le débridement de la membrane albuginée.

L'explication de la localisation de l'inflammation blennorrhagique à l'épididyme, du côté d'une hernie ou d'un varicocèle, est facile : le testicule, dont le cordon est variqueux ou comprimé par une hernie, fait partie des lieux de moindre résistance accidentels, qui ont été bien décrits par M. Verneuil.

2° Dans les cas d'anomalies de l'appareil génital (macrorchidie,

microrchidie, anorchidie, ectopies et inversions testiculaires), l'inflammation blennorrhagique siège presque toujours du côté de l'anomalie.

Cette prédilection de l'inflammation pour la glande épididymo-testiculaire anomale est aussi compréhensible : l'appareil génital mal conformé ou déplacé est compris dans les lieux de moindre résistance congénitaux.

La nature, la gravité, la soudaineté des symptômes de l'épididymite blennorrhagique iliaque ou inguinale ont pu faire croire à une affection très-sérieuse : péritonite, hernie étranglée, volvulus, iléus, entéralgie, coliques hépatiques ou néphrétiques.

L'épididymite blennorrhagique périnéale a simulé une hernie périnéale étranglée, un abcès péri-uréthral, une cowpérite.

L'épididymite blennorrhagique, dans les cas d'ectopies testiculaires, a donné lieu à tant d'erreurs de diagnostic, que l'on ne devra jamais entreprendre une opération sur une tumeur située dans la sphère génitale, avant d'avoir examiné le scrotum et l'urèthre.

Avant de ponctionner la tunique vaginale, il conviendra de s'assurer des rapports de l'épididyme et du testicule.

On évitera ainsi de blesser le testicule, l'épididyme ou les vaisseaux, comme cela a été vu dans les cas d'inversions testiculaires.

En raison de la possibilité d'une inversion mobile ou changeante, l'examen de la glande devra être renouvelé au moment même de l'opération.

L'épididymite blennorrhagique paraît plus fréquente dans les cas d'anomalies du testicule ; elle s'est toujours terminée par résolution. (*Soc. méd. d'Indre-et-Loire.*)

**Inoculabilité de quelques affections cutanées.** — M. le docteur E. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a exposé au congrès de Genève les résultats de ses nombreuses expériences sur ce sujet.

Certaines lésions de la peau sont inoculables. On peut reproduire la pustule de l'ecthyma, la vésico-pustule de l'impétigo, la vésicule de l'herpès, la bulle du pemphigus épidémique des nouveau-nés, soit sur le sujet atteint de cette affection, soit sur un individu sain. Elles sont inoculables et auto-inoculables.

D'autres lésions, bien que parfaitement caractérisées et typiques, ne sont pas inoculables ; ainsi l'eczéma, l'hydroa, l'herpès zona, le pemphigus diutinus, et probablement le molluscum contagiosum ou acné varioliforme.

*Ecthyma.* L'inoculation de la pustule d'ecthyma à l'homme sain a été pratiquée avec succès dans un certain nombre de cas.

L'auto-inoculation réussit au moins dans le tiers des tentatives, si l'on extrait le liquide à inoculer d'une pustule en pleine activité, du troisième au sixième jour de son apparition.

Plus de cent fois, M. Vidal a réussi à inoculer l'ecthyma, et dans toutes ses variétés. La pustule est parfaitement caractérisée, arrondie, remplie de sérosité purulente, à bords rouges indurés, à fond ulcéreux, le quatrième jour. Elle se dessèche du neuvième au dixième jour, et la croûte tombe du seizième au vingtième jour, laissant une petite cicatrice superficielle, indélébile, plus ou moins pigmentée.

Le pouvoir reproducteur cesse, en général, à la cinquième ou à la sixième tentative d'inoculations successives. Mais le sujet ne perd pas l'aptitude à être inoculé par l'inoculation du liquide des pustules spontanées.

L'inoculabilité de la pustule d'ecthyma implique nécessairement sa contagion possible. Son auto-inoculabilité explique sa multiplication sur le même sujet. Il en découle des considérations prophylactiques qu'il suffit d'indiquer sans avoir à y insister. Les malades s'inoculent eux-mêmes par le grattage, d'où ces traînées si diverses et l'élargissement par un ou plusieurs points de pustules préexistantes.

M. Vidal emploie, pour prévenir ces auto-inoculations successives, un sparadrap composé de :

| | |
|---|---|
| Emplâtre diachylon . . . . . | 26 grammes. |
| Cinabre. . . . . . . . . . . . | 1g, 50 |
| Minium. . . . . . . . . . . . | 2 , 50 |

Ce topique, très-promptement siccatif et cicatrisant, met les régions à l'abri des doigts des malades, et abrège beaucoup la durée du traitement.

*Impétigo.* Les auto-inoculations ont réussi dans plus de la moitié des cas : elles donnent des vésicules adultes au troisième jour, s'affaissant ou se rompant le qnatrième. L'érosion est superficielle, ne dépasse guère la couche profonde de l'épiderme, et ne laisse pas de cicatrice. Cette inoculabilité est un argument irréfutable pour distinguer l'impétigo de l'eczéma.

*Herpès.* L'herpès est inoculable, mais cette inoculation réussit très-rarement. M. Vidal a essayé plus de vingt fois d'inoculer l'herpès labialis et l'herpès préputialis ; il n'a réussi que deux fois. La vésicule est adulte dès le second jour.

*Pemphigus.* Le pemphigus *diutinus* n'a pu être inoculé.

Mais le pemphigus épidémique des nouveau-nés, qu'on observe souvent dans les maternités, est inoculable et auto-inoculable. Cette inoculabilité peut, dans bien des cas, expliquer la contagion.

*Eczéma, herpès zona, pemphigus diutinus.* Les tentatives d'inoculation ont échoué généralement, soit pour M. Vidal, soit pour d'autres expérimentateurs.

De même pour le *molluscum contagiosum.* Seul, Gustave Retzius, après s'être frotté la poitrine avec le contenu d'une petite tumeur de molluscum, aurait vu, après une incubation de près de six mois, se développer une petite tumeur qui présenta tous les caractères anatomo-pathologiques de l'affection inoculée. (*Ann. de dermat.*)

**Pneumonie compliquée d'ictère avec altération du foie.** — On sait que l'ictère catarrhal a été expliqué par l'existence d'un bouchon de mucus à l'embouchure du canal cholédoque (Virchow). Peut-on comprendre de la sorte quelques-uns des ictères compliquant la pneumonie ? A défaut d'un catarrhe des gros canaux biliaires, doit-on renoncer absolument à la théorie de l'obstruction, et ne faut-il pas chercher si les canaux biliaires les plus fins ne sont pas le siège d'un catarrhe ? Telle est la question que cherche à résoudre M. Bonnet, par l'étude de trois cas de pneumonie compliquée d'ictère, observés dans le service de M. Lépine, à Lyon. Dans les deux premiers cas, l'altération de fins canaux biliaires est des plus nettes, et permet de comprendre la rétention de la bile. Le troisième cas est complexe, et pourtant moin probant à ce point de vue. Sans vouloir généraliser, car il est probable que l'ictère de la pneumonie a une pathogénie très-complexe, on peut toujours prendre bonne note de ces trois observations. (*Rev. mens. de méd. et de chir.*)

**Les mouvements de l'oreille.** — L'homme possède les trois muscles dits auriculaires, qui, chez la plupart des mammifères. impriment au pavillon de l'oreille des mouvements volontaires plus ou moins étendus ; mais ces muscles, chez lui, sont très-rudimentaires, ils n'obéissent pas à la volonté, et, tout en conservant leurs insertions et leurs connexions, ils ont cessé d'être fonctionnels.

Quelques individus peuvent parvenir à contracter les muscles auriculaires, et M. Broca citait l'exemple d'un professeur d'anatomie (Denonvilliers) qui était dans ce cas. A l'issue de la leçon, l'un des auditeurs, âgé de soixante ans, vint le trouver dans son laboratoire, raconta que son père remuait à volonté les deux oreilles, et que lui-même pouvait remuer l'oreille gauche, mais non la droite. Il en donna aussitôt la preuve. Nous avons assisté à cette curieuse expérience, dit M. Topinard (*Revue d'anthropologie*), et nous avons constaté, avec M. Broca, que M. X..... contracte à volonté, en effet, au moins deux de ses muscles auriculaires gauches, le supérieur et le postérieur. Il peut ainsi produire un mouvement d'élévation (aur. supér.) dont l'étendue est d'environ 5 millimètres, suivi d'un mouvement d'abaissement (aur. post.) dont l'étendue est d'environ 6 à 7 millimètres ; après quoi le pavillon, livré à lui-même, reprend par élasticité sa position naturelle. Le mouvement d'élévation s'accompagne d'un léger degré d'inclinaison en avant, qui fait supposer que l'auriculaire antérieur se contracte en même temps que le supérieur, mais qui pourtant pouvait être dû à la seule action de l'auriculaire supérieur, dont

les fibres antérieures sont, comme on sait, obliques en bas et en arrière. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx.*)

**Traitement de l'invagination intestinale.** — M. Bucquoy recommande le courant électrique comme l'un des moyens les plus efficaces à opposer à l'invagination intestinale. On introduit l'un des pôles dans le rectum, tandis que l'on promène l'autre à la surface de l'abdomen. On fait passer le courant pendant sept à huit minutes. L'électrisation doit être pratiquée de bonne heure et avant toute complication inflammatoire. Elle est supportée même par les très-jeunes enfants : deux ou trois séances suffisent ordinairement pour rétablir le cours des matières et détruire l'invagination. On prescrit en même temps de la glace, des lavements froids ou purgatifs, et, quand l'invagination a cessé, un purgatif par la bouche. (*Union méd.*)

**Fœtus atteint d'ichthyose congénitale; examen microscopique.**— Ce fœtus, remis à M. Houel pour le musée Dupuytren, était à terme, au dire de la sage-femme, Mme Plattier, qui a pu en outre fournir les renseignements suivants : la mère avait dix-neuf ans et le mari vingt-six, ils sont tous deux bien constitués ; ce sont deux cousins germains enfants des deux sœurs. L'oncle de ces jeunes gens était atteint de pieds bots. Il eut deux fils qui eurent également des pieds bots. Quant à la mère de cet enfant, la sage-femme l'avait, en 1876, accouchée d'un enfant qu'elle a affirmé être en tout semblable à celui-ci : il a vécu dix heures; ce dernier a vécu vingt-sept heures.

Ce fœtus, bien conformé du reste, présente une hypertrophie très-notable de l'épiderme, qui s'est déchiré, séparé en plaques d'étendue variable, ainsi que le prouve la direction des fissures qui les séparent. Au niveau des sillons, la peau présentait son épaisseur et sa coloration normales. Cette hypertrophie épidermique et les fentes qui en sont la conséquence sont plus accusées sur le tronc, la tête et les membres supérieurs, que sur les inférieurs. Cette hypertrophie existe à peine aux jambes. On la retrouve aux pieds avec un certain développement. Les lamelles ou couches épidermiques se détachent facilement de la peau ; elles tombent d'elles-mêmes.

Cette adhérence des plaques épidermiques hypertrophiées coïncide avec une altération du corps papillaire, comme cela résulte de l'examen microscopique fait par M. Chambard au Collège de France.

Il trouva que l'épaississement en plaques de la peau était uniquement constitué par l'épaississement brusque et considérable de la couche cornée de l'épiderme, et que la couche de Malpighi, la couche papillaire et le derme ne participaient aucunement à cette hypertrophie.

Cette affection congénitale et qui, dans l'espèce, coïncidait avec d'autres anomalies de développement, est donc comparable en tous points à une ichthyose de dimensions colossales. (*Progrès méd.*)

**Troubles périphériques de la sensibilité dans la tuberculose.** — Dans ce travail M. Altemaire étudie les troubles de sensibilité périphérique de diverses sortes, névralgies, hyperesthésie cutanée et musculaire, douleurs des membres ou mélalgie, anesthésie et analgésie, que l'on peut rencontrer dans la tuberculose à évolution chronique. A part l'hyperesthésie musculaire et la mélalgie, qui sont généralement bilatérales, les autres troubles siègent ordinairement du côté du corps correspondant au poumon le plus atteint. Ils apparaissent le plus souvent vers la fin de la maladie, c'est-à-dire à la période de phthisie; mais ils peuvent survenir également à une époque peu avancée de l'affection, et même quelquefois avant l'apparition d'aucun symptôme bien défini de tuberculose.

Le zona peut survenir conjointement avec ces troubles de sensibilité et spécialement avec les névralgies.

Ces perversions de sensibilité ont généralement une grande mobilité d'allures, ne laissant le plus souvent après elles aucune trace anatomique. Leur pronostic est intimement lié à celui de la maladie dans laquelle elles apparaissent; il n'est pas grave en lui-même. A part la mélalgie et l'hyperesthésie musculaire, il est probable que les autres troubles sensitifs ne sont autre chose que des sensations associées ou synesthésies (Vulpian).

Quant à la mélalgie, elle tient, soit à l'état du sang, soit à un processus morbide ayant son siège dans la moelle. La première hypothèse a été émise par Beau et plus tard par Leudet, qui la comparaient aux douleurs qui se rencontrent dans le scorbut, et la mettaient sur le compte de l'état du sang et de la consomption de l'organisme. Mais M. Peter, en 1877, a émis d'autres idées. « La mélalgie, dit M. Peter, n'est pas un pur symptôme, mais l'expression clinique de lésions médullaires. Il importe donc, alors qu'un phthisique se plaint de souffrir des membres inférieurs, de rechercher avec soin s'il n'existe pas en même temps de la douleur aux apophyses épineuses des vertèbres, les malades préoccupés uniquement de la première douleur n'accusant pas la seconde. Or la souffrance qu'éveille alors ou qu'exaspère la pression des apophyses est analogue à celle de la myélite proprement dite, et tient en effet, chez les phthisiques, à un processus au moins conjonctif, sinon inflammatoire ou tuberculeux. » (*Thèses de Paris*, 1879.)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 juillet 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### RAPPORTS

**Résections osseuses.** — M. ANGER lit un rapport sur deux observations envoyées par M. le docteur Napieralski (de Pont-Audemer). Dans le premier cas, il s'agit d'une résection de l'humérus broyé par un coup de fusil. La résection fut faite au niveau du col chirurgical et fut suivie d'un excellent résultat. Dans la deuxième observation, il y avait fracture non consolidée de la cuisse; dix-sept mois après la fracture, l'auteur pratiqua la résection des fragments avec le même résultat satisfaisant.

**Tumeurs douloureuses.** — M. TRÉLAT. En rendant compte d'une observation présentée par M. Charles Monod, je n'insisterai que sur un point. Certaines tumeurs, ordinairement indolores, peuvent devenir douloureuses lorsque des filets nerveux sont par hasard englobés dans ces tumeurs. Dans l'observation dont il s'agit, nous trouvons l'histoire d'une femme, âgée de cinquante-deux ans, qui, après une chute sur le coude droit, avait vu se développer à ce niveau une ecchymose, puis une induration; c'était un angiome sous-cutané qui devint douloureux et nécessita l'ablation. C'est pour la troisième fois que j'observe des tumeurs de cette nature ayant un caractère douloureux. M. Ch. Monod a fait l'examen histologique de la pièce et a trouvé l'explication anatomique du phénomène; il a vu les filets nerveux ayant leur tunique externe épaissie et légèrement indurée. Fibromes, angiomes, lipomes peuvent donc parfois devenir douloureux en certains points, quand les nerfs sont compris dans leur trame et subissent un certain degré d'inflammation.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ENTÉROTOMIE ET LA LAPAROTOMIE

M. LE DENTU. Il y a trois ans, dans un travail sur la gastrotomie, j'ai établi que cette opération n'était pas irrationnelle, mais je n'ai point voulu laisser dans l'ombre les difficultés du diagnostic. Toutefois il faut bien savoir qu'il y a un très-grand nombre de gastrotomies suivies de mort et qui ne sont pas connues; de même l'opération de l'anus artificiel.

J'ai fait quatre fois l'opération de l'anus artificiel : une fois, à l'hôpital Saint-Antoine, en 1872, dans le service de M. Peter, pour un malade atteint depuis trois semaines d'accidents d'étranglement interne; je fis un anus artificiel dans la région inguinale droite, mais il s'agissait d'un cancer de l'intestin, et il était trop tard; une deuxième fois, à Sainte-Eugénie, dans le service de M. Barthez, chez un enfant de dix ans, atteint d'obstruction intes-

tinale depuis dix jours; pensant à une invagination, je fis un anus artificiel à droite, dans le cæcum; le douzième jour, l'enfant succomba à une péritonite qui, toutefois, n'occupait pas les environs de la plaie; l'autopsie démontra l'existence d'un rétrécissement fibreux du rectum. La troisième opération fut plus heureuse: c'était chez une jeune fille de dix-huit ans, à l'Hôtel-Dieu, en 1876; elle avait tous les signes d'une obstruction intestinale bien nette et récente; elle entra immédiatement dans le service de chirurgie. Je fis un anus artificiel à droite, sur le cæcum; elle guérit. Elle succomba huit mois après aux suites d'un cancer de l'ovaire, dont la compression avait causé déjà ces accidents d'étranglement. Ma quatrième opération concerne un jeune homme atteint d'obstruction intestinale à la suite de péritonite et de brides; il succomba à sa péritonite chronique. Je n'ai donc obtenu qu'un succès sur quatre opérations. Nélaton eut deux guérisons sur quatre morts.

La question la plus importante est celle du diagnostic; mais il n'est pas nécessaire de le préciser si rigoureusement. Qu'il s'agisse de bride ou de nœud de l'intestin, de cancer ou de rétrécissement fibreux, cela importe peu. Mieux vaut faire le diagnostic d'invagination, s'il est possible, d'après les relevés. M. Besnier a insisté sur le résultat négatif de l'exploration du rectum, la recherche du boudin (en s'aidant de la chloroformisation). Si ce boudin siège dans la fosse iliaque gauche, l'invagination occupe le gros intestin; s'il est à droite, elle peut siéger dans le gros intestin ou dans l'intestin grêle. Besnier, Hutchinson, etc., ont donné comme signes positifs de l'invagination un maximum fixe de la douleur, quoique elle puisse quelquefois siéger aussi au cæcum, en dehors du point invaginé.

Le ballonnement, dit Besnier, est hâtif et assez peu considérable dans les cas d'étranglement par bride. Les enfants très-jeunes sont presque toujours atteints d'invagination : chez les vieillards, au contraire, on voit plutôt des altérations organiques de l'intestin. Chez les adultes, on trouve toutes les causes et par suite toutes les difficultés. Quant à la marche, l'étranglement par bride a une marche assez rapide, du moins en général. La fréquence des vomissements fécaloïdes est beaucoup plus forte dans les cas de brides que dans ceux d'invagination : Besnier cite 17 cas où il y avait des vomissements sur un total de 24 cas.

On dit que l'entérotomie rétablit souvent le cours des matières immédiatement : c'est ce qui arriva dans les 2 cas de guérison de Nélaton. Dans 3 cas d'opérations d'anus artificiel, dans le service de M. Richet, le cours des matières se rétablit. Si, dans l'anus artificiel, on pouvait être sûr de ce fait, la gastrotomie perdrait un de ses principaux avantages sur l'entérotomie. Mais celle-ci restera toujours comme un pis aller, une opération empirique qui ne pare qu'à une seule indication.

Dans l'invagination, sur 593 cas, 557 ont une terminaison connue. Sur ces 557 cas non opérés, il y eut 406 morts, soit 73 0/0. Sur 400 cas, où l'expulsion du boudin n'eut pas lieu, il y eut 85 0/0 de morts. Dans 149 cas où cette expulsion eut lieu, on eut seulement 41 0/0 de mortalité. Mais comment savoir si l'invagination se terminera ou non par cette expulsion? Prenons plutôt une moyenne générale, et établissons des catégories : 1° chez les enfants très-jeunes, l'invagination est souvent foudroyante; si l'on intervient, il faut le faire dès le début, avant le deuxième ou le troisième jour si c'est possible; 2° chez les vieillards, la mortalité est considérable, et les conditions sont défavorables. Je préférerais alors l'abstention, car, même dans les cas où il y eut expulsion du boudin invaginé, on compte 87 0/0 de morts; 3° mais, de onze à cinquante ans, la mortalité n'est que de 60 0/0, qu'il y ait ou non cette impulsion. Certains cas auront des indications spéciales et vraiment individuelles. Mais, en général, la statistique nous montre qu'il est souvent préférable de se borner à l'expulsion, plutôt que de s'exposer à des opérations dont les résultats sont encore peu connus.

Je dirai un mot, en terminant, sur la possibilité de faire cesser l'étranglement par l'aspiration des gaz; quoique j'aie souvent échoué, j'ai bien réussi une fois.

M. TRÉLAT. Il paraît incontestable que toutes les obstructions intestinales par tumeurs cancéreuses, par altérations des parois, ne relèvent pas de la laparotomie; mais il n'en est point de même de l'invagination.

Lorsqu'on a affaire à un individu ordinairement bien portant, mais ayant eu antérieurement quelques crises d'obstructions fécales, quelques débâcles, ou une fièvre typhoïde, ou des traces de légère péritonite, il faut penser à l'étranglement interne, après en avoir cherché bien minutieusement la cause au niveau de tous les orifices naturels. Si l'on n'y trouve pas la cause du mal, que faut-il faire? La tendance actuelle paraît, avec raison, entraîner les chirurgiens vers la laparotomie, dans des cas bien spécifiés. Après un insuccès bien attendu dans une opération de ce genre, pratiquée il y a vingt ans chez un enfant de onze ans qui avait une péritonite consécutive à des perforations nombreuses de l'intestin, j'ai fait de nouveau cette opération dans le cours de cette année. Quoique l'opération ait été suivie de la mort du malade, les circonstances spéciales observées sont cependant encourageantes. Il s'agissait d'un homme vigoureux, âgé de trente-trois ans, typographe, bien constitué, qui avait eu une hernie inguinale droite à l'âge de dix ans. Cette hernie avait présenté deux fois des accidents, vite conjurés par l'application d'un bandage, mais le malade abandonnait le bandage aussitôt après. Au mois de février dernier, il fut pris d'un malaise plus intense dans l'espace de quelques jours. Le malade entra alors à l'hôpital : les orifices herniaires étaient libres; il y avait cependant des vomissements fécaloïdes. Ce n'était pas l'effet d'une péritonite généralisée, car la douleur était plus vive en un point. L'opération fut faite avec M. Terrier; on trouva une forte bride et des adhérences : elle fut liée au catgut : mais, ayant constaté trois perforations, je dus réséquer l'anse intestinale sur une longueur de 6 centimètres, dans toute sa circonférence, et faire la suture. Le malade ne succomba que quarante-huit heures après.

Si j'étais en présence d'un malade dans les mêmes conditions, ayant eu déjà quelques accidents susceptibles de préparer des brides, et, si je le voyais au début des accidents d'étranglement, je n'hésiterais pas à faire l'opération.

#### LECTURE

**Résection du nerf sciatique. —** M. MARCHAND lit, à l'appui de sa candidature, une observation sur un cas de résection d'un névrome du nerf sciatique, sur la cuisse gauche. Sauf les troubles anesthésiques dans le département du nerf réséqué et qui étaient inévitables, les suites de l'opération furent très-satisfaisantes.

#### PRÉSENTATION DE MALADE

**Fracture ou disjonction de la mâchoire inférieure. —** M. LANNELONGUE présente une petite fille de six ans qui, en tombant d'un premier étage, se fit cette fracture très-remarquable. Elle tomba sur le nez, et se fractura les os du nez. Par contre-coup, et sans qu'on puisse s'en expliquer le mécanisme, les deux maxillaires supérieurs se séparèrent l'un de l'autre sur la ligne médiane. Il y a fracture ou plutôt disjonction de toute leur largeur, et rupture de la muqueuse. Quand on fait ouvrir la bouche à l'enfant, on voit sa voûte palatine divisée en deux par une gouttière antéro-postérieure. On pourrait dire que l'écartement est produit par l'enfoncement de la cloison nasale en forme de coin entre les deux maxillaires; mais, à cet âge, le vomer n'est pas assez développé pour produire cet effet. Des expériences sur le cadavre prouvent l'impossibilité de ce mécanisme. Quant au traitement, M. Lannelongue se contentera d'appliquer un anneau de dentiste pour maintenir les surfaces rapprochées; si cela ne suffisait pas, ce qui est peu probable, il ferait plus tard la palatoplastie.

#### ÉLECTION

MM. Berger, Farabeuf et Giraud-Teulon sont élus membres de la commission chargée d'examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire.

La séance est levée à cinq heures et demie.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours qui s'est ouvert le 9 juin dernier, à l'administration de l'Assistance publique, pour deux places de médecins du service des aliénés à l'hospice de la Vieillesse-hommes (Bicêtre), a été extrêmement brillant. Le jury, composé de MM. Cazelis, Woillez, Moissenet, Legrand du Saulle, Delasiauve, Billod et Espiau de Lamaestre, a successivement siégé à l'avenue Victoria, à l'Hôtel-Dieu, à la Charité, à l'asile Sainte-Anne et à la Salpêtrière.

Le maximum des points étant de 130, M. Jules Voisin en a obtenu 129, M. Bourneville 119, M. Doutrebente 118 et M. Charpentier 115. MM. Georges Bergeron et Pinel s'étaient retirés au milieu de ce concours, qui cependant n'a pas nécessité moins de seize séances.

MM. les docteurs Jules Voisin et Bourneville, anciens internes des hôpitaux, ont été élus. Le jury, sur la proposition de MM. Billod et Legrand du Saulle, a adressé ensuite une lettre à M. le directeur général de l'Assistance publique, et lui a signalé MM. Doutrebente et Charpentier comme ayant concouru d'une manière remarquable.

MM. Jules Voisin et Bourneville vont entrer immédiatement en fonctions.

— Par décret en date du 28 juillet 1879, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade d'officier* : M. Lallour, médecin principal de la marine.

*Au grade de chevalier* : MM. Chauvin, Granger, Marnata, Maurel et Boudet, médecins de 1re classe de la marine.

— Le Conseil d'administration de l'*Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques*, sous la présidence de M. Frédéric Passy, membre de l'Institut, met au concours les questions suivantes :

1° Montrer les conséquences de l'abus du tabac et des boissons alcooliques au point de vue économique et au point de vue moral. Apprécier l'influence de ces consommations et des habitudes qu'elles entraînent sur le travail, sur l'épargne, sur l'esprit d'ordre, de famille et de société. Dire ce qu'elles coûtent tant en dépenses directes qu'en dépenses indirectes, et indiquer ce qu'elles engendrent fatalement de crimes, de suicides, d'aliénations mentales, et, par suite, de pertes et de charges privées et publiques.

2° Déterminer, à l'aide de faits bien constatés, d'observations pathologiques et d'expériences, quelles sont les lésions organiques et les troubles fonctionnels qui peuvent résulter de l'abus du tabac.

3° Déterminer, à l'aide de faits bien constatés, d'observations pathologiques et d'expériences, quelles sont les lésions organiques et les troubles fonctionnels que peut produire l'abus des boissons alcooliques.

Un prix de deux cents francs et une médaille de vermeil seront décernés au meilleur travail sur chacune de ces questions. Le prix serait réservé pour l'année suivante si les mémoires présentés n'étaient pas jugés répondre suffisamment à la question proposée.

Les mémoires devront être adressés, avant le 28 février 1880, au siège de l'*Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques*, rue de Rennes, 44, hôtel de la Société d'encouragement. Ils devront être écrits en français, non signés, et porter une devise qui sera reproduite, pour chacun, dans un pli cacheté portant les noms et adresse de l'auteur.

Les prix seront décernés dans la séance générale annuelle de l'Association, qui aura lieu au courant du mois de mars suivant.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité d'anatomie générale appliquée à la médecine embryogénie, éléments anatomiques, tissus et systèmes,** par L. Cadiat, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc., avec une introduction de M. le professeur Ch. Robin, tome premier. 1 vol. in-8°, avec 210 figures dessinées par l'auteur. — L'ouvrage complet formera 2 volumes in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

**Conférences de clinique chirurgicale**, faites à l'hôpital Saint-Louis, par S. Duplay, chirurgien des hôpitaux, etc., recueillies et publiées par MM. Golay et Cottin. 2e fascicule. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

**Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie ascendante aiguë,** par le docteur Déférine. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

**Perfectionnements apportés à la lithotritie,** par le docteur A. Mercier. In-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

**Lettres à Émile sur l'art de se préserver du mal vénérien et des charlatans qui l'exploitent,** pour faire suite à tous les traités d'éducation destinés aux jeunes gens, par le docteur Edmond Langlebert. 1 vol. in-18°. — Prix : 1 franc. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

**Claude Bernard et la science contemporaine,** par le docteur A. Ferrand, médecin de l'hôpital de Laënnec. Grand in-8° de 32 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8493.

N° 87. — MARDI 29 JUILLET 1879. 52e ANNÉE. MARDI 29 JUILLET 1879. — N° 87.

**Ce journal paraît trois fois par semaine**
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

**Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57**
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS { Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Depaul.

### Dilatation du col. Particularités sur la poche des eaux.

On peut reconnaître facilement à quelle période la dilatation du col est arrivée, d'après le caractère seul des douleurs. Lorsque la dilatation commence, les douleurs sont beaucoup plus fortes et les femmes les expriment d'une manière plus énergique que vers la fin de l'accouchement. Les premières douleurs, celles qui préparent, comme on l'a dit, la dilatation complète, sont plus pénibles. Si vous entendez une femme se plaignant continuellement, poussant des cris de toutes les façons, vous pouvez être sûrs que la dilatation n'est pas complète. Plus tard, au contraire, la douleur se traduira par une espèce d'effort, la femme éprouve le besoin d'expulser quelque chose, le travail est plus effectif, et elle a conscience qu'il sert à quelque chose; dans ces cas, la dilatation s'accomplit, le travail marche normalement.

Où est le siège de la douleur? On l'a placé diversement, les uns le rapportant au col, les autres au corps de la matrice, d'autres aux nerfs de l'excavation pelvienne. Une sage-femme, Mme Boivin, qui a eu des enfants, et dont par conséquent nous devons accueillir l'affirmation, disait avoir compris que la douleur se passait dans le col de l'utérus. D'autres femmes vous diront que c'est dans les reins, d'autres dans le ventre ou en ceinture. Il est d'ailleurs incontestable que la présentation et la position influent sur la localisation de la douleur.

Le col de l'utérus est modifié par le travail, d'une façon qui varie suivant le temps du travail. La première chose qu'on observe, c'est l'effacement du col; il se fait de *haut en bas,* l'orifice interne disparaissant le premier. Je ne comprends pas comment cette vérité ait pu être contestée depuis le travail de Stoltz, en 1826, et les recherches de Dubois en cette clinique même. Peu à peu le col s'évase et sa cavité se confond avec la cavité générale de l'utérus, de sorte qu'il ne reste plus que l'orifice externe du col, formant un petit trou à l'ouverture de la matrice. On devrait dire la « dilatation de l'orifice externe » plutôt que la « dilatation du col proprement dit ».

Cette dilatation exige des contractions très-variables. On voit des femmes ayant le col effacé et dilaté à la largeur d'une pièce de cinq francs, après deux ou trois contractions; vous savez aussi que chez certaines multipares une première douleur efface le col et quelques autres le dilatent très-vite, après un petit temps d'arrêt. Mais la durée ordinaire de la dilatation du col est dix ou douze heures chez les primipares; elle varie d'une demi-heure à trois ou quatre heures chez les pluripares, ce qui pourtant ne vous empêchera pas de rencontrer des femmes chez lesquelles la dilatation s'est faite en dix heures à un accouchement antérieur et exige, on ne sait pour quelles causes, vingt ou vingt-cinq heures à un accouchement ultérieur.

L'orifice externe du col prend, à mesure qu'il se dilate, une forme variable; c'est d'abord un petit trou rond, aux bords très-minces, surtout chez les primipares; puis, lorsqu'il a atteint le diamètre d'une pièce de deux francs, les bords, qui se sont retirés au dehors, sont moins étalés, un peu plus épais, surtout en avant. L'orifice peut, d'ailleurs, être un peu ovale ou irrégulier, s'il est tiraillé et s'il se présente une autre partie du fœtus que le sommet. On sait aussi que certains états pathologiques, tumeurs ou cancers, empêchent notablement la dilatation du col.

Dès que cet orifice est un peu dilaté, se forme la poche des eaux, sous l'influence des contractions utérines qui repoussent les membranes à l'extérieur. On ne peut d'abord la sentir que pendant la contraction; après la contraction, le liquide qui entoure l'œuf revient à sa position primitive. Il est d'autres cas où la poche, dès le début, reste à l'extérieur; les membranes ayant peut-être perdu leur élasticité, quand le fœtus est mort, il semble qu'elles obturent moins complètement l'orifice du col; de même dans les vices de conformation du bassin et dans les présentations vicieuses.

Souvent on peut voir à travers les membranes la transparence du liquide; si la poche est violette ou noirâtre, elle renferme du sang ou du méconium mêlé au liquide amniotique, ce qui prouve que l'enfant est mort depuis quelque temps. Une teinte jaune dénote la présence de méconium, ce qui est déjà anomal. Vous savez ce qu'on a désigné jadis sous le nom de « poche en boudin »; il est temps de renoncer à ce terme de charcuterie; mieux vaut étudier et connaître le phénomène.

Il existe, au contraire, des cas où l'on ne sent pas de poche, ce qu'on a appelé des « poches plates ». Je dois déclarer que je n'ai jamais cherché la poche des eaux sans la trouver; j'ai toujours senti le liquide entre le doigt et les

parties fœtales, la couche liquide n'eût-elle que deux ou trois millimètres d'épaisseur; il est, dans ces cas, indispensable de pratiquer le toucher pendant les contractions utérines.

Il arrive souvent, du moins dans la clientèle privée (car, à la clinique, les explorations des élèves hâtent la rupture des membranes), que la poche des eaux tarde à se rompre, quoique la dilatation soit complète; on est alors obligé de la rompre afin de ne pas perdre du temps en efforts de contractions inutiles. Il n'y a pas inconvénient à pratiquer cette manœuvre lorsque le travail est arrivé à la période de dilatation complète.

Soit que la rupture ait eu lieu spontanément, par surprise même et parfois sans douleurs appréciables, soit qu'on l'ait provoquée artificiellement, le liquide ne s'écoule pas en totalité; il en sort une petite partie, puis la tête, s'appliquant sur l'orifice du col, y fait le rôle d'obturateur et ferme hermétiquement l'issue pendant un certain temps par un mécanisme tout à fait analogue à celui des grosses boules sphériques qui, dans les égouts de Paris (près du pont de l'Alma), constituent un système de tampons intermittents. Quelquefois la rupture des membranes se fait quand la femme n'est pas en travail et que le col n'a subi encore aucune modification. On s'effraie beaucoup de ces accouchements « à sec »; mais il est rare qu'il se soit écoulé beaucoup de liquide, et il suffit, en général, d'attendre que le travail naturel se déclare. Souvent, d'ailleurs, quoique la femme n'ait senti encore aucune douleur au moment où elle s'est trouvée subitement mouillée, lorsqu'on pratique le toucher, on constate une dilatation du col déjà avancée.

---

**HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.**

**Phénomènes produits par la formation des thromboses dans les sinus de la dure-mère (1).**

VIII

Dans les cas qui vont suivre, je vais montrer ce que sont les phénomènes produits par les thromboses des sinus de la dure-mère dans plusieurs cas de coqueluche compliquée de broncho-pneumonie.

Obs. — *Convulsions finales par thrombose des sinus de la dure-mère consécutive à une coqueluche ancienne compliquée de broncho-pneumonie.* — B..., âgée de trois ans, entrée le 27 janvier 1879, au nº 46 de la salle Sainte-Catherine, a la coqueluche et une broncho-pneumonie chronique datant de deux mois. Elle est tout à coup prise de convulsions avec perte de connaissance et contracture des poignets et des pieds. Elle succombe au bout de huit heures.

A l'*autopsie*, je trouve une thrombose jaune ombrée, demi-transparente, du sinus longitudinal supérieur et des veines méningées. Avec cela, œdème considérable de la pie-mère et suffusion séreuse des ventricules du cerveau.

Obs. — *Coqueluche. — Convulsions finales. — Mort. — Thrombose des sinus de la dure-mère. — Hémorrhagie méningée.* — X..., âgée de deux ans et demi, entre le 5 octobre dans le service de M. le docteur Bouchut, salle Sainte-Catherine, nº 4.

Les renseignements fournis par les parents sont peu détaillés. L'enfant n'aurait fait aucune maladie avant sa coqueluche, dont le début remonte à trois semaines. Depuis cinq jours l'enfant avait de la diarrhée à la suite d'un purgatif qu'on lui avait administré chez elle. Elle est maigre, pâle, tousse en quintes. Les deux poumons sont remplis de râles muqueux abondants. *Essence de thym*, deux gouttes.

11 octobre. — L'enfant a continué à tousser, sa diarrhée s'est arrêtée.

Le dimanche 11 octobre, à trois heures, elle a été prise de convulsions violentes générales, puis avec prédominance du côté gauche. L'enfant est morte à trois heures du matin.

*Autopsie.* — En enlevant la voûte du crâne, on constate qu'une partie de la dure-mère est adhérente à la table interne de la partie médiane et supérieure de la voûte du crâne.

On est obligé d'inciser la dure-mère pour enlever la voûte du crâne. Il s'échappe alors une assez grande quantité de sérosité sanguinolente.

La *pie-mère* est fortement congestionnée çà et là; quelques petits points d'hémorrhagie sous-arachnoïdienne mince comme une toile d'araignée, larges de 1 à 2 centimètres.

Tout le reste du *cerveau* est fortement congestionné, mais il n'y a pas de foyers hémorrhagiques ni dans le cervelet ni dans la protubérance.

On trouve dans le *sinus du côté gauche* un caillot long de 10 centimètres, dont la moitié environ, celle du lobe, est de formation ancienne; elle est dure, décolorée; les deux extrémités sont de formation plus récente, colorées en rouge par le sang.

Dans les *poumons*, on trouve des noyaux de broncho-pneumonie lobulaire et de nombreuses granulations tuberculeuses.

Dans cette note, on voit qu'après des convulsions générales, se localisant dans le côté gauche, l'enfant a succombé et a présenté de l'hydrocéphalie, des thromboses dans les sinus et plusieurs points d'hémorrhagie sous-arachnoïdienne dus à la rupture des veines méningées.

Obs. — *Coqueluche. — Contracture et convulsions terminales. — Thrombose des sinus de la dure-mère.* — Blanche G..., âgée de deux ans, entrée le 29 novembre 1876, morte le 5 décembre, salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut.

Cette enfant, affectée de coqueluche depuis un mois, entra dans un état de dépérissement et de maigreur considérable. Elle avait des quintes caractéristiques de coqueluche, et dans les deux poumons l'auscultation faisait entendre des râles muqueux très-abondants.

Trois jours après son entrée, elle nous présente de la contracture des mains et des pieds, puis au bout de vingt-quatre heures des convulsions générales avec renversement de la tête en arrière. Cet état dura un jour et demi, puis l'enfant succomba.

A l'*autopsie du cerveau*, je constatai une forte hyperémie de la substance cérébrale qui offrait un piqueté considérable, surtout dans le centre ovale de Vieussens, et une coloration rosée très-forte de la substance corticale.

La *pie-mère cérébrale et cérébelleuse* offrait de l'œdème et une vascularité considérable de ses capillaires. Les veines méningées de chaque hémisphère, ainsi que celles du cervelet étaient remplies et distendues par du sang noir liquide sur certains points et coagulé sur d'autres.

Les *sinus de la dure-mère* étaient largement distendus par du sang noir fluide. Dans le sinus transverse se trouve un caillot noir libre d'adhérences et assez résistant, et dans le sinus longitudinal supérieur il en existe un autre qui le remplit tout entier. Ce caillot, long de 12 centimètres, est grisâtre, demi-transparent, tout à fait décoloré et bouche entièrement le sinus devenu tout à fait imperméable au sang.

Des caillots ambrés ou fibrineux existent dans le cœur et dans l'artère pulmonaire.

Dans cette observation de coqueluche ayant épuisé l'enfant, on voit paraître trente-six heures avant la mort des contractures aux extrémités, puis des convulsions générales qu'il faut évidemment rapporter à l'œdème de la pie-mère, à l'hyperémie du cerveau et aux nombreuses thromboses des sinus de la dure-mère.

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 juillet 1879.

Obs. — *Coqueluche de six semaines. — Broncho-pneumonie tuberculeuse. — Convulsions finales durant dix heures. — Mort.* — Anna P..., âgée de deux ans et demi, entrée à l'hôpital le 8 août 1871, morte le 10. Elle est au n° 51, salle Sainte-Catherine, hôpital des Enfants, service de M. le docteur Bouchut.

Cette enfant présente à observer des quintes de coqueluche de moyenne intensité, avec courtes reprises. Cela dure depuis six semaines.

Le 9 août, à cinq heures du soir, la religieuse du service s'aperçoit que les yeux de la petite malade sont fortement convulsés en haut, grands ouverts et complètement immobiles. Une heure après, l'enfant est prise de convulsions générales, violentes, continues, très-peu marquées du côté gauche, extrêmement vives du côté droit. Ces convulsions persistent jusqu'à la mort, qui survient dix heures après le commencement de l'attaque convulsive.

*Nécropsie.* — Les *sinus de la dure-mère* sont remplis de sang noir, épais.

Des caillots noirâtres oblitèrent le sinus longitudinal supérieur et le sinus latéral droit.

Le sinus latéral gauche est complètement obturé par un gros caillot noir à la périphérie, blanc, fibrineux au centre.

Les *méninges* sont congestionnées et les veines superficielles de la pie-mère renferment des coagulums noirs. On observe quelques granulations tuberculeuses très-fines au niveau des cornes occipitales des lobes cérébraux sur la pie-mère.

Les ventricules renferment une grande quantité de liquide; ils sont distendus; leurs parois sont infiltrées, ramollies, comme macérées; par places, l'épendyme est complètement détruit. Le reste de la substance cérébrale est sain.

Les *poumons* renferment çà et là des granulations tuberculeuses entourées d'une zone inflammatoire. Ganglions bronchiques tuméfiés et caséeux.

Le *foie* est gras et très-volumineux.

Ici, déviation conjuguée des yeux en haut. Convulsions générales, mais bien plus fortes à droite, en même temps que l'œdème de la pie-mère, l'hydrocéphalie des ventricules et la formation de caillots dans les sinus.

Obs. — *Coqueluche. — Broncho-pneumonie tuberculeuse. — Convulsions finales. — Mort. — Thrombose des sinus de la dure-mère et des veines méningées.* — Albertine S..., âgée de deux ans, entrée à l'hôpital le 27 septembre 1871, morte le 6 octobre, au n° 40 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut.

Cette enfant avait un peu de diarrhée et toussait en coqueluche depuis 8 jours. Les quintes, au nombre de six à huit par jour, étaient assez faibles, courtes et ne s'accompagnaient que de reprises insignifiantes. Le 5 octobre au soir, elle fut prise de légers mouvements convulsifs, particulièrement accentués dans le côté droit. Les yeux, d'abord très-mobiles, se convulsèrent en haut et prirent une absolue fixité. La petite malade mourait quelques heures plus tard.

A l'*autopsie* nous trouvâmes les *sinus de la dure-mère* engorgés d'un sang épais et noir. Les sinus pétreux inférieurs et les sinus latéraux étaient particulièrement distendus. De gros coagulums noirs et mous en oblitéraient le calibre.

La *pie-mère*, injectée, œdémateuse, présentait dans ses veines superficielles de longs caillots noirâtres que la pression faisait circuler de proche en proche.

La *substance cérébrale*, dont la consistance paraissait affaiblie, offrait à la coupe une multitude de points rouges qui n'étaient autre chose que l'orifice des petits vaisseaux manifestement dilatés.

Le *poumon* offrait au milieu d'une congestion légère généralisée quelques noyaux très-petits de pneumonie lobulaire, et çà et là quelques rares granulations tuberculeuses isolées ou groupées en petits noyaux dans l'épaisseur du parenchyme.

*Ganglions bronchiques* tuméfiés et quelques-uns caséeux.

Ici, déviation conjuguée des yeux par en haut. Convulsions générales plus fortes à droite et avec la thrombose des sinus, œdème de la pie-mère et des veines méningées, dilatation des capillaires du cerveau simulant des hémorrhagies miliaires.

Obs. — *Coqueluche sans complication pulmonaire. — Ulcération sublinguale. — Diarrhée. — Convulsions finales. — Thrombose des sinus de la dure-mère. — Ophthalmoscopie. — Thrombose des veines rétiniennes.* — Marie P..., âgée de quatre ans, entrée le 25 septembre 1871 pour une coqueluche datant de huit jours, ayant des quintes assez fortes et ayant produit une ulcération sublinguale. Elle avait en même temps de la diarrhée. Le 3 octobre, elle a tout à coup perdu connaissance, a été prise de mouvements convulsifs des deux côtés, mais surtout à droite, et de déviation conjuguée des yeux à droite, avec dilatation de la pupille.

A l'*ophthalmoscope* on constate une hyperémie capillaire très-intense de la papille dans les deux yeux, et de plus un accroissement considérable du nombre des vaisseaux du fond de l'œil, et dilatation et stase sanguine des veines de la rétine. L'enfant mourut dans la journée.

A l'*autopsie* nous trouvons les *sinus de la dure-mère* gorgés d'un sang noir qui s'écoule abondamment de nos incisions. Le sinus longitudinal supérieur présente à son extrémité antérieure deux caillots rosés, fibrineux, résistants, mesurant chacun environ 25 millimètres de longueur. Le tiers postérieur du même sinus est occupé par un caillot d'environ 4 centimètres; ce caillot, rose, effilé vers son extrémité antérieure, se renfle et devient noir et diffluent à son extrémité postérieure qui plonge dans le confluent des sinus. Un coagulum noir volumineux, qui se laisse facilement écraser sous les doigts, oblitère le sinus latéral droit dans une étendue d'un centimètre et demi.

La *pie-mère* est sillonnée à toute sa surface par des veines flexueuses, très-multipliées et gorgées de sang noir liquide.

Une suffusion séreuse assez abondante occupe le tissu sous-arachnoïdien.

Rien de notable ni dans la substance ni dans les ventricules de l'encéphale.

Les deux poumons, congestionnés à leur base, présentent à leur sommet, le poumon droit en particulier, un emphysème très-remarquable.

Les ganglions bronchiques sont très-gonflés; les autres organes ne présentent rien de particulier.

Dans cette observation de coqueluche avec état cachectique, on voit la déviation conjuguée des yeux à droite, les convulsions générales plus marquées du côté droit et la mort dans la journée.

A l'ophthalmoscope on avait pu deviner, par l'hyperémie de la papille, l'augmentation du nombre des vaisseaux du fond de l'œil, la dilatation des veines de la rétine et les caillots de ces veines, ce qui existait dans le cerveau.

En effet, on y a trouvé des lésions semblables, l'œdème de la pie-mère et du cerveau, la réplétion excessive des veines méningées et la thrombose des sinus de la dure-mère.

Obs. — *Coqueluche. — Tuberculose pulmonaire. — Convulsions finales avec hémiplégie gauche incomplète. — Mort. — Nécropsie.* — Berthe J..., âgée de deux ans et demi, entrée à l'hôpital le 23 juillet 1871, n° 43, salle Sainte-Catherine, hôpital des Enfants, service de M. le docteur Bouchut. Morte le 26 juillet.

Cette enfant tousse depuis un mois. Des quintes assez violentes de coqueluche et un mouvement fébrile intense survenu depuis quatre jours, mêlé de convulsions, ont déterminé ses parents à la conduire à l'hôpital.

Cette malade nous présente à observer :

Des quintes de coqueluche d'intensité moyenne avec légères reprises, de trois à cinq par jour.

Plus de convulsions des membres, mais une hémiplégie incomplète du côté gauche avec convulsion conjuguée des deux yeux du côté droit.

Une légère matité du côté gauche du thorax en arrière et des râles sous-crépitants du même côté.

L'*examen ophthalmoscopique* révèle une injection très-vive du fond de l'œil avec développement considérable et flexuosités des veines de la rétine, particulièrement du côté gauche.

Il existe en même temps un état comateux qui s'accentue de jour en jour, une constipation opiniâtre, sans vomissements.

Le diagnostic fut ainsi formulé :

Tuberculose généralisée avec localisations méningitiques expliquant les phénomènes généraux et ophthalmoscopiques signalés.

Thrombose des sinus de la dure-mère du côté gauche produisant l'hémiplégie du même côté.

*Nécropsie.* — Les *méninges* sont couvertes de granulations du volume d'un grain de millet à peu près également disséminées sur toute la surface de l'encéphale.

Le tissu sous-arachnoïdien est légèrement infiltré et présente au niveau de la corne frontale du lobe droit un épaississement notable purulent dans une étendue de deux centimètres.

Les ventricules n'offrent rien de notable à signaler.

Le *sinus latéral gauche* de la dure-mère est oblitéré par quatre petits caillots irréguliers, adhérents aux parois du sinus. Ces caillots sont prssque complètement fibrineux.

Les *poumons* sont engoués. Le poumon gauche présente des traces ecchymotiques d'épanchement sanguin interstitiel. Le cœur droit est rempli de caillots qui se prolongent dans l'artère pulmonaire.

A toute leur surface sont disséminées de fines granulations tuberculeuses. Il existe des granulations analogues, mais en petit nombre sur le *foie*, la *rate* et sur le *rein gauche.*

Dans cette observation de coqueluche compliquée de broncho-pneumonie tuberculeuse, il est survenu pendant quatre jours avant la mort des convulsions avec hémiplégie incomplète à gauche et déviation conjuguée des yeux à droite.

L'ophthalmoscope montre une dilatation et une flexuosité des veines de la rétine, surtout à gauche.

L'autopsie laisse voir une thrombose des sinus du côté gauche, l'œdème de la pie-mère, des granulations tuberculeuses méningées et un petit point de suppuration sous-arachnoïdien au niveau de la corne frontale du lobe droit.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 juillet 1879. — Présidence de M. MAGNAN.

### COMMUNICATIONS

**Trajet intra-cérébral du facial supérieur. — M. HALLOPEAU** signale un fait qui peut servir à déterminer le *trajet intra-cérébral du facial supérieur* dans une partie de son étendue ; il s'agit d'un cas d'hémiplégie dans lequel, contrairement à la règle, il existait une paralysie très-prononcée de l'orbiculaire palpébral. On trouva à l'autopsie un foyer hémorrhagique qui intéressait surtout le noyau lenticulaire du corps strié. Deux fois seulement jusqu'à ce jour on avait pu faire l'autopsie du cerveau chez des malades qui avaient présenté une hémiplégie étendue de l'orbiculaire, et dans les deux cas déjà on avait trouvé une lésion du noyau lenticulaire (observations d'Huguénin et de Chwostek). Il faut évidemment chercher dans la lésion commune à ces faits la cause prochaine du symptôme qui leur était commun et l'on se trouve ainsi conduit à admettre que les filets cérébraux du facial supérieur doivent traverser le noyau lenticulaire du corps strié. Huguénin avait tiré de son observation une conclusion un peu différente ; il avait constaté que le foyer intéressait l'anse lenticulaire en même temps que le noyau de même nom, et c'est à l'altération de ce faisceau nerveux qu'il avait attribué la paralysie palpébrale. Cette différence d'interprétation importe peu au point de vue physiologique, car il est démontré que les faisceaux de l'anse lenticulaire se continuent avec les tractus blancs du noyau. Les uns et les autres doivent donc contenir les conducteurs qui font suite dans le cerveau au facial supérieur. Cette proposition soulève cependant une sérieuse objection. On sait que la paralysie de l'orbiculaire fait régulièrement défaut, ou n'est tout au moins que fort peu prononcée dans l'hémiplégie produite par l'oblitération de la sylvienne ; or l'on admet généralement en France, depuis le travail de M. Duret, que les artères du corps strié proviennent exclusivement de ce vaisseau. On voit donc que, d'après cette donnée, le facial supérieur ne devrait pas traverser le noyau lenticulaire, et il y aurait ainsi contradiction manifeste entre les faits pathologiques et les faits anatomiques.

M. Hallopeau pense que la proposition de M. Duret a été formulée en termes trop absolus. D'autres auteurs sont arrivés à des conclusions différentes. M. Rendu attribue à la cérébrale antérieure une part dans l'irrigation des deux noyaux striés ; Heubner dit qu'une branche se détache du confluent de la sylvienne et de la cérébrale antérieure pour gagner le noyau lenticulaire. M. Hallopeau a fait quelques recherches personnelles sur le même point d'anatomie ; il a vu deux fois une artériole issue de la cérébrale antérieure pénétrer dans le noyau lenticulaire, un autre rameau était fourni dans un cas par la choroïdienne antérieure. Ces études devront être poursuivies, mais on peut admettre dès à présent que la sylvienne n'est pas la seule artère qui fournisse du sang au noyau lenticulaire. Dès lors son oblitération n'en doit pas amener le ramollissement total ; elle peut laisser indemnes les filets du facial supérieur qui le traversent, et l'intégrité de l'orbiculaire dans l'hémiplégie vulgaire s'explique ainsi tout naturellement. On peut, d'après les faits qui viennent d'être exposés, comprendre de la manière suivante le trajet intra-cérébral des faisceaux du facial supérieur. Nés d'un point indéterminé de l'écorce, ils pénètrent dans le noyau lenticulaire, le traversent et gagnent le pédoncule cérébral. Par quelle voie ? Ce ne peut être par la capsule interne, car l'on sait que les lésions de cette partie ne paralysent pas l'orbiculaire ; c'est donc par l'anse lenticulaire avec laquelle ils viennent se placer à la partie interne du pédoncule cérébral pour s'entre-croiser dans la protubérance et gagner le noyau qui leur est commun avec le moteur oculaire externe.

**Trajet des fibres irido-dilatrices et vaso-motrices carotidiennes au niveau de l'anneau de Vieussens. — M. FRANCK** fait une communication sur ce sujet.

Les filets irido-dilatateurs, fournis par la moelle cervico-dorsale, tout à fait indépendants des filets vaso-moteurs carotidiens, traversant le ganglion premier thoracique et gagnant le ganglion cervical inférieur, exclusivement par la branche antérieure de l'anneau de Vieussens, le ganglion premier thoracique paraît jouer, par rapport à ces filets irido-dilatateurs qui le traversent, le rôle de centre tonique. L'influence propre du ganglion premier thoracique ne se maintient pas au-delà de quelques heures et s'atténue graduellement.

La différence de répartition des filets irido-dilatateurs entre les deux branches de l'anneau de Vieussens ne se retrouve pas pour les nerfs-vaso-moteurs venant de la moelle et gagnant le cordon cervical du sympathique. Ces nerfs se divisent au sortir du ganglion premier thoracique et forment deux groupes dont chacun suit une branche de l'anneau de Vieussens. Les vaso-moteurs du réseau de la carotide externe ne sont pas distincts, à ce niveau, des vaso-moteurs du réseau de la carotide interne. La dissociation des nerfs vaso-moteurs carotidiens superficiels et profonds n'est pas plus démontrable au niveau des rameaux communiquant eux-mêmes, c'est-à-dire entre le premier ganglion thoracique et la moelle. C'est seulement à la bifurcation de la carotide primitive que s'effectue la séparation anatomique des filets vaso-moteurs externes et internes. Enfin on ne retrouve pas sur ces nerfs vaso-moteurs carotidiens l'influence propre du ganglion premier thoracique sur les filets irido-dilatateurs.

**Synthèse des corps albuminoïdes. — M. GRIMAUX** fait une communication sur ce sujet. Les notions actuelles de la chimie

sur les corps albuminoïdes sont vagues, dit-il. Que sont ces corps, en effet? des espèces de proportions définies ou des mélanges? Ils n'ont pas de point de fusion, ils ne cristallisent pas, ils n'ont ni réactifs, ni poids moléculaires connus. Ils n'ont même pas de bonne définition. C'est cette dernière lacune que M. Grimaux a cherché tout d'abord à combler. La comparaison des caractères présentés par ces corps l'a amené à adopter la définition suivante : ce sont des colloïdes azotés susceptibles de se dédoubler en acide carbonique, acide amide et ammoniaque. Ils présentent comme propriétés principales de perdre facilement leur solubilité, de passer lentement à travers les membranes, de donner naissance à des hydrates gélatineux. Ces points bien établis, M. Grimaux a cherché à faire la synthèse d'un albuminoïde : il a pris l'acide aspartique, un des plus simples acides amides, l'a chauffé pendant huit jours à 200 degrés dans un courant d'acide chlorhydrique; il a ainsi obtenu un produit ($C^{32}H^{26}Az^{8}O^{17}$) qui, mêlé à de l'urée et chauffé pendant deux heures à 125 degrés, s'est transformé en un corps possédant tous les caractères assignés aux colloïdes, et qui, véritable albuminoïde, pouvait se dédoubler en acide amide, acide carbonique et ammoniaque. Ce n'est que le commencement d'une série d'expériences dont M. Grimaux communique les résultats à la Société.

**Procédé d'arrachement du moteur oculaire commun.** — M. LABORDE emploie le procédé suivant : sur le lapin, en se guidant sur le condyle de la mâchoire inférieure, il pénètre dans le crâne par sa base, pousse un crochet jusqu'à la selle turcique et accroche le nerf sans toucher au cerveau. De cette façon on ne détermine pas d'autres lésions ni d'autres troubles que la paralysie de la troisième paire.

**Statistique de la myopie.** — M. JAVAL dit que dans les collèges le nombre des myopes s'accroît dans les classes plus élevées, non pas parce que la myopie augmente avec l'âge, mais bien par ce fait que les myopes sont restés à l'école, tandis que beaucoup de non myopes l'ont quittée.

La séance est levée.

---

Séance du 26 juillet 1879. — Présidence de M. MAGNAN.

COMMUNICATION.

**Du ferro-cyanure de potassium.** — M. LABORDE a fait une longue série d'expériences qui lui permettent d'affirmer, contrairement à l'opinion généralement admise depuis les expériences de Claude Bernard, que le ferro-cyanure de potassium n'est pas un poison musculaire et ne donne lieu aux phénomènes que l'on connaît que par une action directe, destructive, qu'il exerce sur les fibres musculaires.

**Cerveaux d'idiots.** — M. BOURNEVILLE présente deux hémisphères cérébraux différents, ayant appartenu à deux idiotes de la Salpêtrière. La première était une petite fille de neuf ans qui, à la suite de convulsions dans la première enfance, était devenue absolument idiote, n'avait jamais pu parler ni marcher, était gâteuse et était atteinte de tics divers; elle mourut d'une pneumonie, et son cerveau présente une atrophie complète portant sur tout le lobe antérieur.

La seconde, idiote et épileptique, était âgée de quinze ans. Elle n'avait jamais pu non plus ni parler ni marcher; elle était également gâteuse. Elle était atteinte d'épilepsie partielle, c'est-à-dire de convulsions n'occupant que la moitié droite du corps. La troisième période de ses attaques, celle de stertor, était très-peu marquée. En janvier, elle avait jusqu'à 38 accès par jour. En avril elle en eut jusqu'à 1,200 en un seul jour. Elle était dans un état d'émaciation tel qu'elle ne pesait plus que 30 kilogrammes. A l'autopsie on trouva sur son cerveau des lésions sclérosiques et les circonvolutions antérieures étaient comme hypertrophiées, contrairement à ce qu'on observe chez la première malade.

M. Bourneville fera connaître ultérieurement les résultats de l'examen histologique.

**Action prolongée des sels purgatifs sur la muqueuse intestinale.** — M. ARMAND MOREAU présente un liquide intestinal recueilli dans les conditions suivantes : Une anse d'intestin, prise entre deux ligatures, reçoit une injection de 30 grammes de sulfate de magnésie. Peu de temps après, elle est ponctionnée et complètement lavée à l'intérieur de façon qu'il n'y reste plus de la solution purgative. Cette anse intestinale n'en a pas moins continué à sécréter un liquide alcalin abondant depuis dix heures du matin jusqu'à cinq heures du soir. La présence d'un sel purgatif paraît donc exercer sur la muqueuse intestinale une action qui se prolonge même après qu'il n'en reste plus de traces dans le canal intestinal.

**De la circulation sanguine dans le corps strié.** — M. HALLOPEAU, à l'occasion de sa dernière communication (voir plus haut), a fait un certain nombre d'examens de cerveaux dans lesquels il a pu constater que l'artère sylvienne n'est pas la seule qui fournisse des vaisseaux au corps strié, mais qu'il en reçoit aussi des artères cérébrales antérieures et choroïdiennes antérieures.

**Injections intra-veineuses de lait et de sucre.** — M. MOUTARD-MARTIN, en son nom et au nom de M. Charles Richet, fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

**Hygiène des écoles.** — M. JAVAL fait sur ce sujet une communication dont voici les conclusions :

1° Il est démontré que la myopie reconnaît habituellement pour cause une application prolongée de la vue avec un éclairage insuffisant.

2° Dans nos climats, l'éclairage par la lumière diffuse n'atteint jamais, même en plein air, une intensité nuisible.

3° Pour obtenir un éclairage suffisant au moyen de jours largement pratiqués d'un seul côté, il faut que la largeur de la salle n'excède pas la hauteur des fenêtres au-dessus du sol.

4° Avec l'éclairage bilatéral, la largeur de la classe étant, pour la même hauteur de fenêtres, deux fois plus grande que dans le cas d'éclairage unilatéral, l'intensité lumineuse au milieu de la salle est double de celle obtenue à la même distance des fenêtres avec l'éclairage unilatéral. Il ne faut pas cependant que la largeur de la classe dépasse le double de la hauteur des fenêtres.

5° Aucune raison théorique n'a été produite à l'appui de l'opinion qui considère l'éclairage bilatéral comme nuisible à la conservation de la vue.

7° D'après les statistiques les plus récentes, il existe des écoles où, l'éclairage étant bilatéral, la myopie est relativement peu fréquente, et il en existe d'autres où, l'éclairage unilatéral étant établi dans les conditions les plus parfaites, la myopie est aussi fréquente que dans les écoles les plus mal aménagées. Peut-être ne peut-on pas invoquer la statistique en faveur de l'éclairage bilatéral, mais elle ne s'est certainement pas prononcée en faveur de l'unilatéral.

8° Il faut attribuer une grande importance à l'orientation des écoles, dont l'axe doit être dirigé du N.-N.-O. au S.-S.-O.; on ne devrait jamais accorder une tolérance de plus de 40 degrés, de part et d'autre, de la direction N.-S. à moins de conditions climatériques exceptionnelles.

9° Le maître fera face au midi.

10° Enfin il est absolument indispensable de ménager de part et d'autre de l'axe de la classe une bande de terrain inaliénable dont la largeur soit double de la hauteur des constructions les plus élevées qu'on puisse prévoir, en tenant compte des progrès de l'aisance qui font multiplier les constructions à étages, jadis inconnues dans les campagnes. Cette dernière condition est la plus importante de toutes.

La séance est levée.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance solennelle du 15 juillet 1879.— Présidence de M. Hervieux.

### COMMUNICATIONS

**Bothriocéphale.** — M. Besnier rapporte l'observation d'une malade qui a rendu, dans son bain, un bothriocéphale sans éprouver aucun phénomène particulier. Elle l'a trouvé dans son bain, sans avoir eu aucun indice qu'elle le rendait.

L'origine probable de ce bothriocéphale est la suivante : cette dame a vécu, au mois d'août de l'année dernière, au bord du lac de Genève ; c'est donc probablement en y buvant de l'eau qu'elle l'a pris, ce qui prouve que, même dans les hôtels les mieux tenus, les eaux ne sont pas filtrées.

M. Besnier insiste sur l'importance de ces faits, au point de vue des eaux de Suisse. Il faut toujours, ajoute-t-il, songer à l'existence possible de vers intestinaux, lorsqu'on se trouve en présence d'accidents bizarres, choréiques ou diarrhéiques, se produisant sans cause appréciable.

Le bothriocéphale est généralement très-tenace. La teinture de kamala paraît être le meilleur traitement à lui opposer.

M. Constantin Paul dit que le traitement est très-simple, et qu'on triomphe facilement du bothriocéphale. Les bourgeons frais de fougère mâle sont d'un emploi très-commode et très-sur.

M. Laboulbène dit n'avoir rencontré que trois bothriocéphales. Dans un cas, l'acide phénique, puis l'acide salycilique, puis enfin la teinture de kamala, furent successivement employés. M. Davaine dit avoir échoué avec les autres moyens.

M. Damaschino en a vu trois exemples chez trois Roumains. Dans ces cas, la racine de grenadier a suffi pour les faire rendre.

M. Lereboullet dit que le docteur Fouko emploie exclusivement la racine de grenadier, et cela avec un succès constant. Pour des tænias inermes, il a souvent employé l'extrait de fougère mâle ; mais cette médication, avantageuse pour le tænia inerme, est souvent restée sans effet sur le tænia armé.

**Pleurésie purulente gangreneuse.** — M. Rendu fait une communication sur ce sujet.

Il rappelle les conclusions du mémoire de M. Bucquoy sur ce sujet, qui étaient que, dans ces cas de pleurésie purulente gangreneuse, la gangrène est habituellement primitive, et la pleurésie purulente secondaire. On s'est demandé si l'inverse n'avait pas lieu quelquefois. M. Rendu vient de rencontrer un exemple de pleurésie purulente primitive avec gangrène consécutive.

Il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, sans antécédents tuberculeux, ni héréditaires, ni personnels, qui commença à tousser vers la fin du mois. La toux devient de plus en plus fréquente, et le malade se plaint d'une douleur vague dans le côté, d'insomnie, d'oppression, devient fébricitant ; la température est de 39°, il a de l'inappétence et de la dyspnée surtout exagérée par les mouvements. L'examen de la poitrine ne révèle aucune espèce de voussure ; il y a de la submatité et de la faiblesse du murmure vésiculaire. Le diagnostic porté par M. Rendu est le suivant : ou bien pleurésie mal caratérisée, ou bien conjonction pulmonaire symptomatique de tuberculisation. Un matin, on trouve le malade beaucoup plus affaibli, et l'on constate les signes d'un pneumo-thorax. Le malade est pris d'une vomique, après laquelle il tombe dans le collapsus et meurt le soir. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une pléurésie purulente ouverte dans le poumon et devenue gangreneuse. En effet, la pleurésie était circonscrite, évidemment ancienne, et sur le point correspondant du poumon se trouvait un foyer gangreneux récent. La pleurésie purulente était donc ici primitive.

M. Debove cite un cas qu'il lui paraît intéressant de rapprocher de celui de M. Rendu. Il s'agit d'un jeune homme de quinze ans, chétif, affaibli, qui portait un petit épanchement dans le côté droit. Cet épanchement devint assez considérable pour nécessiter la thoracentèse ; il sortit un liquide noirâtre, couleur chocolat ou mieux jus de tabac, d'une horrible fétidité. L'épanchement se reforma, et le malade mourut cachectique. A l'autopsie, on ne trouva aucune espèce de trace de gangrène de la plèvre, et l'on trouva, outre un liquide d'une puanteur repoussante, des portions solides assez semblables à du crottin de cheval. C'était donc là un exemple de pleurésie purulente d'une horrible fétidité, et dans lequel l'examen anatomique n'a permis de constater aucune commnnication avec les bronches.

M. Laboulbène cite la thèse d'un jeune confrère, le docteur Hermil, dans laquelle on trouve un cas analogue à celui de M. Rendu.

**Tumeur cérébrale.** — M. Desnos présente le cerveau d'un homme, qui a succombé dans son service, et dont voici l'histoire résumée :

Cet homme, âgé de quarante ans, éprouva, il y a un an, une attaque apoplectiforme, à la suite de laquelle il fut porté à l'hôpital étant encore dans le coma. Il resta six semaines dans cet hôpital, en sortit amélioré, mais trop incomplètement pour pouvoir exercer de nouveau son état de peintre sur porcelaine, en raison du tremblement des membres supérieurs et de l'affaiblissement de ses facultés intellectuelles. A partir de ce moment, son état s'aggrava dans ce sens. Il eut à plusieurs reprises des pertes de connaissance, des attaques apoplectiformes qui étaient devenues, ainsi que l'affaiblissement, plus intenses, et avaient augmenté de fréquence quelques jours avant son entrée à l'hôpital. Jamais il n'a eu de convulsions. Ces renseignements nous ont été fournis par sa femme.

Parmi les phénomènes qu'il présenta depuis son entrée à l'hôpital de la Charité, qui eut lieu le 8 juillet, jusqu'à sa mort, qui arriva le 17 juillet, ceux qui occupèrent le premier plan de la scène morbide furent des symptômes psychiques de forme dépressive. Cet homme était atteint de démence caractérisée par l'affaiblissement de toutes les facultés iutellectuelles, surtout par l'amnésie.

Quelquefois, au milieu de son repas, il oublie qu'il est occupé à manger et reste sa fourchette à la main entre son assiette et sa bouche. Il parle lentement, cherche ses mots, répond par monosyllabes. Il est souvent triste, rit et pleure sans motif.

Autour de ces phénomènes psychiques qui rappelaient, ainsi que plusieurs symptômes physiques, un grand nombre des traits de la paralysie générale, se groupent, comme principaux symptômes somatiques, de la céphalalgie, de l'affaiblissement de la vue et de l'ouïe, du tremblement des membres supérieurs, de la difficulté, puis de l'impossibilité de la marche, causée d'abord par des mouvements ataxiques et plus tard par de la paralysie des membres inférieurs, de l'incontinence d'urine, une constipation extrêmement opiniâtre, une eschare au sacrum. Pendant son séjour à l'hôpital, cet homme contracta une bronchite qui dura peu de jours, et qui, malgré la bénignité apparente des signes stéthoscopiques, mit ses jours en grand danger. Enfin il succomba dans une attaque de coma. Jamais il n'eut de convulsions.

A l'autopsie, nous avons trouvé la surface du cerveau rouge, les méninges congestionnées. Des coupes horizontales de cet organe montrèrent un état sablé, indice d'un état congestif de toute la masse cérébrale.

En arrivant, à l'aide de ces coupes, jusqu'aux ventricules cérébraux, on constata que ceux-ci contenaient une tumeur volumineuse, de la grosseur approximative d'une petite pomme. Elle était aplatie de haut en bas, ovoïde, à grosse extrémité, tournée en arrière. On pouvait la considérer comme formée de trois lobes, deux latéraux, occupant les ventricules latéraux, se terminant en avant sous forme de languette, à face supérieure, libre dans la cavité de ces ventricules dans ses deux tiers externes, adhérente par la moitié postérieure de son tiers externe au corps calleux, et se confondant avec un lobe moyen, un peu moins large que les lobes latéraux, occupant le ventricule moyen, et envoyant à la base du cerveau, dans l'espace interpédonculaire, un prolongement du volume d'une châtaigne. Dans les deux tiers internes de leur face inférieure, les lobes latéraux adhéraient à la surface ventriculaire. Les plexus choroïdes étaient libres. Cette tumeur était très-vasculaire, mamelonnée, rappelant l'aspect des thymus de veau, mais d'un apect opalin et couleur hortensia. Cette tumeur varie par son volume, sa localisation, sa forme, et aussi par la nature du produit dont elle était composée, résultant, ainsi que l'examen histologique

l'a démontré, de la prolifération du tissu conjonctif du système nerveux, de la névroglie. C'était un gliome.

**Anatomie pathologique de l'urticaire.** — M. VIDAL présente des pièces histologiques et montre le dessin d'une coupe d'élevure (pemphus) d'urticaire, enlevée pendant la vie. Sur les préparations micrographiques que M. Vidal doit à l'obligeance de M. le docteur Poncet, professeur agrégé du Val-de-Grâce, on voit d'une façon très-saisissante tous les détails de la lésion éphémère et on en comprend la pathogénie. Les signes cliniques feraient croire à une simple congestion passagère dont la délitescence se fait en quelques heures. Il y a plus qu'une congestion : le trouble de la circulation locale presque arrêtée amène un œdème aigu dont on trouve les traces.

On voit les vaisseaux des réseaux superficiels et profonds du derme dilatés et gorgés de sang, sans altérations de leurs parois. Ils sont entourés, ainsi que les lymphatiques, d'une grande quantité de leucocytes. Ceux-ci sont répandus abondamment dans toute l'épaisseur du derme; en certains points ils forment des amas, comme on le voit sur le dessin, aux endroits indiqués par les lettres B et B'. Beaucoup sont isolés entre les mailles du tissu conjonctif. On en aperçoit quelques-uns entre les cellules épithéliales de la couche profonde de l'épiderme, D et D'.

Ici l'épiderme paraît tout à fait normal. Il doit subir quelques altérations, analogues à celles des lésions vésiculeuses, dans les cas exceptionnels où il y a formation d'une vésicule sur l'élevure d'urticaire.

De ces données fournies par l'anatomie pathologique ne peut-on pas déduire le processus de l'urticaire ? Chez un sujet prédisposé, qu'une cause interne ou locale vienne exciter l'action des nerfs vaso-moteurs, cette excitation sera aussitôt suivie de la contraction des capillaires cutanés, puis, bientôt après, de leur parésie et de leur congestion avec ralentissement de la circulation. De là, au centre de la lésion, la diapédèse des leucocytes et la suffusion séreuse, l'œdème aigu se traduisant par une saillie blanchâtre.

On peut produire artificiellement une lésion analogue, une sorte d'œdème aigu, en injectant dans l'épaisseur du derme quelques gouttes d'eau au moyen de la seringue de Pravaz, ou en les faisant pénétrer avec le jet filiforme de l'appareil à aquapuncture.

Que deviennent les leucocytes sortis par diapédèse de leurs vaisseaux? Sont-ils résorbés sur place, ou bien plutôt ne suivent-ils pas un courant migrateur qui les entraînerait vers la couche cornée de l'épiderme, donnant ainsi raison à la théorie de Biesiadecki sur les cellules migratrices? C'est ce qu'on ne saurait encore démontrer péremptoirement.

**Métallothérapie et Métalloscopie.** — M. DUMONT-PALLIER appelle l'attention de ses collègues sur une série de faits dans lesquels l'application des métaux a donné des effets vraiment remarquables. Il rappelle l'observation présentée à la Société par MM. Dujardin-Beaumetz et Labadie et dans laquelle il s'agissait d'une cécité hystérique améliorée par les applications métalliqu et définitivement guérie par l'électricité statique (Voy. *Gazette des hôpitaux*, nº du 13 mai 1879).

Il insiste sur ces phénomènes particuliers que M. Charcot a appelés postmétalliques et qui indiquent que la guérison n'est pas encore obtenue d'une façon définitive.

Il rapporte, en peu de mots, l'observation d'une mercière, atteinte de dyschromatopsie et qui a été présentée à M. Charcot par M. Fieuzal. Cette jeune fille était polymétallique, elle a été définitivement guérie par l'administration de l'or à l'intérieur et les applications externes de pièces d'or. Le père de cette jeune fille, qui était atteint depuis longtemps de la crampe des écrivains et qui était traité, sans succès, par les moyens habituellement employés en pareil cas, ayant vu les bons effets obtenus chez sa fille par l'or à l'intérieur et l'extérieur, suivit pendant quelques jours le même traitement qu'elle et fut radicalement guéri.

MM. Depaul et Panas ont soigné une femme qui avait été antérieurement dans le service de M. Quinquaud, à l'Hôtel-Dieu, qui était amaurotique du côté droit, anesthésique et amyosthénique également du côté droit, qui depuis six mois avait de l'aménorrhée, qui a eu enfin différents accidents du côté du ventre et particulièrement de la vessie, et qui, sous l'influence d'un traitement par le platine, a vu tous ces accidents s'amender, puis disparaître. Cette malade est actuellement dans le service de M. Panas. Elle n'est pas encore définitivement guérie; elle en est à la période de phénomènes postmétalliques.

M. Dumont-Pallier en appelle à M. Quinquaud, qui a observé cette malade il y a quelques semaines, et le prie de la visiter actuellement.

Entre autres considérations intéressantes, M. Dumont-Pallier fait remarquer que, dans la plupart de ces cas, comme autrefois dans les cas d'ataxie méconnue ou non reconnue, ce sont les troubles visuels qui ont ouvert la scène. Il fait observer, en outre, que, lorsqu'on essaie l'application d'un métal, si, après une semaine, on n'a obtenu aucun effet, cela prouve que ce métal ne convient pas. En effet, les effets donnés par les métaux se produisent toujours en moins d'une semaine. Il adjure ses collègues de porter leur attention sur ces faits et de se rendre compte par eux-mêmes des effets vraiment remarquables que l'on peut obtenir, comme l'ont fait, poussés par le désir seul de connaître la vérité, MM. Charcot et Dumont-Pallier.

M. QUINQUAUD déclare que la malade dont vient de parler M. Dumont-Pallier n'a présenté, pendant tout le temps qu'elle était dans son service, aucune modification et est toujours restée profondément hystérique. Il n'a pas constaté de changements dans la constitution du sang. Si les métaux agissent, ce n'est donc pas sur la constitution du sang qu'ils agissent.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8501.

N° 88. — JEUDI 31 JUILLET 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 31 JUILLET 1879. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le fait capital de cette séance, très-intéressante d'ailleurs d'un bout à l'autre, a été la présentation faite par M. Tarnier, d'une femme à laquelle, pratiquant une opération césarienne motivée par une étroitesse excessive du bassin, il avait enlevé l'utérus et les deux ovaires, suivant la méthode dite de Porro. Tout s'était passé aussi bien que dans les cas les plus heureux d'ovariotomie. Aucune complication n'était survenue, et cette femme, parfaitement guérie, n'a pas eu la moindre éventration. C'est donc là une opération que les résultats justifient malgré toute sa hardiesse. Le succès de M. Tarnier n'est pas le premier obtenu. C'est le quinzième sur un ensemble de vingt-neuf faits du même genre. Mais jusqu'ici personne, en France, n'avait osé suivre Porro dans la voie tracée, il y a deux ans, par ce professeur de Pavie.

Ce n'est pas en France, non plus, mais spécialement en Allemagne, que l'on continue à pratiquer un autre genre d'opération, dont l'origine est cependant toute française : l'ablation totale, par la voie du vagin, de l'utérus, non gravide, dans les cas de cancer. Nous reviendrons prochainement sur ce sujet.

M. Colin a entretenu l'Académie de nouvelles recherches fort instructives sur les affections charbonneuses. Le but qu'il poursuit en ce moment, c'est l'exacte détermination de l'étiologie du charbon dit *spontané*.

La cause de ce charbon est-elle, en réalité, interne ou externe? Si elle est externe, par quelle voie et de quelle manière l'agent infectieux est-il introduit? M. Colin ne se dissimule pas les difficultés de ces problèmes, dont il a le premier posé les termes dans un mémoire antérieur.

La méthode qu'il a indiquée n'est peut-être pas aussi sûre qu'elle le paraît au premier abord, ou du moins elle demande dans son application une très-grande prudence, une très-grande réserve. Cette méthode consiste à rechercher quels sont les ganglions affectés les premiers dans le charbon dit spontané, puisque, d'après les expériences de M. Colin, on sait que le charbon inoculé, envahissant d'abord les lymphatiques, atteint les ganglions les uns après les autres, suivant un chemin déterminé, à partir du point d'inoculation.

Mais, quand on ouvre l'animal charbonneux, si la marche du mal n'a pas été rapide, la généralisation peut être déjà telle que l'on ne puisse rien conclure de l'examen de ceux d'une région donnée.

M. Colin annonce un travail étendu sur cette délicate question. Aujourd'hui il voulait seulement prendre date.

Mentionnons encore un rapport dû à la plume de M. Rochard, un des écrivains les plus élégants, les plus spirituels de l'Académie. Dr Victor REVILLOUT.

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

**I. Des contre-indications de l'emploi des appareils contentifs dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Métrite d'origine multiple.**

I. Parmi les malades intéressants que nous avons actuellement dans le service, je vous signalerai un homme âgé d'environ cinquante ans et qui est atteint d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Ce que nous avons de particulier ici, c'est que je n'ai pas trouvé cette déformation caractéristique, en talon de fourchette, comme on l'appelle, qu'on rencontre ordinairement dans ce genre d'affection.

A quoi cela tient-il ? Ne s'est-elle pas produite, ou a-t-elle été corrigée par le médecin qui a donné les premiers soins à cet homme? Cela arrive en effet quelquefois, quand, après avoir fait une simple tentative d'extension et de contre-extension, on abandonne la fracture elle-même, et c'est dû à certaines conditions qui font que, lorsque les fragments sont désengrenés, ils tendent à conserver les uns par rapport aux autres la disposition qu'on leur a fait prendre. Je ne le pense pas, car ici ce n'était pas le cas, attendu que cet homme avait une fracture dans laquelle les fragments n'ont pas pénétré l'un dans l'autre, soit par le mécanisme de l'inflexion, soit par celui de l'arrachement.

Quoi qu'il en soit, à défaut de cette déformation en fourchette qui est surtout le principal élément de diagnostic dans les fractures du radius, sur quoi donc me suis-je appuyé pour établir le genre de lésion auquel nous avions affaire ?

Sur ce premier caractère d'abord : l'abaissement de l'apophyse styloïde du cubitus. J'ai constaté que chez cet

homme les deux apophyses styloïdes avaient leur sommet à peu près sur la même ligne transversale, ou, autrement dit, qu'elles étaient situées sur un plan formant deux angles droits par sa rencontre avec un autre plan dirigé suivant l'axe du bras. Vous savez en effet qu'à l'état normal l'apophyse styloïde du radius est située un peu plus bas que celle du cubitus, et que si, par ces deux éminences osseuses, on fait passer un plan horizontal, ce dernier est obliquement coupé par l'axe de l'avant-bras.

Néanmoins je n'aurais peut-être pas osé, à l'aide de ce seul signe, diagnostiquer la lésion que je vous ai dite, si je n'en avais trouvé un autre non moins caractéristique, à savoir de la mobilité et de la crépitation. J'ai en effet constaté cet autre caractère des fractures d'une façon parfaitement tranchée au niveau de l'interligne radio-carpienne.

Qu'avions-nous à faire en présence d'un cas semblable? Ici, où nous n'avons pas de déplacement à corriger, nous devions simplement nous borner à combattre l'état inflammatoire qui accompagne toute fracture dans les premiers jours de l'accident, c'est-à-dire à appliquer un cataplasme émollient au niveau de la solution de continuité et à faire reposer le membre, dans l'immobilité, sur un coussin de balles d'avoine, sans aucune espèce de contention.

Il y a, en effet, un procédé que certains chirurgiens inexpérimentés sont tentés d'employer et qu'il convient d'éviter le plus souvent possible, parce qu'il est parfaitement inutile d'abord, et qu'en outre il peut occasionner des complications sérieuses. Je veux parler de l'application des appareils de contention au moyen de bandages plus ou moins serrés et d'attelles dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius et même dans la fracture du membre supérieur en général. C'est un moyen qui est absolument contre-indiqué pendant toute la durée de la période inflammatoire, c'est-à-dire pendant quinze ou vingt jours.

A la rigueur, un pareil procédé peut n'être suivi d'aucune conséquence fâcheuse dans un hôpital où les sujets sont soumis chaque jour à l'observation des chirurgiens; mais il n'en est plus de même à la campagne, en ville même, où vous ne revoyez vos malades que tous les trois ou quatre jours, par exemple. Dans ce cas, les blessés ont beau souffrir, ils gardent leurs appareils, parce qu'ils craignent de transgresser vos recommandations, et quand, à votre prochaine visite, vous enlevez le bandage vous trouvez des eschares et même des gangrènes plus ou moins étendues.

Alors même que vous n'appliquez pas un appareil trop serré, vous vous exposez, en agissant de la sorte, à causer à votre malade de la douleur, de l'insomnie et les accidents que je viens de vous indiquer, qui, s'ils ne sont pas trop à craindre chez un adulte vigoureux, ne manquent presque jamais de se produire chez les vieillards, chez les enfants et surtout chez les femmes. Ils se développent surtout alors qu'on s'est servi, comme moyens de contention, de linges préalablement mouillés.

Cela tient à ce que les parties se gonflent toujours et qu'il arrive un moment où, si peu serré qu'il soit, le bandage devient trop étroit.

Ces inconvénients ne sont pas à redouter aux membres inférieurs qui sont dans des conditions telles que les fragments se déplacent beaucoup plus facilement. Là, les artères sont situées profondément, plus abritées, et on peut comprimer assez fortement la fracture sans s'exposer à aucun danger, alors même qu'un peu de gonflement viendrait à se produire; mais il n'en est plus de même à l'avant-bras et au bras où les artères sont superficielles et situées presque sous la peau.

Je sais bien qu'on rencontre fréquemment dans la pratique des malades qui se figurent que l'on doit toujours appliquer des appareils pour maintenir la fracture et qui ne seraient pas satisfaits si vous manquiez à ce qu'ils considèrent comme une règle générale. Mais, dans ce cas, ayez toujours soin de faire un bandage extrêmement lâche et surveillez votre malade avec le plus grand soin. Autrement, contentez-vous de maintenir le membre immobile et de combattre l'inflammation. Autant que possible enfin, ne mettez d'appareil pour aider la consolidation que plus tard, lorsque la période inflammatoire sera tout à fait passée.

II. Nous avons, au nº 15 de la salle des femmes, une jeune fille de dix-huit ans, couturière de son état, qui nous offre l'exemple d'une inflammation assez rare de l'utérus et peut-être même des ovaires, à la suite de plusieurs causes dont deux au moins sont incontestables.

La première, c'est une blennorrhagie et une uréthrite vaginale. Il faut savoir en effet, ainsi que M. Mercier l'a très-bien dit autrefois dans un mémoire sur ce sujet, que l'inflammation blennorrhagique peut se propager du vagin à l'utérus et de celui-ci aux ovaires, par l'intermédiaire des trompes. Ce fait a été indiqué dans ces derniers temps comme un phénomène nouveau, mais il y a longtemps que j'ai eu l'occasion pour la première fois, alors que j'étais à l'hôpital de Lourcine, d'en vérifier l'exactitude.

La deuxième cause est la suivante. Ces douleurs, au dire de la malade, ont apparu instantanément il y a six jours, pendant qu'elle se faisait une injection d'eau blanche au moyen d'un petit appareil aspirant et foulant. Tout d'un coup, elle a senti comme une déchirure dans le vagin; elle a éprouvé une douleur extrêmement vive; puis la fièvre s'est allumée et la malade a dû garder le lit. Depuis ce moment elle n'a cessé de souffrir du ventre.

Ce fait est important à retenir, parce que vous rencontrerez fréquemment, dans votre pratique, des femmes qui présenteront ainsi de la métrite et même de l'ovarite à la suite d'une injection. Cela tient à ce que celle-ci a été poussée avec trop d'énergie, et que du liquide a pénétré dans la cavité utérine, en quantité plus ou moins considérable. Or vous savez qu'il suffit que quelques gouttes de liquide, ne serait-ce que de l'eau pure, s'introduisent dans la matrice, pour donner lieu à des accidents inflammatoires qui peuvent ensuite se propager, sinon aux deux, du moins à l'un de ces organes.

De là, cette nécessité de toujours recommander aux femmes de se servir, pour les injections, d'instruments qui ne chassent pas le liquide avec une impulsion trop forte. Si c'est une pompe qu'elles emploient, elles devront pousser modérément; si c'est un irrigateur Éguisier, vous leur conseillerez de ne jamais ouvrir le robinet au-delà des trois quarts ou de la moitié. Le meilleur moyen serait de visser à l'extrémité du conduit en caoutchouc une boule de même substance qui serait percée sur sa surface d'une certaine quantité d'orifices très-fins et que les femmes introduiraient dans le vagin.

Enfin, pour en revenir à notre malade, son utérus est en rétroflexion. Cette disposition est très-rare chez une femme qui n'a pas encore eu d'enfants. M. Boulard, dans sa thèse inaugurale, a en effet montré que la position anomale de

l'utérus chez les jeunes filles vierges et chez les femmes qui n'ont pas encore eu d'enfants était l'antéflexion.

C'est cet utérus en rétroflexion que l'on sent à travers le cul-de-sac postérieur du vagin quand on pratique le toucher rectal. Néanmoins, comme il n'est pas très-volumineux, il y a lieu de se demander si l'on n'aurait pas affaire, par hasard, à une grossesse encore peu avancée. Mais cette manière de voir est peu admissible, car cette jeune fille a encore eu ses règles hier.

Quoi qu'il en soit, j'appelle votre attention sur ce fait, que je vous signale comme un exemple remarquable de métrite avec augmentation de volume notable de la matrice en rétroflexion, et propagation de l'inflammation de la cavité utérine au voisinage des ovaires.

## HOPITAL DU MIDI. — M. Ch. Mauriac.

### Du bubon d'emblée (1).

IV

Sans entrer dans plus de détails et en nous fondant sur ce qui précède, nous pouvons terminer la première partie de ce travail par les conclusions suivantes :

I. Il peut arriver que des syphilis latentes depuis l'accident primitif, et n'ayant jamais donné lieu à aucune manifestation, se déterminent tout à coup, et sans aucune cause appréciable sur la région des aines. Elles y font naître des syphilômes gommeux de la peau, du tissu cellulaire ou des ganglions, qui s'enflamment, se ramollissent et s'ouvrent avec la même rapidité que les adénites virulentes symptomatiques d'un chancre mou.

II. L'ulcération qui en résulte devient en général phagédénique et présente absolument le même aspect et les mêmes caractères physiques que l'ulcération chancrelleuse consécutive au bubon virulent.

III. L'absence de toute autre lésion ulcéreuse sur les organes génitaux ou dans la sphère des lymphatiques qui aboutissent aux ganglions inguinaux pourrait faire croire, au premier abord, à l'existence de ce qu'on appelle le bubon d'emblée, surtout si le malade s'était exposé récemment à contracter des chancres ou une autre maladie vénérienne.

IV. Quand il n'existe, comme cela arrive quelquefois, aucune trace de manifestation syphilitique ancienne, ou qu'on ne découvre aucun accident de la maladie constitutionnelle contemporain de la lésion inguinale, l'inoculation peut seule donner les éléments d'un diagnostic positif.

V. Si elle ne pouvait pas être faite dans le temps et les conditions qu'elle exige pour être probante, le traitement spécifique fournirait un second critérium pour juger la nature de l'affection inguinale.

VI. Les pseudo-bubons d'emblée d'origine syphilitique ne s'inoculent pas, et ils guérissent rapidement quand on fait prendre au malade du mercure et surtout de l'iodure de potassium à hautes doses.

VII. Le retour de la même affection dans l'aine, après la guérison d'une première attaque, a lieu quelquefois en vertu de certaines affinités topographiques de la syphilis qui circonscrivent exclusivement ses déterminations sur telles ou telles régions de l'organisme. Quand un fait pareil se produit dans la région inguinale, il doit faire soupçonner la nature diathésique de l'affection.

VIII. Parmi les adéno-syphiloses inguinales, quelques-unes ont un processus très-lent. Leur fonte amène la formation d'un bourbillon qui reste longtemps au fond de la plaie. Il n'est pas possible de les confondre avec les ulcérations inguinales procédant du virus chancrelleux.

Lorsque je disais que la question du bubon d'emblée, depuis longtemps tombée dans l'oubli, avait été ressuscitée par quelques observations récentes, j'avais en vue celle qui a été publiée en 1873 dans *Lyon médical* par un jeune médecin fort distingué, M. Daniel Mollière, et une autre que fit paraître plus tard, dans les *Annales de Dermatologie*, un de nos maîtres en syphiliographie, M. le docteur Diday.

Le fait de M. D. Mollière donna lieu à une discussion pleine d'intérêt à la Société des sciences médicales de Lyon. C'est là qué M. Diday, qui jusqu'alors n'avait pas cru au bubon d'emblée chancrelleux, déclara qu'il lui était impossible de le nier plus longtemps et qu'il s'inclinait maintenant devant l'évidence. Il accepta aussi comme des exemples de bubons d'emblée chancrelleux incontestables les observations VI et VIII de Beaumetz (de Lyon) et celle de Gibert. D'autres membres persistèrent dans leur incrédulité, et M. Rodet, entre autres, combattit avec talent la doctrine du bubon d'emblée.

Je vais soumettre, sans aucun parti pris, les faits en question à un nouvel examen critique.

Je commencerai par celui de M. Daniel Mollière.

En voici le résumé : Un homme, âgé de vingt-quatre ans, a commercé avec une femme suspecte, sur les bords du Rhône, dans les premiers jours d'octobre 1872. Immédiatement après le coït, il fait des ablutions prolongées sur les organes génitaux dans les eaux du fleuve. Comme il devait se marier prochainement, il examine avec le plus grand soin chaque jour les parties qu'il avait exposées à la contamination. Le 29 octobre, c'est-à-dire *plus de trois semaines après le coït*, ganglion génital dont le malade rapporte l'origine à un coup de tenaille. Ce ganglion devient rapidement phlegmoneux, et, huit jours après son début, c'est-à-dire le 6 novembre, le patient entre à l'Hôtel-Dieu.

On ouvre le bubon, on le panse avec des cataplasmes; mais, loin de se cicatriser, la plaie se convertit en ulcération, grandit peu à peu et suppure abondamment. Les bords sont durs et taillés à pic et toute la solution de continuité prend de plus en plus l'aspect chancreux.

On fait, le 14, deux inoculations sur la cuisse. Au bout de six jours, elles deviennent chancreuses.

Les organes génitaux étaient intacts. On ne parvint à découvrir aucun chancre ni sur eux, ni à l'anus, ni en aucun autre point. Le malade affirmait, d'autre part, que toutes les parties qu'on explora avec le plus grand soin étaient restées saines depuis la contamination.

Voilà donc une observation très-nette, très-catégorique et qui paraît présenter toutes les garanties que l'on peut souhaiter. Il est hors de doute que le malade a eu dans l'aine un bubon de nature chancreuse. Est-il aussi sûr qu'il ne s'était pas produit préalablement un petit chancre? C'est une objection qu'on peut toujours faire; mais il faut avouer qu'ici toutes les précautions ont été prises pour qu'il ne passât pas inaperçu. Il faudrait supposer qu'il s'était produit et qu'il avait parcouru toutes ses phases, à l'insu du malade, pendant les trois semaines qui se sont écoulées entre la contamination et l'apparition de l'adénite chancreuse. Ce qui est positif, c'est qu'il n'en existait aucune trace lorsque le malade est entré à l'hôpital.

« Les ablutions, dit M. Mollière, auxquelles mon malade s'est livré dans le Rhône, immédiatement après le coït, ont suffi pour préserver du chancre le gland et la verge. Il n'a pas pu vider ses vaisseaux lymphatiques et laver ses ganglions inguinaux. Voilà pourquoi il a eu un chancre ganglionnaire. »

Ce sont là, je le reconnais, des explications ingénieuses, et pourtant je ne puis pas considérer ce cas comme un exemple *irréprochable* de bubon d'emblée chancrelleux. J'en suis empêché par la longueur de l'incubation, c'est-à-dire par cet intervalle de trois

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er juillet 1879.

semaines qui s'est écoulé entre le moment de la contamination et les premiers symptômes de l'adénite.

Admettre cette incubation, ne serait-ce pas se heurter à une improbabilité pathologique et aller à l'encontre d'une vérité démontrée par la clinique et par l'expérimentation?

Ces globules de pus, chargés du principe virulent qu'on suppose avoir pénétré sans effraction appréciable dans le réseau des lymphatiques, ont dû être emportés, en quelques minutes, par le courant de la lymphe, jusqu'au ganglion qu'ils devaient contagionner.

Eh bien! qu'ont-ils fait dans ce petit milieu organique doué d'une si grande aptitude à concevoir l'action chancreuse et à en manifester immédiatement les effets?

L'ont-ils, à brève échéance, enflammé spécifiquement? Non. Ils sont restés inertes et inoffensifs, eux doués d'une énergie contagieuse si pénétrante et si prompte dans ses effets! Et ce ne serait que trois semaines au moins après avoir pénétré dans le ganglion qu'ils se seraient mis à l'œuvre et l'auraient converti en bubon chancrelleux!

Mais, me répondra-t-on, le pus virulent ne parcourt-il pas presque toujours les lymphatiques, sans y susciter une inflammation chancreuse? Oui; mais, s'il n'est pas emporté par la vitesse du courant, s'il s'arrête et séjourne dans un repli de valvule, est-ce qu'il n'y fait pas naître un abcès chancreux?

Et puis, si vous admettez que le pus virulent peut rester plus de trois semaines dans un ganglion lymphatique, sans l'altérer en rien, où vous arrêterez-vous? Quel délai ne lui accorderez-vous pas? Je ne vois aucune raison qui vous empêche de supposer que cette innocuité momentanée, au lieu de durer trois semaines, peut se prolonger pendant plusieurs mois, et vous êtes ainsi fatalement conduits à conclure que l'*incubation du bubon d'emblée peut être indéfinie*.

Je crois, au contraire, qu'elle devrait être très-courte, comme celle du chancre lui-même, et que si un bubon se produisait par le mécanisme de l'absorption du pus virulent, sans chancrelle préalable, l'action morbide commencerait aussitôt après la contamination et que ses effets se manifesteraient à la fin ou avant la fin du premier septénaire.

La brièveté de l'incubation me paraissant être une condition essentielle du bubon d'emblée, je ne puis pas regarder le fait de M. Mollière comme un exemple probant de cette affection.

Le fait de bubon d'emblée, publié en 1873 par M. Diday dans les *Annales de Dermatologie*, ne m'a pas non plus convaincu. Le savant médecin de Lyon ne l'a observé du reste que dans les premiers jours de son processus, et il s'en est rapporté pour les dernières phases au récit du malade.

Celui-ci, âgé de trente-huit ans, avait eu trois ans auparavant une syphilis dont M. le docteur Clerc l'avait traité et guéri. Le 15 novembre 1872 il lui survint, à la suite de rapports fréquents avec différentes femmes, un engorgement ganglionnaire dans l'aine droite, peu douloureux à la pression, presque sans adhérence au tégument, lequel n'avait pas changé de couleur.

Le 25 novembre (dixième jour de l'affection inguinale), M. Diday, que le malade était allé consulter, ne trouva aucun ulcère dans les diverses régions dont le système absorbant aboutit aux ganglions inguinaux. Il fut frappé par le désaccord qui existait entre l'évolution et la bénignité du mal d'une part, et, d'autre part, l'intensité de quelques phénomènes réactionnels, tels que fièvre, sueurs, survenant depuis peu, principalement le soir.

Jusqu'au 13 décembre (trentième jour de l'affection inguinale), l'état local persista avec les mêmes caractères, en s'aggravant toutefois, plutôt qu'en diminuant. La peau était devenue un peu adhérente, la marche légèrement douloureuse; l'état général s'était amélioré, et le sujet continuait ses occupations assez actives.

A la suite de voyages, de fatigues, d'absence de soins, le bubon finit par s'enflammer après avoir augmenté de volume ; et, un médecin l'ayant ouvert à la fin de décembre, il en sortit une certaine quantité de matière purulente.

Dix jours après l'incision du bubon, le malade, étant à Paris, alla consulter M. Clerc, qui, après avoir examiné l'engorgement, dit que c'était un bubon chancreux. L'ulcération se creusa, s'agrandit, et le malade entra dans le service de Demarquay à la maison de santé. On fit plusieurs cautérisations; la guérison eut lieu au bout de six semaines.

M. Diday, qui avait perdu cet homme de vue depuis le 13 décembre 1872, ne le revit que le 8 mai 1873 : il existait dans l'aine une grande cicatrice, et on en voyait une autre à six centimètres au-dessous sur la face antérieure de la cuisse. Elle provenait d'un bouton que M. Demarquay avait regardé comme un chancre d'inoculation.

Tel est le fait. Mon premier argument contre l'existence d'un bubon d'emblée chez ce malade portera sur la longueur et la bénignité du processus. Je ne pense pas que jamais un bubon chancreux ait mis quarante-cinq jours avant d'arriver à la suppuration. Le propre de cette adénite, c'est au contraire de s'enflammer très-vite et de former du pus avec une rapidité surprenante. J'ai l'habitude de ponctionner profondément, et avec un bistouri à lame étroite, ces adénites chancreuses presque dès leur apparition. Eh bien, en les pressant très-fortement, on en fait déjà sortir quelques gouttes de pus.

C'est là un des caractères les plus remarquables du bubon chancreux. Dès le début, il s'y forme du pus; dès le début, la peau adhère au ganglion et s'enflamme; la tumeur devient douloureuse et elle se convertit rapidement en une poche remplie de pus et fluctuante dans toute son étendue (1).

Rien de semblable ne s'est produit chez le malade de M. Diday. Le processus a été, au contraire, excessivement bénin et lent, puisque la peau n'a adhéré qu'au bout d'un mois, qu'il n'y avait pas encore de pus, et que c'est seulement quinze jours après, le malade n'étant plus soigné par M. Diday, que le foyer s'est formé et qu'on l'a ouvert.

Du reste, pour apprécier la durée du processus adéno-chancrelleux, je pourrai invoquer le témoignage de M. Diday lui-même. Dans son excellent livre sur le traitement des maladies vénériennes, cet éminent médecin dit de la manière la plus formelle que la durée de ce processus ne dépasse guère deux septénaires : « Il est rare, écrit-il, pour employer le langage des malades, que depuis qu'on s'est *senti une glande*, jusqu'à ce que le *foulaire* soit mûr, il se soit écoulé beaucoup plus de quinze jours (p. 202). »

Mon second argument repose sur l'absence de l'inoculation. Sans doute, il s'était formé une ulcération qui ressemblait à une ulcération chancreuse, et il fallait qu'elle lui ressemblât beaucoup puisqu'elle a été jugée telle par deux observateurs aussi habiles que MM. Clerc et Demarquay. Mais n'ai-je pas démontré dans la première partie de ce travail que les productions gommeuses ramollies de l'aine pouvaient donner lieu à des ulcérations si exactement semblables aux bubons devenus chancreux qu'on ne pouvait établir le diagnostic qu'en pratiquant l'inoculation?

Dans un fait anomal comme celui-ci, par le mode d'invasion de la lésion, par ses allures bénignes, son processus lent, il était indispensable d'inoculer les produits morbides.

Et qu'on veuille bien ne pas oublier que le malade était syphilitique depuis trois ans!

En rapprochant toutes ces circonstances, je suis conduit à penser qu'il s'agissait là, comme chez les malades dont j'ai raconté l'histoire précédemment, d'une production gommeuse de l'aine devenue ulcéreuse. La petite pustule, située au-dessous, n'était point une pustule d'inoculation, mais une ulcération syphilitique satellite de l'autre, ainsi que mon premier malade en a offert un exemple.

Telles sont les raisons qui m'empêchent d'admettre l'observation de M. Diday comme un exemple de bubon d'emblée.

(1) Je sais qu'il y a quelques exceptions à cette règle, mais je n'ai jamais vu de processus d'une pareille lenteur dans le bubon virulent.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juillet 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend : 1° une note de M. le docteur Bourdin (de Choisy-le-Roi) intitulée : *La constatation des décès, ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être;* 2° un extrait du testament de M. Jacquemier, qui lègue à l'Académie la somme de 20,000 francs, à la charge de fonder un prix biennal qui portera son nom et qui sera décerné par elle en séance à l'auteur d'un travail sur un sujet d'obstétrique qui aurait réalisé un progrès important. Ce travail devra être publié au moins six mois avant l'ouverture du concours ; 3° une note de M. le docteur Burq sur la statistique des décès ; 4° une note du docteur Rosolimos intitulée : *Recherches expérimentales sur l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires ; — du premier bruit du cœur, nouvelle doctrine de la pulsation cardiaque ;* 5° un mémoire de M. le docteur Rosan sur *le rétablissement des tours ;* 6° un rapport de M. le docteur Douin, médecin-major de première classe, sur le service médical de la troisième division à l'hôpital militaire de Bourbonne ; 7° un travail du docteur Heckel (de Marseille) intitulé : *Considérations générales sur la répartition des alcaloïdes dans les végétaux et étude physiologique de l'action de la strychnine sur les mollusques gastéropodes.*

### PRÉSENTATION

**M. Richet** présente à l'Académie, au nom de M. le docteur Galezowski, des échantillons de cristal de la famille des obsidiennes, d'une teinte fumée, pouvant servir avec avantages pour des lunettes-conserves. Ce cristal provient du Mexique ; il est dur et se raye difficilement ; il se couvre peu de buée. Taillé en différentes épaisseurs, de 3/4, de 1 1/2, de 2 1/2 et de 3 millimètres ; il peut donner quatre différentes teintes pour les conserves.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA STATISTIQUE DES DÉCÈS

L'Académie procède au vote des conclusions proposées par la commission dite de statistique médicale.

Voici ces conclusions :

1° L'Académie approuve pleinement l'intention qu'aurait le conseil municipal de Paris et l'administration préfectorale de demander aux médecins traitants leur coopération dans la détermination des causes de décès ; mais elle pense que cette coopération ne doit être obtenue qu'en se conformant aux conditions suivantes :

2° Il ne sera introduit aucune modification dans le service des médecins de l'état civil.

3° Après les formalités relatives à la déclaration et à la constatation d'un décès, l'administration enverra par la poste au médecin traitant un bulletin sur lequel celui-ci indiquera la cause de la mort ; il le renverra par la poste au bureau de statistique. Ce bulletin ne portera ni le nom ni les prénoms du décédé.

4° Les deux certificats de décès actuellement remplis par le médecin de l'état civil, celui qui sera envoyé au bureau de statistique, de même que le bulletin nosologique du médecin traitant, ne porteront aucune indication des nom et prénoms du décédé.

5° La statistique des causes de décès sera faite à l'Hôtel-de-Ville par des médecins.

6° Le bulletin hebdomadaire de la statistique médicale sera gratuitement expédié à tous les médecins de la ville.

### RAPPORT

**M. Rochard**, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bergeron et Delpech, donne lecture d'un rapport sur la coloration des jouets en caoutchouc par des substances inoffensives.

Voici les conclusions de ce rapport :

M. Turpin, à l'aide de substances complètement inoffensives, dont quelques-unes étaient alors de découverte toute récente, a dressé une table chromatique qui ne comporte pas moins de 1,440 teintes différentes, disposées suivant la coordination des couleurs telle qu'elle a été indiquée par M. Chevreul. L'auteur a adressé cette table à l'Académie, ainsi qu'une collection de soixante-douze tubes de ces couleurs sans poison. Il en donne dans son mémoire la composition exacte, le mode de préparation et d'emploi. Déjà les substances employées par M. Turpin avaient été analysées dans le laboratoire de M. Wurtz, mais il n'était pas démontré que celles dont l'Académie était mise en possession fussent de même nature.

M. Hardy, chef des travaux chimiques de l'Académie, a bien voulu se charger de les analyser à son tour, et il a reconnu l'exactitude parfaite des formules données par M. Turpin et la complète innocuité des matières colorantes dont il se sert.

En résumé, les jouets préparés suivant les formules de l'auteur ont pour base une combinaison de caoutchouc, de carbonate de chaux, de soufre et d'oxyde de zinc, ce dernier complètement exempt d'arsenic. Les matières colorantes dont les échantillons ont été adressés à l'Académie ne renferment aucune matière toxique.

M. Turpin a donc rendu à l'hygiène un important service. En conséquence, la Commission propose de lui adresser des remerciements et de déposer honorablement son mémoire dans les archives.

Après avoir entendu la lecture de ce rapport, l'Académie en accepte les conclusions et décide le renvoi de ce mémoire à M. le ministre du commerce.

### LECTURE

**M. Colin** lit un manuscrit intitulé : *Nouvelles recherches sur le rôle des ganglions lymphatiques dans la genèse du charbon.*

Ce mémoire a surtout pour but de prendre date au sujet de nouvelles recherches sur l'étiologie du charbon, recherches que M. Colin a entreprises suivant un programme tracé par lui-même dans une précédente communication académique faite le 3 mars de l'année dernière et qui, depuis lors, a été développé de nouveau par d'autres. Ce programme consiste à rechercher la porte d'entrée que pourrait avoir la bactéridie charbonneuse, si tant est que cette bactéridie soit bien la cause du charbon et qu'elle vienne du dehors, par inoculation ou autrement, même dans les cas de charbon dit spontané.

Une fois sachant : 1° que les ganglions sont les premiers à acquérir la virulence sur les animaux en voie de contracter le charbon ; 2° que ces organes deviennent virulents suivant un ordre déterminé, avant même l'apparition des bactéridies dans leur tissu et dans leurs liquides, et qu'ils le demeurent un certain temps à l'exclusion de tous les autres, le sang ne possédant alors aucun pouvoir contagifère, ce que M. Colin a démontré d'abord dans la première communication indiquée plus haut, il était naturel de croire que l'on pourrait déterminer, par l'examen précoce des divers ganglions sur des animaux pris de charbon, le point par lequel la maladie aurait débuté, et par conséquent sa porte d'entrée.

A cet effet, M. Colin vient d'aller en Beauce étudier le charbon spontané des moutons.

L'hypothèse de l'entrée des agents virulents par le tube intestinal peut surtout invoquer en sa faveur le contraste frappant qui existe entre l'état des ganglions mésentériques dans le charbon spontané et celui des mêmes ganglions chez les animaux où la maladie est le résultat d'une inoculation de la peau du tronc ou des membres. Tandis que, chez les premiers, les ganglions mésentériques sont noirs et infiltrés, ils demeurent ordinairement, chez les seconds, pâles, grisâtres, presque à l'état normal.

Mais le sens des lésions des glandes mésentériques n'est pas toujours clair, parce que ces lésions peuvent surgir en l'absence de toute importation extérieure d'agents virulents par les voies intestinales, et notamment dans les trois conditions suivantes :

1° Dans le cas de charbon lent, quel que soit le mode d'inoculation ;

2° Lorsque, dans les derniers temps de la vie, les animaux charbonneux peuvent se gorger d'eau ;

3° Enfin, une troisième cause d'erreur vient de ce que, lorsque l'autopsie n'est pas faite immédiatement après la mort, les ganglions se teignent encore en rouge foncé à un degré qui étonne.

Il ne suffit donc pas de trouver les ganglions du mésentère noirs, infiltrés, pour être autorisé à regarder l'intestin comme la voie d'introduction des agents virulents du charbon.

Après avoir développé et prouvé par le récit de nombreuses expériences chacune de ces propositions, M. Colin montre que la question se complique encore si l'on passe de l'examen des ganglions mésentériques à celui des autres ganglions des diverses régions.

Il annonce qu'il étudiera parallèlement, dans une communication prochaine, ce qu'on observe à ce point de vue dans les charbons d'inoculation, soit rapides, soit lents ou très-lents, et dans les charbons dits spontanés.

### PRÉSENTATION DE MALADE

**Opération césarienne suivie de l'ablation de l'utérus et des ovaires d'après la méthode de Porro (de Pavie); guérison.** — M. TARNIER met, d'une part, sous les yeux de l'Académie un bocal renfermant l'utérus et les deux ovaires qu'il a enlevés sur une malade, suivant la méthode de Porro, en lui faisant l'opération césarienne, et, d'une autre part, il présente cette femme parfaitement guérie.

Cette malade, dit-il, attirera l'attention de l'Académie parce que, depuis 1787, l'opération césarienne n'avait pas réussi à Paris; de plus, elle n'avait jamais réussi dans nos hôpitaux, tandis que cette femme a été opérée à la Maternité en présence de toutes les élèves sages-femmes.

Voilà deux fois que M. Tarnier pratique l'opération césarienne. La première fois, en ville, le 24 février 1879, sur une femme de la clientèle de M. le docteur Reinvilliers, âgée de vingt-quatre ans, atteinte d'une tumeur fibreuse qui remplissait toute l'excavation. Elle était enceinte de huit mois. Après une consultation avec le docteur Depaul, on décida qu'on attendrait le travail. Le 17, rupture des membres; le 20, cessation des mouvements de l'enfant, fièvre, état mauvais, fétidité des excrétions vaginales; le 24, on fait l'opération, on trouve l'enfant et le placenta putréfiés; trois jours après, la femme meurt d'infection putride; ce qui mène à cette conclusion que, quand on veut réussir, il faut opérer de bonne heure.

Le second fait est relatif à une femme de trente-six ans, entrée à la Maternité le 20 mars 1879, à onze heures du matin. Cette femme, haute de 1 mètre 27 centimètres, présente tous les signes du rachitisme; le bassin rachitique, pseudo-ostéomalacite, mesure d'avant en arrière 6 centimètres, mais les parois antéro-latérales faisaient saillie en dedans, et il eût été absolument impossible de faire la céphalotripsie. D'ailleurs, le col n'était pas dilaté, bien que les membranes fussent rompues depuis trois jours; l'enfant était mort depuis l'avant-veille. L'opération eut lieu le 20, à trois heures de l'après-midi. Les parois abdominales une fois ouvertes, l'utérus fut ouvert à son tour; on retira l'enfant, on amena au dehors l'utérus et les ovaires, et on plaça sur l'utérus, au niveau de l'union du col et du corps, un serre-nœud de Cintrat, et, au-dessus, une broche, maintenue elle-même par un second fil de fer que l'on plaça au-dessus. Il n'y eut pas de frisson, pas de douleurs de ventre, pas de vomissements; la température n'excéda pas 38 degrés 6 dixièmes.

Comme pour une ovariotomie, dès les premiers jours, on avait donné du champagne et du bouillon.

Ce succès est-il dû au hasard? M. Tarnier ne le pense pas, pour deux raisons :

1° L'ablation de l'utérus supprime deux des causes les plus fréquentes de la mort après l'opération césarienne, à savoir : l'hémorrhagie utérine et la péritonite par épanchement des lochies dans le ventre. En effet, on enlève à la fois l'utérus et la double plaie utérine et placentaire;

2° On a employé la méthode antiseptique dans toute sa rigueur, ce qui doit avoir accru les chances de guérison.

En effet, depuis trois ou quatre ans, MM. Tarnier, Lucas-Championnière et Polaillon ont pratiqué, à eux trois, huit grandes opérations dans les salles de la Maternité.

MM. Lucas-Championnière et Polaillon ont fait cinq ovariotomies, toutes suivies de guérison.

M. Tarnier a fait lui-même deux fois la gastrotomie pour grossesse extra-utérine, et enfin l'opération de Porro en question. Il n'a perdu qu'une seule de ses malades, une de celles sur lesquelles il avait pratiqué l'opération extra-utérine.

Sept succès sur huit grandes opérations dans un hôpital qui a une réputation aussi mauvaise que la Maternité, c'est un résultat excellent, dû à la méthode antiseptique.

M. Tarnier saisit cette occasion pour affirmer à l'Académie que, malgré sa mauvaise réputation, la Maternité est un des hôpitaux d'accouchement où l'on meurt le moins.

M. Tarnier croit être le premier chirurgien qui ait pratiqué l'opération de Porro en France.

Depuis Porro, qui l'a faite à Pavie le 25 mai 1876, cette opération a été pratiquée vingt-huit fois et a donné quinze succès. Un Américain, Stover, l'avait déjà tentée en 1868, mais son opérée était morte, et ce fait n'avait pas eu de retentissement.

Qu'adviendra-t-il de cette opération?

M. Tarnier croit qu'elle prendra rang dans la chirurgie classique comme une des meilleures que l'on puisse faire. Elle lui paraît supérieure à l'opération césarienne simple. Quand il s'agit avant tout de sauver la femme d'un danger immédiat, il est de peu d'importance de supprimer les organes de la génération et d'empêcher une nouvelle grossesse.

Jusqu'ici, M. Tarnier était partisan de la céphalotripsie. Aujourd'hui ses convictions sont un peu ébranlées par les succès que donne l'opération de Porro. Dans les rétrécissements moyens du bassin on pourrait hésiter; on comprend même qu'on préfère la céphalotripsie, car, une fois la femme guérie, elle peut avoir d'autres enfants quand on a recours pour elle à l'accouchement prématuré artificiel. Mais, dans les rétrécissements extrêmes mesurant moins de 66 millimètres, la céphalotripsie, qui tue tous les enfants, sauve à peine la moitié des femmes. L'opération de Porro sauverait tous les enfants et, comme la céphalotripsie, la moitié des femmes.

M. Tarnier croit donc que cette opération est rationnelle et appelée à rendre de grands services. Il insiste sur ce point : qu'il importe d'opérer de bonne heure. C'est ainsi qu'on peut sauver l'enfant qu'un travail prolongé exposerait à mourir, et qu'on met la femme dans les conditions les meilleures pour le succès.

La séance est levée à cinq heures un quart.

---

## BIBLIOGRAPHIE

I. **De l'intelligence,** par M. H. TAINE (de l'Académie française). 1 vol in-12. Prix : 7 francs. Paris, Hachette et Ce. — II. **Dictionnaire de botanique**, par M. H. BAILLON. 11e fascicule (*Chla-Cist*). 1 vol. in-8°. Prix : 5 francs. Paris, Hachette et Ce. — III. **Études sur la formation et la division des cellules,** par M. Édouard STRASBURGER, professeur à l'Université d'Iéna; traduction de J.-J. KICKZ, professeur à l'Université de Gand. In-8° avec 8 planches. Prix : 20 francs. Paris, F. Savy. — IV. **Mesmer, le magnétisme animal, les tables tournantes et les esprits,** par M. BERSOT (de l'Institut). In-12. Prix : 3 francs. Paris, L. Hachette et Ce.

I. Par intelligence on entend aujourd'hui ce qu'autrefois on entendait par entendement ou intellect, à savoir la faculté de connaître; c'est dans ce sens que M. Taine a pris le mot.

Il s'agit donc ici de nos connaissances et non d'autre chose. Si l'auteur s'est occupé des facultés, c'est pour montrer qu'en soi, et à titres d'entités distinctes, elles ne sont pas.

La psychologie, par cette précaution, devient une science de faits. De tout petits faits bien choisis forment aujourd'hui la matière de toute science. Étudier ces éléments, voir comment ils naissent, en quelles façons et à quelles conditions ils se combi-

nent et quels sont les effets constants des combinaisons ainsi formées : telle est la méthode suivie par l'auteur.

Dans la première partie on a dégagé les éléments de la connaissance ; de réduction en réduction, on est arrivé aux plus simples, puis de là aux changements physiologiques qui sont la condition de leur naissance.

Dans la seconde partie, l'auteur a d'abord décrit le mécanisme et l'effet général de leur assemblage, puis, appliquant la loi trouvée, il a examiné les éléments, la formation, la certitude et la portée de nos principales sortes de connaissances, depuis celle des choses individuelles jusqu'à celle des choses générales, depuis les perceptions, prévisions et souvenirs les plus particuliers jusqu'aux jugements et axiomes les plus universels.

Chemin faisant, M. Taine indique avec un soin scrupuleux les théories qu'il emprunte à autrui. Il y en a trois principales : la première, très-féconde, esquissée et affirmée par Condillac, mais sans développements ni preuves suffisantes, pose que toutes nos idées générales se réduisent à des signes ; la seconde, sur l'induction scientifique, appartient à Stuart Mill ; la troisième, sur la perception de l'étendue, appartient à Bain. Le reste, méthodes et conclusions, est nouveau.

M. Taine, dans sa savante préface, nous fait assister au développement de sa pensée. On le suit avec le plus vif intérêt dans les recherches très-curieuses qu'il a dû faire dans toutes les sciences. On est comme surpris de la manière magistrale dont il expose tous les faits actuels disséminés un peu partout. Mais la surprise disparaît quand on sait que M. Taine est un de nos plus laborieux philosophes. Le monde médical n'ignore pas avec quelle persistance il est venu frapper à toutes nos portes, suivant avec le plus vif intérêt nos travaux et finissant par posséder merveilleusement le dernier mot de la science actuelle.

M. Taine est une personnalité des plus remarquables. Nous qui l'avons applaudi dans ses magnifiques succès scolaires, qui, de loin, l'avons suivi dans le développement de sa vie, nous avons toujours professé pour lui la plus vive sympathie. Le livre que nous avons sous les yeux est bien la confirmation de toute une vie de labeur. Il sera discuté sans aucun doute, mais on ne pourra que rendre justice à la direction imprimée à ses recherches.

Exposer en détail ce que représentent deux volumes bourrés de faits intéressants est bien chose impossible dans un simple article bibliographique. Mais il nous importe d'attirer vivement l'attention de nos confrères sur ce livre. Il est précieux pour l'homme du monde et le philosophe, mais il est aussi du plus haut intérêt pour nous, médecins. Nous y trouverons résumées bien des conquêtes modernes, et ce livre est de ceux qui portent à la méditation.

Il est un chapitre que nous recommandons tout particulièrement à l'attention de nos lecteurs : c'est celui qui est consacré à l'acquisition du langage par les enfants. Cette étude est des plus curieuses, et l'on se prend seulement à regretter qu'elle se trouve interrompue. L'observation n'a pu être continuée.

Après avoir, pendant quinze années, contribué à des psychologies particulières, M. Taine a voulu aborder la psychologie générale. Pour l'embrasser tout entière, il faudrait à la théorie de l'intelligence ajouter la théorie de la volonté. Il y a là, pour M. Taine, une œuvre bien tentante, et nous serons heureux de le voir un jour aborder ce problème.

II. Ce onzième fascicule ouvre le second volume du *Dictionnaire de Botanique*.

Nous signalerons les articles : *Chlænacées*, par M. Baillon ; *Chlorophylle*, par M. de Lanessan ; *Circulation*, du même auteur ; *Cire végétale* et *Cirier*, par M. Tison.

Il nous est arrivé déjà bien des fois de faire remarquer que certains articles étaient de vraies monographies. Les articles *Chlorophylle* et *Circulation* sont entièrement dans ce cas. Peut-être même pourrait-on leur reprocher un trop grand développement pour des articles de dictionnaire.

Mais il ne faut pas être plus royaliste que le roi, et, si M. Baillon ne craint pas que des travaux de cette étendue finissent par beaucoup grossir le *Dictionnaire*, il ne faut pas se plaindre. Le lecteur et la science y trouveront leur compte.

III. Nous devons remercier l'éditeur, M. Savy, de nous faire connaître ce livre, qui a déjà quelques années de date, mais qui était peu connu en France. Quelques exemplaires sont à la disposition des botanistes.

Il ne faut pas croire que cette édition française soit la reproduction servile de l'édition allemande ; le professeur Strasburger, depuis la publication de son livre, n'a pas cessé de continuer ses études sur les cellules. L'édition française présente même une planche plus correcte (pl. VI) où l'on trouvera représenté un objet qui lui a semblé pouvoir mettre en lumière les phénomènes de la division ; ce sont les cellules-mères des spores d'*Equisetum*, dont il ne disposait pas dans le temps.

Les cellules animales ont été profondément étudiées et remaniées : on en trouvera la preuve dans les dessins qui représentent les phénomènes de la division cellulaire dans les embryons de l'*Unio pictorum*. Un nouveau chapitre expose les phénomènes de la fécondation dans leur rapport avec la division cellulaire.

Le chapitre de la formation et de la division des cellules a été retranché.

C'est, comme on le voit, une œuvre nouvelle et digne d'être signalée à l'attention des savants.

IV. Pour la quatrième fois, M. Bersot attire l'attention du monde savant sur le magnétisme animal, et autres phénomènes plus ou moins singuliers de ces derniers temps. C'est en 1852 que M. Bersot écrivait la première édition de ce livre. Alors ce n'était qu'une biographie de Mesmer, avec quelques réflexions sur le magnétisme animal. Depuis sont survenues les tables tournantes et parlantes et les esprits. Pendant vingt-trois ans, de 1853 à 1876, le public s'est occupé plus ou moins de ces questions. M. Bersot leur a fait une place dans son livre : il suit le mouvement, et, comme l'histoire de la sottise humaine est loin de s'épuiser, ce livre aura encore bien des occasions de se grossir.

Le livre est à jour aujourd'hui ; il est du plus vif intérêt ; très-bien conçu et très-bien écrit, ce qui lui assure un succès non-seulement de curiosité, mais d'œuvre littéraire. Nos lecteurs nous sauront gré de le leur signaler.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date des 26 et 27 juillet 1879, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade d'officier* : MM. le professeur Broca, membre de l'Académie de médecine ; le docteur Dumesnil, inspecteur général des établissements de Bienfaisance au ministère de l'intérieur ; le docteur Paul Horteloup, chirurgien des hôpitaux.

*Au grade de chevalier* : MM. le docteur Passant, secrétaire général de la Société médicale des bureaux de bienfaisance ; le docteur Henri Claisse, médecin en chef de l'Institution nationale des jeunes aveugles ; le docteur Escoffier, médecin du bureau de bienfaisance du 3me arrondissement ; le docteur Masson (Élie-Narcisse) médecin à Paris ; le docteur Regnier, médecin en chef de l'hôpital de Blaye ; le docteur Cipières (de Figeac) ; le docteur Duhamel, chirurgien adjoint de l'hôpital de Boulogne-sur-mer ; le docteur Dunoyer.

— M. le professeur Chatin (de l'Institut) fera sa prochaine herborisation le dimanche 3 août, dans la forêt de Rambouillet. Rendez-vous à la gare Montparnasse, à sept heures et demie du matin, pour prendre le train qui partira à huit heures pour la station du Perray.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Avis.* — M. de La Porterie st prévenu qu'il subira son troisième examen de fin d'année le vendredi 1er août, à une heure précise.

---

Le Directeur : Dr E. Le Soupd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8511.

N° 89. — SAMEDI 2 AOUT 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 2 AOUT 1879. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Laryngite suffocante dans la convalescence de la rougeole.

C'est une complication bien rare que la laryngite suffocante suivie de mort dans la rougeole, à quelque période que ce soit de la maladie.

L'auteur de l'article ROUGEOLE, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, n'en cite pas d'exemple.

Pourtant M. Bourdon en a déjà observé deux cas : l'un, tout récemment, sur un enfant de dix-huit mois, dans son service à la Charité; l'autre, il y a longtemps, chez un enfant de trois ans qu'il voyait en consultation avec M. Blache.

C'est quand il était depuis quelques jours en convalescence de son affection éruptive que le petit enfant du service de la Charité fut pris d'accès de suffocation. Pendant ces accès, il avait la toux rauque et la voix éteinte, comme dans le croup. Mais, si le faux croup est fréquent au début de la rougeole, avant toute éruption, il est rare, au contraire, dans la convalescence. D'ailleurs les accès de suffocation eurent une persistance qu'ils n'ont pas d'ordinaire dans le faux croup du début de la rougeole. Pendant deux jours, ils se multiplièrent, devenant de plus en plus intenses, et l'enfant, étouffé, violet, sans connaissance, paraissait tout à fait sur le point de mourir, quand on lui pratiqua la trachéotomie.

On avait pu se demander s'il ne s'agissait pas de diphthérie. Les croups d'emblée sont rares, il est vrai; mais dans les hôpitaux, au milieu de germes morbides de toutes sortes, la survenance d'une affection diphthéritique dans la convalescence est malheureusement très-commune.

Après l'opération, qui fut très-laborieuse à cause du peu de diamètre de la trachée à cet âge, l'enfant se ranima; il revint à lui, reconnut ceux qui l'entouraient, fit des caresses à sa maman et des risettes aux opérateurs. Mais, une quinzaine d'heures plus tard, il mourut; et à l'autopsie on s'assura qu'il n'existait pas de fausses membranes ni dans le larynx, ni dans la trachée, ni dans les bronches. Les cordes vocales inférieures étaient enflammées et épaissies; c'était la seule lésion par laquelle on pût expliquer les accès violents de suffocation. Une broncho-pneumonie, de moyenne intensité, mais occupant les deux poumons, avait certainement contribué à l'issue funeste.

Chez l'autre enfant, qu'il avait soigné avec M. Blache, M. Bourdon avait vu également les accès de suffocation survenir quelques jours après le début de la convalescence. Chez lui, non plus, il n'existait pas de diphthérie. Mais on ne lui fit pas la trachéotomie, la mort étant survenue tout à coup, dans un accès de suffocation, au moment où l'on pratiquait une injection dans le pharynx, à l'aide de l'abaisse-langue perforé de Guersant.

Ces deux faits, se complétant l'un l'autre, méritaient d'être signalés.

### Hyperostoses chez l'adulte. — Ostéite déformante.

Les gonflements osseux survenus chez l'adulte, sans douleur ou presque sans douleur, en l'absence de toute cause constitutionnelle ou diathésique, n'ont été, en France, l'objet d'aucune description magistrale, d'aucune étude approfondie.

Les faits de ce genre, quand il s'en rencontrait, se trouvaient perdus, en général, parce que, ne rentrant dans aucun cadre de notre science classique, ils étaient laissés de côté comme isolés et par là même étranges.

D'ailleurs une affection qui ne met point obstacle à l'accomplissement d'aucune grande fonction, et ne fait pas souffrir ou fait souffrir à peine, est bien rarement, par elle-même, une cause suffisante d'admission dans un hôpital.

Il faut d'ordinaire un accident pour conduire de tels malades, soit dans un service de chirurgie, soit dans un service de médecine.

C'est dans un service de médecine, où il était entré pour une hémiplégie, que nous avons vu le malade dont l'observation a paru dans notre Revue clinique du 5 juin dernier.

Aussi ne faut-il pas s'étonner si les chirurgiens les plus célèbres, auxquels nous avons parlé de ce fait, nous ont affirmé n'avoir rencontré aucun cas semblable dans leur pratique hospitalière.

Et en effet c'est en dehors de la pratique hospitalière que sir Paget a recueilli récemment les éléments d'un mémoire remarquable qui vient combler cette lacune de nos connaissances médicales.

Ce mémoire, qui nous a été signalé par notre cher ami, le docteur Chrysaphis, lu devant la *Société médico-chirurgi-*

*cale de Londres,* a été publié dans le volume XLII de la nouvelle série des actes de cette société (*medico-chirurgical transactions* 1877). Il repose sur un ensemble de cinq observations, dont la première, complétée par une autopsie, est d'autant plus intéressante que M. le docteur Paget a pu suivre toutes les phases de la maladie pendant un espace de plus de vingt ans.

Il s'agissait d'un de ces gentilshommes campagnards, nombreux en Angleterre, dont la vie est généralement assez active. Celui-ci, né de parents qui avaient atteint une vieillesse avancée sans maladie et sans infirmité, père d'enfants très-bien portants, avait toujours lui-même paru jouir d'une santé parfaite jusque vers l'âge de quarante-six ans. Il est spécialement noté qu'il n'y avait jamais eu dans sa famille aucun antécédent de goutte ou de rhumatisme et qu'il n'avait lui-même éprouvé jusqu'alors aucune douleur. Il habitait pourtant un lieu froid et humide dans le nord de l'Angleterre.

En 1854, ayant quarante-six ans, il éprouva, pour la première fois, quelques douleurs passagères dans les membres, surtout après un violent exercice. Mais ces douleurs n'étaient jamais bien vives et il ne s'en préoccupait pas. L'année suivante, il s'aperçut d'un commencement de gonflement osseux à la jambe gauche. Ce gonflement s'accentua lentement, et, en 1856, quand M. Paget fut consulté pour la première fois, il constata que le tibia gauche, dans sa moitié inférieure, était augmenté de volume, que sa surface était inégale et couverte de nodosités, et qu'il en était de même de la moitié inférieure du fémur gauche.

Il n'y avait, du reste, sur les points affectés aucune sensibilité à la pression; les douleurs spontanées qui avaient été ressenties occasionnellement dans ce membre avaient toujours été légères. La santé générale restait parfaite.

Trois ans plus tard, le tibia gauche, qui avait encore grossi, présentait une courbure bien marquée en avant et en dehors. Le fémur gauche était très-manifestement augmenté de volume, incurvé en dehors, et on y sentait comme une sorte de tubérosité, à l'union de son tiers supérieur avec son tiers moyen. Le côté gauche du pelvis paraissait élargi; le grand trochanter de ce côté était plus distant que l'autre de la ligne médiane, d'un centimètre et demi, à peu près. La jambe gauche était plus courte que la droite de 8 millimètres environ. Le malade accusait un élargissement du côté gauche de son crâne, mais ce n'était pas bien manifeste.

Malgré ces changements progressifs, cet homme, qui souffrait fort peu et d'une façon passagère, continuait à mener la vie très-active du gentilhomme compagnard, faisant de longues courses, soit à pied, soit à cheval, étant de toutes les parties. Il avait essayé de beaucoup de remèdes, mais sans aucun profit. Il s'était particulièrement toujours trèsmal trouvé de l'iode.

Pendant les dix-sept ans qui suivirent, l'affection progressa uniformément et très-lentement. Le tibia et le fémur gauches grossirent encore et se courbèrent davantage. Ceux du côté droit, à leur tour, suivirent lentement la même marche, de telle sorte que la difformité devint à peu près symétrique, sauf que la jambe gauche était courbée un peu plus en dehors que la droite. Les genoux ne pouvaient plus être rapprochés, il s'enraidirent graduellement et, comme par rigidité de leurs tissus fibreux, ils perdirent beaucoup de leur mobilité naturelle.

En même temps le crâne s'élargissait peu à peu, de telle sorte que chaque année il fallait élargir le chapeau du malade et la coiffure militaire qu'il revêtait comme faisant partie d'un corps de volontaires. Cet élargissement graduel dépassait 12 centimètres en 1876. La tête conservait cependant une forme normale et un aspect intelligent.

Dans les trois ou quatre dernières années de la vie, les changements de dimension et de forme des membres inférieurs et de la tête s'arrêtèrent, ou, du moins, furent insensibles.

L'épine dorsale s'était courbée très-lentement et était devenue rigide. Une première courbure, postérieure, non angulaire, comprenait tout l'ensemble des vertèbres du cou et les premières dorsales; une seconde, antérieure, semblable, comprenait les dernières dorsales et toutes les lombaires. La diminution de longueur qui en résultait pour la colonne était de 11 centimètres.

La poitrine était devenue étroite et comme resserrée latéralement, profonde, au contraire, d'avant en arrière. Les mouvements du thorax avaient perdu de leur ampleur, comme s'il existait un certain degré de raccourcissement et de rigidité des connexions fibreuses des vertèbres et des côtes.

L'attitude habituelle du malade était particulière et étrange. La tête était portée en avant et en bas, de telle sorte que le cou paraissait extrêmement court, et qu'à l'état de repos, le menton était de plus de 3 centimètres plus bas que le bord supérieur du sternum. Une poitrine étroite et très-courte, un abdomen encore plus court et très-large, un bassin large et bas, des bras, naturellement longs, qui venaient pendre le long des cuisses dans la station debout, tout cet ensemble avait quelque chose de simien, et contrastait étrangement avec le développement du crâne, la régularité et la beauté des traits.

Comme complications, on nota : en 1870, une arthrite aiguë, momentanée, du genou gauche; en 1872, des hémorrhagies rétiniennes, qui abolirent à peu près la vue, d'abord dans un œil, puis dans l'autre; il y eut aussi de la surdité; en 1874, des crampes dans les jambes et des douleurs névralgiques par tout le corps, sauf à la tête; il suffit d'un changement d'air pour les faire disparaître.

Enfin, dans le mois de janvier 1876, le malade commença à éprouver dans l'avant-bras gauche et dans le coude des douleurs qu'il considéra comme névralgiques, mais qui allèrent en s'aggravant et qui furent suivies de l'apparition d'une tumeur dure occupant la partie supérieure du radius. Cette tumeur s'accrut rapidement. La santé générale, qui s'était jusqu'alors conservée très-bonne, s'altéra; il survint de l'émaciation; les forces se perdirent, et enfin le malade mourut le 24 mars, après une agonie de deux jours, avec suffusion dans la plèvre du côté droit.

Au point de vue clinique, cette observation est extrêmement instructive; nous en avons traduit, à peu près mot pour mot, ce qui en était plus spécialement relatif à l'affection osseuse en question.

Quant aux détails de l'autopsie, qui occupent une très-large place dans le mémoire de M. Paget, nous en retrouverons les points principaux, en ce qui touche les modifications de structure des os affectés, dans un exposé général que nous reproduirons plus loin.

Disons seulement que les os du crâne avaient quadruplé d'épaisseur, que leur tissu compact avait été le siège d'un travail progressif de vascularisation et de raréfaction; qu'un processus tout à fait analogue avait également envahi le tissu compact des tibias, des péronés et des fémurs, lui don-

nant à peu près l'aspect, sur certains points, d'un tissu médullaire; que ces os avaient donc perdu de leur solidité, bien qu'étant grossis, ce qui explique le redressement du col du fémur, en même temps que la courbure des os des membres inférieurs.

Les quatre autres observations, données également par M. Paget, sont infiniment moins étendues. Il s'agit de malades observés en passant, ou du moins durant un temps assez court.

L'un présentait une courbure semblable des membres inférieurs et de l'épine dorsale, courbure qui s'était produite dans l'âge mûr; il avait éprouvé, paraît-il, des douleurs assez intenses, qu'il calmait par l'application de révulsifs. Il finit par être atteint d'un cancer médullaire et très-vasculaire de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Un autre eut surtout des gonflements des tibias avec courbure du même genre; lui aussi se plaignait de douleurs assez vives; il aurait eu recours en vain à l'iodure de potassium et à plusieurs autres remèdes.

De ces deux-là, ni l'un ni l'autre n'avaient jamais eu ni syphilis, ni goutte, ni rhumatisme; ils jouissaient d'une santé générale excellente, alors que l'affection osseuse en question existait déjà depuis longtemps.

Un autre avait été traité pour un rhumatisme des jambes quelques années avant qu'on s'aperçût du gonflement de son tibia. L'affection atteignit chez lui successivement tous les os du squelette. Les cotes s'immobilisèrent, la respiration devint difficile, la voix de plus en plus faible. Cet homme finit par mourir étouffé à l'âge de soixante ans. Il avait éprouvé des sensations étranges dans la tête, à certains moments, une confusion mentale qui ne lui permettait pas de reconnaître les mots. A l'autopsie, on découvrit sur la surface arachnoïdale de la dure-mère un épithélium gros comme une châtaigne, qui comprimait la substance cérébrale près de la scissure de Sylvius.

Quant au cinquième, ce n'était pas un cancéreux, mais un goutteux. L'affection osseuse débuta chez lui également par les tibias, vers l'âge de trente-huit ans. Elle atteignit un grand nombre d'os, y compris ceux des membres supérieurs.

Nous devons nous borner à cette simple mention d'observations qui ne sont qu'accessoires dans le mémoire de M. Paget.

C'est en effet principalement sur la première, résumée plus haut, que ce célèbre chirurgien a basé la description suivante d'une nouvelle unité morbide, pour laquelle il propose la dénomination d'*ostéite déformante*.

Nous ne ferons ici que traduire le texte anglais :

« Cette affection commence vers l'âge mûr ou plus tard : elle est très-lente dans sa marche, peut persister durant des années sans retentissement sur la santé générale, et peut n'amener aucun autre trouble que ceux qui sont dus aux changements de forme, d'étendue et de direction des os affectés. Même quand le crâne est considérablement épaissi, et quand tous ses os sont excessivement altérés dans leurs tissus, l'intelligence reste intacte.

« La maladie affecte très-fréquemment les os longs des extrémités inférieures et le crâne, et elle est habituellement symétrique. Les os s'élargissent et se ramollissent. Ceux qui ont un poids à supporter cèdent, se courbent et se déforment. L'épine, soit parce qu'elle cède au poids du crâne hypertrophié, soit par suite d'une altération de son tissu propre, peut se courber et paraît alors se raccourcir avec un accroissement considérable des courbures dorsales et lombaires. Le pelvis peut s'élargir. Le col du fémur peut devenir presque horizontal; mais les membres, quoique déformés, restent forts et capables de supporter le tronc.

« Dans ses périodes de début, et parfois durant toute son évolution, la maladie s'accompagne de douleurs dans les os affectés, douleurs extrêmement variables en intensité, décrites de façons diverses, comme rhumatismales, goutteuses ou névralgiques, et qui ne sont pas particulièrement nocturnes ou périodiques. Il n'y a pas de fièvre. Aucune condition caractéristique de l'urine ou des matières fécales n'a été trouvée dans cette maladie. Elle n'est associée ni à la syphilis, ni à aucune autre maladie constitutionnelle connue; sauf le cancer, qui, dans trois cas sur cinq bien caractérisés, a apparu tardivement dans les derniers temps de la vie : proportion sans doute considérable, qui peut-être n'excède pas celle qui pourrait résulter de coïncidences fortuites, mais qui demande de nouvelles recherches faites avec le plus grand soin.

« A l'examen *post mortem,* les os présentent les conséquences d'une affection inflammatoire. Dans ceux du crâne toute l'épaisseur s'en trouve affectée; dans les os longs, principalement le tissu compact, non-seulement celui qui forme le revêtement extérieur de leur corps, mais encore, manifestement, celui des surfaces articulaires.

« Les altérations de tissu qui se produisent dans les périodes du début n'ont point encore été observées; mais on peut certainement les considérer comme inflammatoires, car le ramollissement y est associé avec le gonflement, avec une production excessive de tissu imparfaitement organisé et avec un apport sanguin exagéré.

« L'inflammation persiste-t-elle à un certain degré jusqu'à la fin? Ou au contraire, après plusieurs années de marche progressive du mal, survient-il quelque modification réparatrice, comme une sorte de condensation consécutive, pour ainsi dire, du tissu d'abord ramolli? C'est un point douteux. »

Nous allons ajouter seulement quelques réflexions que nous suggère la comparaison des faits précédents avec celui que nous avons vu dans le service de M. Damaschino.

Chez ce dernier malade, le tibia, hypertrophié et courbé, offre bien l'aspect qui est représenté sur les planches photographiques du mémoire de M. Paget.

L'apparition tardive de la maladie osseuse, son évolution lente et progressive, la conservation de la santé générale excellente pendant qu'elle évoluait, tout semble indiquer que chez lui il s'agit bien de l'unité morbide décrite ci-dessus.

Mais, et c'est là un point sur lequel j'insiste, jamais, chez ce malade, il n'avait existé, à aucune époque, aucune espèce de douleur dans l'os affecté.

Il conviendrait donc de modifier ce qui a trait aux douleurs locales dans la description qui précède.

M. Paget remarquait déjà qu'elles variaient beaucoup en intensité, suivant les cas; il faut ajouter qu'elles peuvent faire entièrement défaut.

Leur présence, quand il en existe, n'a rien de plus caractéristique que l'absence de douleurs posée, à tort, en règle, dans les exostoses dites de *croissance*.

Nous avons déjà donné des exemples de douleurs locales, siégeant bien dans l'os ou du moins dans le périoste, et précédant, chez certains sujets, à certaines périodes de la maladie, l'apparition de nouvelles exostoses sur les mêmes points.

Ainsi, des deux parts, ces douleurs peuvent exister ou manquer. C'est une analogie de plus entre ces deux genres d'affections osseuses qui, quoique très-différentes à plusieurs points de vue, en présentent encore bien d'autres.

Les principales différences sont, d'une part, l'âge des malades, et, d'une autre part, la partie de l'os qui est le siège de prédilection de la maladie.

Les exostoses dites de croissance se présentent chez des sujets jeunes. Le genre d'ostéite déformante que vient de décrire M. Paget survient, au contraire, chez des adultes.

Les exostoses de croissance se produisent sur des points dont l'ossification n'est pas encore terminée, vers l'union de la diaphyse avec les épiphyses. Quand elles envahissent plus loin, comme j'en ai donné un exemple dans une des observations qui me sont personnelles, c'est par un gonflement qui se fait de proche en proche. L'ostéite déformante vient atteindre des os qui sont solides d'un bout à l'autre, et elle commence généralement sur la diaphyse. Elle s'y cantonne fréquemment, ou du moins c'est secondairement qu'elle envahit les épiphyses dans les os longs.

Voilà, certes, de quoi motiver une distinction absolue entre les espèces morbides.

Mais, pour en revenir aux analogies, n'en est-ce pas une que cette tendance à une généralisation plus ou moins extensive que l'on remarque de part et d'autre?

Boyer, faisant, le premier, connaître les exostoses de l'adolescence, les avait décrites comme habituellement symétriques.

M. Paget décrit comme symétriques les hyperostoses qui résultent de son *ostéite déformante*.

Il est probable que la symétrie est un accident, aussi bien dans une espèce que dans l'autre.

Ne voyons-nous pas qu'un seul os peut rester affecté, sans la moindre tendance à une généralisation de la maladie, même après de nombreuses années, dans le cas d'hyperostose produite chez un adulte par l'*ostéite déformante*, comme dans le cas d'exostose chez un jeune sujet?

A tous les âges, l'affection osseuse montre une singulière prédilection pour les fémurs et les tibias.

A tous les âges, elle peut s'arrêter, après une période d'activité plus ou moins longue, d'une manière définitive; ou bien, au contraire, multiplier presque indéfiniment ses manifestations : c'est ce qui arrive par exemple dans ces faits d'exostoses épiphysaires qui, ayant leur début dans la première jeunesse, évoluent encore à une époque où l'adolescence est déjà loin.

Nous ne poursuivrons pas plus avant ce parallèle, bien qu'il reste beaucoup à dire. Dr Victor REVILLOUT.

---

## REVUE DE SYPHILIOGRAPHIE.

**I. Contribution à l'étude des troubles respiratoires dans les laryngopathies syphilitiques,** par le docteur KRISHABER. — Paris, Masson, 1879. — **II. De l'œdème dur des grandes et des petites lèvres, symptomatique de la syphilis,** par le docteur OBERLIN. — Paris, Delahaye, 1879.

I. Dans une étude très-heureusement présentée, quoiqu'il y manque un peu de méthode, étude qui mérite d'être lue et méditée avec soin, le docteur Krishaber appelle l'attention sur un point important de la pathologie du larynx. Il prouve que les affections laryngées doivent être l'objet d'une sollicitude particulière lorsqu'il existe des antécédents syphilitiques. Ces affections peuvent en effet être suivies de troubles graves, qui, dans des cas trop nombreux, amènent la mort du malade. On peut se demander si, souvent, la recherche intelligemment faite des antécédents d'un sujet atteint de laryngosténose n'aurait pas suffi à éviter une opération précipitée trop souvent suivie d'insuccès.

Cette recherche s'impose d'autant plus à tout praticien, et elle est d'une difficulté d'autant plus grande, que non-seulement les malades nient trop souvent, hélas! la syphilis dont on ne retrouve pas la trace, mais aussi qu'il est malaisé de déterminer le temps au bout duquel apparaissent les laryngopathies qui nous occupent.

En effet, si l'on sait, d'après des études auxquelles M. Krishaber lui-même a collaboré, que les éruptions syphilitiques du larynx les plus précoces surviennent entre le deuxième et le sixième mois après l'apparition du chancre infectant, on ignore à peu près complètement au bout de combien de temps se montrent les accidents laryngés tardifs. On a constaté des lésions de ce genre au bout de quinze ans, et il ne faut pas attribuer ces phénomènes à la période tertiaire; on ne sait que trop en effet que les accidents secondaires peuvent réapparaître ou simplement paraître à toutes les époques.

Donc tout trouble laryngé chez un syphilitique peut produire des désordres de la plus haute gravité, principalement à cause de l'œdème qui peut compliquer toutes les formes des laryngopathies spécifiques.

Au point de vue de leur marche, les laryngopathies de ce genre affectent soit la forme aiguë, soit la forme chronique. La forme aiguë n'est pas exclusivement due à l'œdème. La première observation relatée par M. Krishaber en est un exemple remarquable. Hâtons-nous cependant d'ajouter que les cas de ce genre sont très-rares.

Le rétrécissement brusque est dû le plus souvent à l'œdème; celui qui se produit lentement reconnaît pour cause, sous l'influence de la diathèse bien entendu, dans la majorité des cas, une inflammation hypertrophique ou végétante, parfois une coarctation cicatricielle, rarement une tumeur osseuse.

Dans la forme brusque des laryngosténoses syphilitiques, on peut éviter une intervention chirurgicale, même lorsque l'asphyxie paraît imminente. L'auteur cite à l'appui de cette proposition des faits extrêmement probants. Nous ne les relaterons pas, mais nous conseillons de les lire avec attention.

En ce qui concerne la forme lente ou chronique, elle cède généralement au traitement médical. Cependant, lorsque l'invasion a été insidieuse et prolongée, la médication spécifique n'arrive que difficilement à un résultat satisfaisant.

Les rechutes sont fréquentes et il est parfois difficile de les prévenir. Voici la pratique qu'a adoptée M. Krishaber et dont il n'a eu qu'à se louer : Quand la guérison est obtenue, le sujet se repose et ne prend aucun traitement pendant un mois; puis, pendant les premiers huit jours de chaque mois, on lui donne une cuillerée à thé de liqueur de Van-Swieten une ou deux fois par jour, et pendant les huit derniers jours de chaque mois un gramme d'iodure de potassium. Ce traitement doit être continué pendant un an. Ultérieurement il est repris au moindre réveil de l'affection.

Le mémoire dont nous venons de rappeler les lignes principales renferme quatorze observations, toutes très-intéressantes, et il serait parfait si l'auteur avait mis un peu plus d'ordre dans l'exposition de ses idées.

II. La thèse que M. le docteur Oberlin vient de soutenir, il y a peu de temps, devant la Faculté de Paris, est une monographie assez intéressante pour les syphiliographes. Exception faite de deux chapitres, l'un consacré à l'anatomie pathologique et qui ne nous apprend rien, l'autre intitulé « de la Pathogénie » et qui nous paraît peu clair, c'est un excellent travail.

L'œdème dur des grandes et des petites lèvres symptomatique de la syphilis a été bien décrit pour la première fois dans la thèse inaugurale du docteur Spielmann en 1869. Depuis, quelques auteurs l'ont signalé, mais aucun n'en a donné une description suffisante.

Rien n'annonce l'invasion de cette affection. Pendant sa période d'état, elle est constammeut indolore, car la douleur qu'accuse parfois la malade est due soit à l'intertrigo des cuisses, soit à l'érythème des diverses parties de la vulve. Ce sont surtout les grandes lèvres qui sont atteintes. Elles deviennent pyriformes, se couvrent de petits sillons ondulés, dirigés dans le sens transversal. Quelques-uns de ces sillons peuvent se creuser assez profondément et on voit souvent alors des plaques ulcérées sur leurs bords. L'œdème dur est provoqué dans la majorité des cas par les accidents secondaires.

M. Oberlin croit pouvoir établir que la proportion entre l'œdème dur provoqué par l'accident primitif et celui qu'amènent les accidents secondaires est comme 1 est à 2 et peut être à 3. Nous nous demandons comment l'auteur a pu arriver à cette conclusion, car il ne publie que quatre observations dans lesquelles nous relevons deux cas d'œdème dur symptomatique de l'accident primitif et deux cas dans lesquels ce sont des ulcérations secondaires qui ont occasionné l'œdème. Il faudrait un plus grand nombre d'observations pour exprimer un rapport aussi net que celui qui est indiqué dans le travail que nous analysons. Si nous insistons sur ce point, c'est qu'il nous paraît avoir une certaine importance.

Un des caractères les plus tranchés de la lésion qui nous occupe consiste dans la délimitation exacte de la tumeur aux grandes et petites lèvres. L'induration est surtout prononcée dans les parties superficielles. Les ganglions inguinaux sont toujours légèrement hypertrophiés, mais on ne trouve jamais à la surface de la tumeur des traînées ou des dilatations qu'on puisse rattacher aux lymphatiques.

La marche de l'œdème dur est très-lente; la résolution est la terminaison constante. Les petites lèvres reprennent assez facilement, après la guérison, leur aspect normal; mais les grandes lèvres sont ridées, plissées et d'une coloration brunâtre.

Nous ne dirons rien du diagnostic différentiel, fort bien établi, du reste, par l'auteur. Nous ne parlerons point non plus, et pour cause, des chapitres consacrés à l'anatomie pathologique et à la pathogénie. Il nous reste à nous occuper du traitement. Il doit être général et local.

Le traitement général préconisé par M. Oberlin, et cela à juste titre, consiste en frictions pratiquées méthodiquement avec l'onguent mercuriel double aux aines et aux aisselles. L'opération terminée, on fait avaler à la patiente une cuillerée à bouche d'une solution de chlorate de potasse au vingtième. Ce système permet de retarder, sinon d'éviter complètement la salivation.

Le traitement local n'est qu'un adjuvant.

Le procédé qui a le mieux réussi consiste dans les cautérisations linéaires avec le nitrate acide de mercure.

La méthode de Corradi qu'emploie M. Boureau donne de moins bons résultats. Lorsque la tumeur est en voie de résolution, il est bon de faire des applications de teinture d'iode.

On trouvera dans ce consciencieux travail deux planches chromolithographiées qui donnent une idée exacte de l'œdème dur symptomatique de la syphilis.

Dr V. DE FOURCAULD.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 juillet 1879. — Présidence de M. TARNIER.

### RAPPORT

**Polype naso-pharyngien. — Sarcome kystique du nerf sciatique.** — M. CRUVEILHIER, rapporteur. Ces deux observations ont été adressées par M. Marchand à l'appui de sa candidature. La première concerne un garçon de quinze ans atteint d'un polype naso-pharyngien qui avait été traité par soixante à quatre-vingts tentatives d'arrachement. Il y avait deux prolongements : un nasal, un pharyngien. L'ablation fut faite par la voie nasale : la tumeur pesait 1,100 grammes. La réunion du nez ne fut faite que le dix-septième jour. Quoique M. Marchand pense que la voie nasale peut ne pas être suffisante, je crois que, les polypes volumineux écartant considérablement les parois, la méthode d'Ollier est excellente; elle m'a donné deux fois un bon résultat. Au lieu de l'arrachement, M. Marchand propose la rugination; cependant, si l'on saisit fortement la tumeur en lui imprimant une violente secousse et en tirant avec vigueur, on réussit. On peut aussi, je crois, faire la réunion du nez aussitôt que possible pour éviter la déformation et les cicatrices.

La deuxième observation concerne un sarcome kystique du nerf sciatique : la tumeur mesurait 16 centimètres de longueur sur 11 de largeur; les douleurs étaient très-vives; la résection fut pratiquée par M. Marchand. Malgré le voisinage des vaisseaux au niveau de l'anneau du troisième adducteur, l'opération réussit bien. Comme troubles consécutifs, on observa des vésicules de pemphigus sur le pied, et l'œdème dur du membre avec anesthésie de tout le membre, sauf les parties innervées par le saphène interne. Malgré la résection du sciatique, la marche est facile, sauf un peu de valgus. Il sera intéressant de suivre les troubles consécutifs à cette opération.

### PRÉSENTATION DE MALADE

**Résection de la hanche.** — M. LE FORT présente une jeune fille de 18 ans 1/2 à laquelle il a pratiqué, il y a deux ans, la résection de la hanche. La guérison fut obtenue rapidement (c'était à Berck-sur-Mer). Les fistules se tarirent en quelques mois; aujourd'hui l'opérée marche bien avec un appareil destiné plutôt à supporter le poids du corps pour éviter la déviation du genou.

M. VERNEUIL. Je tiens à faire remarquer que la malade de M. Le Fort n'est pas scrofuleuse ; elle n'a aucun des attributs de la scrofule ; c'est dans ces conditions seules que l'on a des chances d'obtenir des résultats durables, sans récidive du côté des poumons ou des viscères.

M. MARJOLIN. Il est en effet très-important de s'abstenir d'opérations chirurgicales chez des sujets dont on connaît les antécédents scrofuleux, etc. Il y a des cas où il faut s'abstenir. A Sainte-Eugénie j'ai fait douze ou quatorze amputations de cuisse en une année, les récidives sont venues plus tard; puis j'ai vu les enfants de ces opérés revenir avec des tumeurs blanches. A la fin, je ne faisais pas plus de deux ou trois amputations par an, car je crois que ce qu'il faut surtout, c'est refaire la constitution de ces malades. Il est très-important de ne point laisser les enfants arriver à cet état d'incurables dans lequel nous les recevons dans les hôpitaux, et, puisque nous comptons parmi nos collègues un membre du Conseil de surveillance des hôpitaux, je profite de l'occasion pour exprimer le vœu que les enfants puissent entrer dans les hôpitaux avant l'âge de deux ans, époque à laquelle ils sont déjà incurables, tandis que, traités plus tôt, ils auraient pu être guéris.

M. DESPRÈS. La résection peut être pratiquée dans les cas analogues à celui de M. Le Fort, quand la coxalgie n'a pas atteint profondément la santé et quand le mal est limité. Mais, s'il y a déjà de la tuberculose, il n'en est plus ainsi. J'ai fait une résection du grand trochanter dans des conditions que je pensais très-favorables; six mois après la guérison, l'opérée succombait à un tubercule de l'hémisphère droit.

M. LE FORT. Il faut bien s'occuper de la constitution ; mais, quand il s'agit de sauver la vie d'un malade, il ne faut pas être rigoureux sur ce point, et ne point laisser un malade s'épuiser par la suppuration.

### FIN DE LA DISCUSSION SUR L'ENTÉROTOMIE ET LA LAPAROTOMIE

M. DESPRÈS. Je suis dans les hôpitaux depuis seize ans; je n'ai jamais eu l'occasion de faire ni entérotomie ni laparotomie; cependant je me suis trouvé dans des conditions analogues à celles des chirurgiens qui pratiquent ces opérations.

Lorsque Nélaton publia sa fameuse observation d'entérotomie, la concurrence survint : Maisonneuve proposa un nouveau traitement, consistant à ouvrir largement le ventre, réséquer l'intestin au niveau de la bride ou du cancer, suturer les anses intestinales et fermer l'abdomen. Il en fit une ou deux, et, je crois, plusieurs

autres suivies d'insuccès et non publiées. Les chirurgiens s'empressèrent de faire la gastrotomie : on en trouve deux cas dans les Bulletins de la Société anatomique, 1856 et 1859. Le premier cas est de Boinet, qui fit la gastrotomie dans un étranglement interne; il ne trouva pas de bride; à l'autopsie on trouva deux anses à peu près collées ensemble. Dans le second cas, M. Depaul fit la gastrotomie, trouva une bride; à l'autopsie on constata qu'il n'y avait pas réellement d'étranglement, le bout inférieur étant assez dilaté et ayant 2 centimètres 1/2 de diamètre.

Depuis, on a fait l'entérotomie de Nélaton.

Restent les cas où l'on n'a fait ni entérotomie ni laparotomie. Sur huit observations communiquées à la Société anatomique de 1856 à 1866, on voit trois étranglements par brides, et tels qu'à l'autopsie on reconnut que la laparotomie n'avait pas pu les dégager. Dans un cas, plusieurs anses intestinales étaient perforées; c'était plutôt une perforation qu'un étranglement interne, car on ne trouva pas de bride manifeste. Dans une observation de Demarquay, rapportée par Fontan, il y avait péritonite chronique tuberculeuse et véritable tumeur fluctuante : on diagnostiqua un kyste iliaque produisant l'étranglement, Demarquay le ponctionna pour le vider; il tomba dans la masse des anses intestinales. L'autopsie fit voir les anses, accolées de telle façon qu'il m'a été impossible d'en faire la séparation, alors même que j'avais les pièces entre les mains.

En présence d'oblitération intestinale, il faut réfléchir avant d'opérer et s'abstenir quand le diagnostic n'est pas sûr : ce n'est plus comme dans les cas d'étranglement aux anneaux, où il est permis de faire le diagnostic sous le couteau. J'ai vu, dans le service de Robert, un homme que l'on croyait atteint d'étranglement interne; on fit force injections et on lui fit prendre force purgatifs; au quinzième jour, on fit un anus contre nature; il n'y avait point de péritonite. Le malade succomba trois jours après; on trouva un rétrécissement cancéreux du rectum. J'ai vu un cas d'invagination chez une femme que Nonat croyait atteinte d'entérite glaireuse tenant à une lésion de l'utérus; quatre mois après elle mourut, et l'on constata une invagination de la totalité du gros intestin, invagination avec trois cylindres, et commençant à se sphacéler. La malade n'avait eu aucun des symptômes habituels de l'invagination intestinale.

J'ai observé un certain nombre d'étranglements internes : l'un dont l'autopsie donna une torsion de l'intestin; un autre chez un malade après une réduction de hernie, et qui présenta de la paralysie intestinale, suivie de guérison; un autre, aussi guéri, après réduction d'une hernie. Qu'aurait fait la laparotomie dans tous ces cas? Quant à l'invagination intestinale, elle ne procède jamais par accidents foudroyants. Un garçon de quinze ans, atteint de douleurs dans la fosse iliaque, présentait des nausées, des vomissements de glaires, de mucus, etc. : je sentis dans la fosse iliaque une tumeur allongée. Vinrent les vomissements fécaloïdes; je n'opérai point; les accidents disparurent, puis se montrèrent à une deuxième, puis à une troisième récidive. Je calmai les douleurs par des vésicatoires sur l'abdomen. Le malade rendit une eschare blanche en putréfaction, qui était une portion d'anse intestinale invaginée.

J'ai été sur le point de faire une laparotomie dans un cas de hernie étranglée qui avait contracté, après réduction, des adhérences nouvelles; l'autopsie me montra que j'aurais eu les plus grandes difficultés pour dégager l'intestin qui n'était le siège que d'un rétrécissement relatif, pour lequel il aurait fallu une large incision du péritoine afin de dégager l'intestin.

En ville, ayant été appelé pour un étranglement interne, je reconnus la tumeur et la cachexie cancéreuse, et je n'ai pas opéré. Je sais bien que les chirurgiens conseillent l'opération encore dans ces cas pour adoucir les cinq ou six derniers mois de l'existence des malades cancéreux; mais l'opération n'est guère utile, car, lorsque la difficulté des selles arrive, le cancer s'est beaucoup développé, les ganglions sont engorgés et la mort est proche. L'opération n'empêche pas la cachexie.

Quant à l'étranglement par tumeur du petit bassin, j'en ai vu deux exemples, qui ont guéri tous les deux sans opération.

L'opération est donc subordonnée à un diagnostic précis et rigoureux. On peut la prescrire dans les cas d'invagination, dans les cas d'adhérences intestinales. Pour admettre l'intervention, il faudrait démontrer que les chirurgiens ont pu mener à bien les opérations de laparotomie. Je termine en citant ce résumé que, sur neuf cas d'étranglement interne manifeste, je n'ai eu que deux décès, en m'abstenant d'opération. Je puis encore y ajouter un cas que je me rappelle à l'instant : une occlusion intestinale, consécutive à des brides produites par une fièvre typhoïde, guérit spontanément par une débâcle.

M. VERNEUIL. Il est toujours grave de se prononcer sur une opération insolite, patronnée par des chirurgiens sérieux qui apportent quelques succès à l'appui de leur opinion, quand on n'en a pas fait soi-même l'expérience. Je crois qu'ici surtout il sera profitable à la science que chacun apporte sa statistique intégrale, quels que soient ses résultats et le nombre de ses opérations. On additionnera ces statistiques individuelles, et le total sera fort intéressant.

J'ai fait neuf fois l'entérotomie, elle m'a donné des résultats bien désastreux; je la ferais cependant encore dans certains cas bien déterminés. Une fois, à la fin du siège de Paris, j'ai opéré un étranglement non cancéreux chez un jeune homme atteint de vomissements affreux; je fis l'entérotomie par le procédé de Nélaton; le bout inférieur se cicatrisa spontanément et l'opéré guérit assez vite pour aller se faire fusiller à Montmartre. De même chez un adulte atteint de cancer colloïde du rectum, avec accidents très-douloureux, je fis la colotomie de Littre; le malade eut un soulagement subit, mais il succomba six mois après à son cancer.

J'ai fait quatre entérotomies pour des cas de cancer; j'ai eu quatre morts; la survie n'a pas duré plus de trois jours, et une fois pas plus de six heures. C'est à propos de ce dernier cas qu'un journal politique m'accusa d'ouvrir le ventre des malades à l'hôpital pour montrer aux étudiants comment cela se faisait. Les malades sont donc morts infiniment plus vite que si on ne les avait pas opérés. Lorsqu'on est appelé dans les hôpitaux par nos collègues de médecine, dès que l'on pense qu'il s'agit d'un cancer, il ne faut pas opérer. Les malades ont encore ainsi dix ou vingt jours à vivre; si on les opère, ils n'en ont plus que deux ou trois au plus.

Quand on opère des malades atteints de cancer viscéral, je pense que généralement, si on leur touche seulement un orteil, on a des chances de les tuer en quelques semaines. Dès qu'il y a cancer intraviscéral, les opérations comptent une mortalité épouvantable; les malades alors s'éteignent vraiment comme si on les empoisonnait.

Je suis tout prêt à opérer, s'il n'y a pas de cancer; mais voilà la grande difficulté, que nous ne pouvons point trancher, même, il faut l'avouer, avec l'expérience que nous avons déjà acquise. Si j'étais sûr qu'il y a une bride, j'ouvrirais le ventre immédiatement. Mais un malade nous arrive; c'est la deuxième, la troisième fois qu'il a des accidents de ce genre, qui, chaque fois, ont guéri en huit ou dix jours par une débâcle. Quel diagnostic porter? On dit qu'il ne faut pas donner de purgatifs, mais c'est déjà fait par le malade, sur le conseil même de sa famille ou de ses domestiques et de sa concierge, puis arrive une débâcle et il est sauvé. J'ai vu, avec M. Boinet, une femme que nous avons jugée trop malade pour oser faire l'opération, et huit jours après elle était guérie. Une autre fois, je croyais à un cancer de l'intestin; j'en fis sentir les bosselures au collègue de médecine qui m'avait appelé; huit jours après le malade guérissait en rendant un boudin stercoreux; il n'y avait pas trace de cancer.

Dans deux cas où il y avait des brides, je n'ai pas opéré, et l'autopsie m'a démontré que je n'aurais rien pu faire sur le vivant, car il était bien difficile de s'y retrouver. Dans un cas où je pensais seulement trouver un pincement de l'intestin, en raison de l'hypothermie, 35°,5, que j'avais constatée et qui est un bon signe d'étranglement par brides, je trouvai une anse de 80 centimètres au moins sphacélée par une bride au-dessous du bord du mésentère. Quand on a les pièces anatomiques en main, on ne sait même pas ce qui a causé l'étranglement; qu'aurait fait la laparotomie?

Le diagnostic sera donc une nouvelle ressource; les indications de la laparotomie sont encore obscures, et on rencontre si souvent le cancer que je m'abstiens, et que je préconise une réserve plus grande qu'à l'étranger, afin de ménager une survie plus longue aux malades. Ainsi encore, l'an dernier, M. Terrillon opérait un malade atteint d'un cancer du rectum; la récidive revint vite, on ne fit pas d'entérotomie et le malade vient seulement de succomber.

M. TERRIER. Je constate avec plaisir que ma deuxième observation de laparotomie a été accueillie avec moins de défiance que la première; mais on s'est beaucoup occupé dans la discussion de questions accessoires. La difficulté du diagnostic est grande, mais, qnand des sujets sont sur le point de mourir, il n'est pas besoin de tant de précision. Quand même on commettrait une erreur relative, on est autorisé à tenter l'opération. Dans l'invagination intestinale, si j'étais appelé au début, je n'hésiterais pas à intervenir, si j'étais aussi sûr du diagnostic que l'ont été mes collègues. Deux fois j'ai agi ainsi; mais dans un cas il s'agissait d'une perforation spontanée de la vésicule biliaire.

Les difficultés opératoires tenant au volume des intestins ne sont pas très-considérables quand on a pu déjà agir par le régime et par l'abstention de purgatifs. Que l'ouverture soit large ou étroite, cela importe peu, et ne peut être jugé à *priori*.

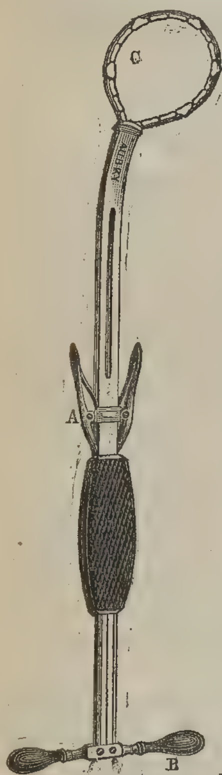


Fig. 1.

On dit que l'on ne comprend rien aux pièces anatomiques des étranglements; mais, en opérant, on a toujours la ressource de faire l'entérotomie sur le bout supérieur de l'intestin. Si, dans certaines circonstances, il est difficile de disséquer l'intestin, je crois d'ailleurs qu'il ne faut pas aller trop loin, ni insister, dès qu'on a levé le siège de l'étranglement.

Les trois fois que j'ai ouvert le ventre, il y avait déjà péritonite avec liquide coagulé; mais je ne pense pas qu'on pourrait laver les intestins sans provoquer une péritonite suraiguë comme on l'a vu dans une ovariotomie. Pourtant on a ouvert le péritoine dans un cas de péritonite suppurée, on l'a lavé, et l'on a mis un drain; la guérison a été obtenue.

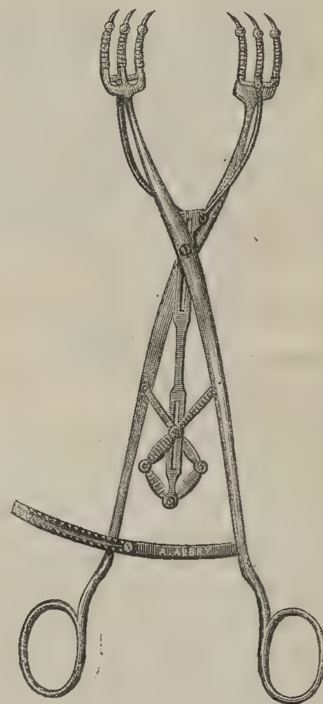
Je pense que l'important est d'opérer le plus tôt possible. La laparotomie donne un résultat autrement avantageux que l'anus contre nature, qui reste, quand il guérit, une infirmité bien désagréable et exposant souvent à de nouveaux accidents.

### PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. DUPLAY présente, de la part de M. Aubry : 1° un écraseur du docteur Chassaignac, modifié sur ses indications ; il a les avantages de pouvoir passer la chaîne et la maintenir rigide au moyen d'un fil de fer qui entoure la chaîne et que l'on met plus ou moins gros suivant que l'on veut obtenir plus de rigidité ; le fil de fer peut être mis et retiré à volonté (fig. 1); 2° une érigne simple ou



Fig. 2.


Fig. 3.

double (fig. 2) du docteur Duplay, qui a l'avantage de préserver le doigt de l'opération et les parties saines, lorsqu'il s'agit d'aller érigner une tumeur quelconque dans une cavité et au moyen d'un ressort à poussette il est facile de se dégager de la tumeu et de la reprendre au point désiré; 3° sur le même principe, M. Aubry a fait des pinces automatiques (fig. 3); quand on ouvre la pince l'érigne se cache et la tumeur se dégage.

Cette même pince se fait aussi avec cache-pointe indépendante et à la volonté de l'opérateur, ce qui la rend plus pratique.

M. VERNEUIL fait remarquer que, depuis sept ou huit ans, il emploie un mécanisme plus simple qui n'exige pas un écraseur spécial; il suffit de coucher un fil de fer sur la chaîne d'un écraseur ordinaire, en le fixant tous les cinq ou six crans par un petit fil.

La séance est levée à cinq heures et demie.

---

Par décret en date du 28 juillet 1879, il est créé, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, une chaire spéciale de médecine opératoire, par dédoublement de la chaire de pathologie externe et de médecine opératoire.

La chaire de médecine légale est supprimée.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8523.

N° 90. — MARDI 5 AOUT 1879. 52e ANNÉE. MARDI 5 AOUT 1879. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL NECKER. — M. Guyon.

### Symptômes fonctionnels de la présence de la pierre dans la vessie.

Il est plus important qu'on ne le pense de faire l'étude des symptômes fonctionnels de la présence d'un calcul dans la vessie : ce n'est qu'après les avoir consciencieusement examinés, que le chirurgien aura le droit de pratiquer le cathétérisme chez le malade qu'il soupçonne d'être atteint de la pierre. Mais il ne faut pas, au premier abord, prendre immédiatement une sonde et chercher le calcul dans la vessie : il faut être autorisé à recourir à cette exploration par les symptômes rationnels du calcul.

Outre l'avantage de ne faire le cathétérisme qu'à bon escient, cette étude préalable possède encore celui de donner le droit au chirurgien d'affirmer la présence d'un calcul, lors même que le cathétérisme n'a rien fait découvrir dans la vessie. Après une première exploration infructueuse, nous conservons le devoir de recourir au cathétérisme une deuxième, une troisième fois, jusqu'à ce que la sonde ait touché le calcul vésical dont la présence est attestée par les troubles fonctionnels. Souvent, en effet, un premier cathétérisme ne donne aucun résultat, et, un an plus tard, le malade revenant nous consulter, nous sommes plus heureux, et nous sentons le calcul : lui dirons-nous que, l'année précédente, « la pierre n'était pas encore formée, c'est pour cela que nous ne l'avons pas constatée ? »

Ces symptômes fonctionnels doivent se tirer de l'étude de la miction et de l'examen des urines.

Il ne faut pas chercher, d'une façon banale, comment s'accomplit la fonction de la miction : il faut suivre le malade dans les diverses phases de sa vie dans les vingt-quatre heures, considérer les variations que le repos pendant la nuit, ou le travail et la marche pendant la journée, peuvent apporter à ses fonctions urinaires.

Retenez bien ce fait que presque tous les phénomènes résultant de la présence de la pierre dans la vessie sont dus à la locomotion de cette pierre dans la vessie. En dehors de ces phénomènes de locomotion, je vous en signalerai, seulement en passant, quelques autres qui sont beaucoup moins pathognomoniques, tels que la sensation constante de pesanteur, le sentiment de gêne plus ou moins douloureuse du côté de la vessie, l'excitation habituelle de l'extrémité de la verge et, chez les enfants, le développement exagéré des organes génitaux, etc. Ces symptômes ont aussi leur valeur, et méritent une place dans l'analyse clinique de nos malades. Dans le même ordre d'idées, j'appelle aussi votre attention sur un autre fait, encore plus ordinaire, c'est la sensation de pesanteur vers l'anus que beaucoup de calculeux accusent presque constamment : quelques-uns même ne consultent le chirurgien qu'en disant qu'ils ont une maladie du fondement, et ne soupçonnent guère la présence d'un calcul dans leur vessie. Récemment, un de mes opérés de lithotritie, jusque dans les dernières séances de broiement de la pierre, ne pouvait pas accepter mon diagnostic, et pensait toujours que je devrais examiner sa région anale qu'il croyait seule malade. Tous ces faits sont des résultats de l'observation et ne sont pas à dédaigner, mais nous devons nous arrêter plus spécialement à des phénomènes plus essentiels.

A. *Manière dont s'opère la miction.* — 1° *Fréquence.* Les calculeux disent ordinairement qu'ils urinent fréquemment. Cependant il est des calculeux chez lesquels vous ne rencontrerez pas cette fréquence : il ne faut pas compter que vous trouverez toujours des symptômes constants et très-accusés : ce n'est que d'après l'ensemble des symptômes et leur contrôle réciproque que vous pourrez porter un diagnostic solide. Ainsi je viens d'interroger devant vous, dans la salle Saint-Vincent, le malade couché au n° 14 ; il dit qu'il urine très-fréquemment. Lorsque je lui ai demandé si c'était la nuit aussi bien que le jour, il a répondu affirmativement : cette assertion était de nature à nous dépister, car la majorité des calculeux ne présente pas la fréquence des mictions pendant la nuit. Ces malades cessent pour ainsi dire d'être calculeux la nuit : c'est même parce qu'ils se trouvent bien la nuit qu'ils éludent la nécessité de consulter le médecin et qu'ils ajournent indéfiniment les constatations médicales.

Nous devions donc contrôler cette fréquence des mictions la nuit par l'examen de la miction diurne. J'ai alors demandé à cet homme s'il urinait fréquemment de jour. Il m'a encore répondu affirmativement; et, lorsque je lui ai demandé de fixer les intervalles, il nous a dit qu'il urinait toutes les

heures ou toutes les deux heures la nuit, et presque toutes les demi-heures dans la journée. Vous l'avez ensuite entendu déclarer que, dans le cours de la journée, c'est surtout lorsqu'il est debout, lorsqu'il marche ou fait des mouvements quelconques, que le besoin d'uriner revient le plus fréquemment.

2° *Douleur*. Je vous étonnerai peut-être en disant qu'elle est ordinairement nulle ; car il est admis généralement que la pierre est une maladie qui fait horriblement souffrir. Je suis pourtant convaincu que cette assertion n'est pas exacte pour la majorité des calculeux : il est un très-grand nombre de calculeux qui souffrent peu.

L'homme que nous venons d'interroger porte la pierre depuis une quinzaine de mois ; depuis ce temps il n'a guère souffert : ce qui le gêne le plus, dit-il, c'est la miction, la fréquence du besoin d'uriner, et, la nuit, la difficulté de commencer à uriner ; lorsque deux heures se sont écoulées depuis la dernière miction, il est obligé de faire des efforts, de sortir du lit pour pouvoir uriner. C'est là un symptôme prostatique, causé par un certain degré de congestion de sa prostate qui est gonflée et résiste un peu aux premières gouttes d'urine qui passent par le canal et le dilatent. Chez les calculeux, au contraire, c'est à la fin de la miction, et non au début, que la douleur se manifeste : elle est causée par le contact de la vessie dont les colonnes se contractent sur la pierre. Ces douleurs ne durent que très-peu de temps, quelques secondes ou quelques minutes. Mais, chez un grand nombre de malades, elles n'existent pour ainsi dire pas. Il en est qui peuvent garder la pierre pendant plusieurs années sans avoir ressenti la moindre douleur pendant les mouvements : tel était un de mes derniers opérés en 1878, à qui j'ai enlevé par la taille un calcul pesant 175 grammes, et chez lequel la bénignité des symptômes aurait pu faire croire qu'il s'agissait d'un petit calcul à peine justiciable d'une séance de lithotritie.

Si les symptômes principaux sont causés par la locomotion de la pierre dans la vessie, il est naturel de penser que ce sera pendant la veille qu'ils se produiront ; dès que le malade sera couché, il ne sentira plus rien. Mais les effets de la cystite ne sont pas calmés par le décubitus.

Pour les calculeux, on apprendra qu'ils sont soulagés par le repos au lit. On devra donc analyser les symptômes qui se présentent pendant le jour pour les apprécier avec leurs caractères les plus accentués. C'est pourquoi j'ai demandé à cet homme ce qu'il éprouvait lorsqu'il marche vite et lorsqu'il monte en voiture. Il a répondu que, lorsqu'il marche, il n'éprouve rien de particulier ; mais, lorsque j'ai insisté et que j'ai demandé s'il en était encore ainsi quand il avait marché quelque temps, il a aussitôt affirmé qu'alors il était obligé de s'arrêter, de s'asseoir, à cause de la douleur et de l'agacement qu'il éprouvait. C'est qu'en effet la douleur se développe après un temps variable, d'un quart d'heure à une heure environ ; mais le repos fait toujours cesser cette douleur au bout de quelques instants. Aussi, après avoir découvert la douleur causée par la marche, cherchez si le repos la fait disparaître, avant de conclure à la présence de la pierre dans la vessie.

Le mode de la marche n'est pas non plus indifférent : quelques-uns ne ressentent la pesanteur et la douleur qu'après une course un peu accélérée : un de mes opérés s'en aperçut la première fois un jour qu'il fut surpris par la pluie dans une partie de pêche, et qu'il fut obligé de courir pour rentrer au logis.

Un autre était venu de province à l'Exposition : c'est à la suite des fatigues de la vie parisienne qu'il ressentit les premiers symptômes de la pierre. Il vint me consulter, et il dut profiter de son séjour à Paris pour se faire opérer de la taille.

Il importe aussi de distinguer le genre de locomotion en voiture, car tous les genres de transport ne sont pas douloureux. Les calculeux supportent parfaitement les voyages en chemin de fer : arrivant des départements pour se faire opérer à Paris, ils souffrent plus dans le trajet de la gare à l'hôtel, pour une course de trente ou quarante minutes dans un fiacre, ou même dans une voiture de maître, que pendant tout le voyage fait en chemin de fer. S'ils montent dans un omnibus, ils sont moins tourmentés que dans les autres espèces de voitures : je connais des calculeux qui ont à leur disposition les coupés les mieux suspendus, et qui, pour la tranquillité de leur vessie, préfèrent de beaucoup l'impériale d'un omnibus, qui est encore plus favorable que l'intérieur de la voiture. La marche à pied est beaucoup moins douloureuse que la locomotion en voiture : notre malade a raconté qu'il était venu à pied depuis Asnières sans souffrir, tandis que, s'il montait en voiture, il serait incommodé dès les premiers tours de roue.

B. *Examen des urines*. — Ce n'est pas la contemplation des bocaux d'urine placés auprès des lits de nos malades à l'hôpital qui nous fera reconnaître la pierre : nous y verrons que les unes sont claires, et les autres, ce qui est plus fréquent, troubles, colorées et plus ou moins chargées de pus, d'autres fortement alcalines. Mais cet examen ne nous apprendra rien autre chose.

Ce qu'il faut chercher avec soin, c'est de savoir dans quelles conditions ces urines ont été émises. Comment sont les urines lorsque le malade a gardé le repos, comment sont-elles lorsqu'il a marché, et surtout marché pendant un certain temps, lorsqu'il a voyagé en voiture ? Sont-elles troubles, colorées, ou claires ? Voilà les questions qu'il faut élucider, et dont la solution éclairera notre diagnostic. Le plus souvent le malade pourra nous renseigner suffisamment, et nous n'aurons pas besoin même de voir les urines. C'est alors que nous apprendrons que les urines sont troubles assez souvent, qu'elles ressemblent à de l'eau mélangée de sirop de groseilles, qu'elles deviennent noirâtres et sanguinolentes après des marches fatigantes. Ainsi vous avez bien entendu notre malade ; il est venu à pied d'Asnières, et a été pris de besoins très-fréquents d'uriner. Les urines étaient d'abord assez claires, puis, lorsqu'il est arrivé aux Invalides, il a remarqué qu'elles étaient colorées, sanguinolentes. Aussitôt qu'il s'est reposé, les urines sont redevenues claires et non colorées. La marche avait amené l'irritation de la muqueuse vésicale, d'où l'apparition de gouttes de sang dans les urines. Le repos fait tout rentrer dans l'ordre.

Il n'y a que la pierre pour produire des symptômes de cette nature. Les hématuries causées par un calcul durent rarement plus de quelques heures ; elles cessent presque avec la marche qui les a provoquées. Si une hématurie durait douze à vingt-quatre heures, il faudrait considérablement se défier de l'état de la vessie.

C'est donc en tenant compte, non de l'analyse des urines, mais de l'analyse des symptômes urinaires, que l'on établira le diagnostic. Cherchez bien les différences qui existent pendant le repos, pendant la marche et la locomotion en

voiture ; contrôlez l'effet du repos pour faire disparaître ces symptômes, et vous aurez alors le droit de procéder à un examen plus complet, à l'exploration de la vessie par le cathétérisme; mais, lors même que le calcul échapperait à la sonde, les symptômes fonctionnels que nous venons d'étudier brièvement, s'ils sont bien contrôlés, suffiraient pour permettre d'affirmer la présence de la pierre dans la vessie.

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. Guibout.

### Le prurigo.

(Leçon recueillie par M. Anatole Chauffard, interne du service.)

Le prurigo est une affection de la peau à évolution presque toujours chronique, et caractérisée anatomiquement par des papules isolées, larges de base, couronnées à leur sommet d'un petit caillot sanguin, et accompagnées de démangeaisons plus ou moins vives suivant les cas.

Ce dernier phénomène, le *pruritus* ou démangeaison, est si frappant, qu'il avait déjà attiré l'attention d'Hippocrate, puis de Galien, qui lui avaient assigné comme cause la présence d'un principe vicieux dans le sang. Mais ce n'est qu'en 1592 que, dans la *Medicina universa*, de Ferbenius Ambrianus, nous trouvons une définition plus nette du prurigo: *Cutis asperitas dura, sicca, cum ingenti prurigine.* Si le prurigo n'est pas encore différencié du lichen, au moins se trouve-t-il là indiqué avec ses deux principaux caractères anatomique et clinique.

Plus tard, en 1661 à Ulm, le médecin allemand Dietrich s'en tient à la doctrine des anciens et donne du prurigo la définition suivante : *Pruritus dolorifera voluptas, in cute excitata ab ichore salso, acri, sine exulceratione.*

Puis nous voyons successivement Summer, Sauvage, Mercuriali, Lorry, étudier et décrire le prurigo, mais sans lui imposer de nom, ni reconnaître nettement son individualité morbide.

Avec Willan, au contraire, en 1798, le prurigo devient une maladie spéciale, nettement caractérisée dans ses lésions, ses symptômes et sa marche. Ses variétés principales sont même distinguées, et Willan décrit séparément le prurigo *mitis* et le prurigo *formicans*, ainsi que le prurigo *senilis*, tel qu'on le rencontre chez le vieillard.

Dès lors, le plus grand pas était fait dans l'étude du prurigo; il ne restait plus qu'à en compléter l'histoire, et c'est ce que firent successivement Alibert, qui en 1825 décrit le prurigo local, Wilkinson, Rayer qui reconnaît la transmission souvent héréditaire de l'affection, Cazenave qui, en 1844, donne une théorie nouvelle sur la production des papules du prurigo, théorie dont nous devrons bientôt faire l'examen et la critique, enfin Bazin et M. Hardy, qui cherchent l'origine constitutionnelle de l'affection, et mettent successivement en cause l'arthritis et l'herpétis.

Après ce rapide coup d'œil historique sur le prurigo, étudions-en maintenant les lésions, les symptômes et la nature.

La lésion élémentaire du prurigo est constituée, comme Willan l'a montré le premier, par des papules rondes et aplaties, isolées, jamais confluentes, couronnées à leur sommet par un petit caillot sanguin qui y forme une croûte noirâtre. La peau qui supporte ces papules est d'abord saine; mais bientôt sous l'influence des traumatismes continuels qu'y détermine le grattage effréné auquel se livrent les malades, on voit cette peau devenir sèche et rugueuse; les sécrétions sudorales diminuent puis disparaissent peu à peu, la coloration se modifie, devient de plus en plus bistrée presque noire dans certains cas, comme dans ce qu'on a nommé la *mélanodermie* du prurigo parasitaire. En même temps, les ongles du malade laissent la trace de leur passage répété; on trouve des excorations linéaires et parallèles, des surfaces exulcérées et suintantes, ou recouvertes de croutes noirâtres. Enfin les ganglions inguinaux et axillaires se tuméfient, tout en restant indolents.

Si nous voulons pénétrer plus avant dans l'étude des lésions de prurigo, nous nous trouvons en face de plusieurs théories très-différentes. Pour Cazenave, par exemple, la papule n'est qu'une lésion secondaire et contingente; la base, le substratum de l'affection est une hyperesthésie morbide de la peau, une névropathie généralisée. Qu'il nous suffise de dire que cette théorie pèche par sa base, puisque la papule cutanée et la douleur névralgique coïncident, sont congénères, se développent simultanément.

L'opinion de Hébra est toute différente ; suivant lui, la lésion mère est constituée par une hypertrophie du corps muqueux de Malpighi, avec exsudation dans ses couches profondes d'une gouttelette liquide, qui en comprimant les papilles dermiques sous-jacentes, produirait la douleur si caractéristique du prurigo. Il nous est encore difficile de nous ranger à cette opinion, car jamais l'examen direct ne nous a révélé la présence de cette gouttelette intra-épidermique.

Pour nous, la papule du prurigo est constituée par une hypertrophie des papilles nerveuses du derme, qui les transforme en autant de petits névrômes douloureux.

Quoi qu'il en soit, le prurigo est à la fois caractérisé par ces lésions cutanées et par les démangeaisons intenses qui les accompagnent. Tantôt, comme dans le prurigo *mitis*, c'est un prurit plutôt gênant que douloureux; tantôt, au contraire, comme dans le prurigo *formicans*, c'est une démangeaison insupportable, un feu continuel, avec des exacerbations paroxystiques qui surviennent surtout le soir sous l'influence de la chaleur du lit, qui souvent aussi sont plus fortes en hiver que pendant l'été. Mais, en tout cas, le prurigo suit toujours une évolution chronique, rarement nous pouvons le faire rétrograder ou disparaître, si bien que Hébra le considère comme une affection incurable. Dans les cas les plus graves, le malade, épuisé par ses souffrances continuelles, perd l'appétit et le sommeil, maigrit et tombe peu à peu dans un état de cachexie quelquefois mortel.

Nous connaissons maintenant les lésions et les symptômes du prurigo; voyons avec quelles autres affections génériques de la peau on peut le confondre. Ces affections sont peu nombreuses, puisque tout d'abord nous devons éliminer toutes les maladies cutanées qui s'accompagnent d'une sécrétion soit sèche soit humide, phénomène qui ne se rencontre jamais dans le prurigo. La confusion ne reste possible qu'avec le *strophulus*, surtout le *lichen*.

Le strophulus ne se montre que chez l'enfant, au moment des éruptions dentaires; il est caractérisé par des papules volumineuses, tantôt blanches, tantôt rosées, survenant par poussées successives, quelquefois confluentes comme dans le strophulus *confertus*, plus souvent disséminées comme dans le strophulus *intertinctus*, mais toujours de courte durée dans leur évolution. Rien de tout cela ne permet donc de confondre le strophulus et le prurigo.

Quant au lichen, on le reconnaîtra facilement à ses pa-

pules petites, acuminées, confluentes, formant des plaques finement grenues, avec épaississement de la peau et exagération de ses plis. Le plus souvent, ces lésions occupent les points où la peau est la plus fine, sur les membres, par exemple, les plis articulaires et le côté de la flexion, à l'inverse du prurigo qui occupe plutôt les régions où la peau est sèche et épaisse.

Mais il ne suffit pas d'avoir reconnu que l'on a affaire à un prurigo, ce n'est là que la première partie du diagnostic; il reste encore à déterminer l'origine et l'espèce de ce prurigo, et c'est là une notion indispensable au point de vue thérapeutique, puisque, suivant les cas, le traitement sera très-différent.

Quelles sont donc les causes et les espèces du prurigo, et comment les distinguerons-nous entre-elles?

Souvent et c'est là le cas le plus heureux, le prurigo relève de causes purement externes, tantôt d'une irritation locale, comme dans *la gale des épiciers*, tantôt de la présence d'un parasite intra-épidermique comme dans la gale proprement dite. En ce cas, le polymorphisme des lésions, leur localisation dans les régions exposées aux causes d'irritation, enfin les conditions étiologiques et professionnelles permettront de rapporter le prurigo à sa véritable cause.

Tout aussi important à connaître, tout aussi commun, est un autre prurigo parasitaire, dû à la phthiriase, ou présence des poux de corps et des vêtements. En ce cas, les lésions sont remarquables par leur localisation, ou tout au moins leur prédominance dans les régions sternale et interscapulaire, au niveau de la ceinture, partout en un mot où le contact de la peau et de la chemise est le plus direct.

En dehors de ces conditions bien déterminées, le prurigo est de cause interne, variable suivant les cas. Tantôt il survient comme conséquence, comme épiphénomène d'un état cachectique; c'est le prurigo *cachectique*, dont le prurigo *senilis* n'est qu'une variété. Tantôt il relève de la diathèse herpétique, et se signale par sa ténacité, par sa diffusion sur presque tout le corps, surtout aux membres, par ses récidives incessantes, par son incurabilité presque absolue. Tantôt enfin, et ce n'est pas là la moins curieuse de ses variétés, il est lié au passage des matériaux de la bile dans le sang, et accompagne l'ictère ou quelquefois même le précède.

Nous n'avons étudié jusqu'à présent que le prurigo *généralisé;* mais il peut aussi se *localiser*, se *cantonner* dans les régions limitées, et y revêtir quelques caractères spéciaux.

C'est principalement chez la femme, et au niveau de la zone génitale, que l'on observe ce que l'on a appelé le prurigo *pudendi*, ou prurigo *localis*. Il provoque alors des besoins irrésistibles de se gratter, des accès furieux, des paroxysmes plus forts que toute volonté, et s'exaspérant surtout la nuit, ou devant la chaleur du feu. C'est là une affection cruelle, qui épuise et désespère les malades, par les douleurs et l'agitation nerveuse qu'elle entretient; et cependant, aux douleurs cuisantes que détermine le grattage se mêle je ne sais quelle sensation voluptueuse, parfaitement caractérisée autrefois par cette phrase expressive : *pruritus dolorifera voluptas.*

Diverses complications peuvent encore aggraver le prurit vulvaire : accès d'hystérie, pertes utérines, fausses couches, habitudes persistantes d'onanisme, etc.

Quant aux lésions locales de cette affection si rebelle, elles sont presque nulles. D'après Willan, Cazenave, Hardy, Bazin, ce serait un prurigo sans papules. Pour nous, les conditions de finesse et d'humidité des muqueuses atteintes, l'épaississement et les rugosités qu'elles présentent bientôt, nous feraient plutôt admettre un lichen à papules petites et agglomérées.

Citons, à côté du prurit vulvaire, le prurigo *ani* avec l'épaississement et l'hypertrophie des plis de l'anus; le prurigo *localis des membres inférieurs,* formant une ou plusieurs plaques limitées à la face interne des cuisses.

Le traitement du prurigo varie évidemment suivant la nature et la cause de l'affection. Le prurigo est-il de cause externe ou parasitaire, on pourra, en s'attaquant à la cause qui l'a produit, obtenir une prompte guérison; est-il au contraire lié à la diathèse herpétique, rien ne sera plus difficile que d'en triompher; l'arsenic, les médicaments internes, tels que le bromure de potassium, ne donneront que peu de résultats. C'est aux agents locaux, stimulants ou substitutifs, qu'il faudra recourir. On emploiera les bains fortement alcalins ou sulfureux, l'hydrothérapie sous toutes ses formes, les frictions à l'huile de cade, les badigeonnages de teinture d'iode, les lotions de sublimé, etc. Les moyens sont nombreux, mais trop souvent ils restent inefficaces, ou ne procurent qu'un soulagement momentané, sans pouvoir amener une guérison définitive.

---

## HOPITAL MILITAIRE DE DUNKERQUE.

### Quelques considérations sur la petite épidémie de variole observée à Dunkerque en 1878 et 1879.

Par le docteur Fournet, médecin aide-major.

I

La variole a fait son apparition à Dunkerque au mois de mai 1878, et les premiers cas de cette affection ont été signalés à l'hôpital civil de cette ville. Le 10 mai, un jeune soldat, entré à l'hôpital militaire pour une pleurésie, contractait la varioloïde dans nos salles mêmes; du mois de mai au 5 octobre, nous n'avons guère observé que huit cas de varioloïde, sur lesquels la maladie a été contractée trois fois à l'hôpital. Pendant cette période, vingt-cinq malades atteints de variole grave (cinq décès) et vingt-cinq autres ne présentant qu'une variole très-atténuée étaient en traitement dans les salles de l'hospice civil (1).

L'hiver semble avoir mis obstacle au libre développement de l'épidémie, car ce n'est que le 27 janvier 1879 que nous avons vu réapparaître de nouveaux cas de variole; de cette époque à la fin de mai nous avons pu noter :

5 varioles confluentes graves (1 décès);

1 variole hémorrhagique (décès au moment de l'éruption);

16 varioles cohérentes;

12 varioloïdes.

Nous n'insisterons point sur les causes de cette épidémie; nous dirons seulement que, sur les quarante-deux cas observés, la variole a été contractée dans dix-sept cas à l'hôpital même, le plus souvent chez des malades entrés pour une affection légère (uréthrites, phimosis, ulcère de la jambe), ou bien encore chez d'autres en convalescence de maladies plus graves (broncho-pneumonie, pleurésie, rhumatisme); un isolement très-défectueux et très-difficile à observer

(1) L'hospice civil est situé en face de l'hôpital militaire; ces deux établissements sont séparés par un jardin et une rue laissant un intervalle de 40 mètres environ.

d'une manière rigoureuse et par conséquent efficace, le voisinage de l'hôpital civil dans lequel ont été constatés les premiers cas de la maladie, le défaut de revaccinations lorsque les jeunes soldats arrivent au corps, la non-accoutumance au milieu nouveau dans lequel ils se trouvent (tous les sujets atteints ont de trois à quatorze mois de service, quarante-quatre appartiennent au 110e de ligne, un seul appartient au détachement d'infirmiers), peuvent être considérés comme autant de conditions qui ont facilité la marche de la petite épidémie et nous expliquent en partie la proportion considérable des malades atteints dans les salles.

La marche de la variole a été généralement des plus régulières, les symptômes n'ont guère différé de ceux signalés dans la plupart des autres épidémies; néanmoins nous avons pu observer quelques faits intéressants que nous avons cru utile de recueillir et de livrer à la publicité.

*Variole confluente survenue chez un malade atteint de pleurésie avec broncho-pneumonie. — Tubercules crétacés du poumon droit et des ganglions bronchiques.* — V..., incorporé depuis trois mois au 110e de ligne, entre le 7 février 1879 à l'hôpital militaire après être resté quatre ou cinq jours à l'infirmerie; il tousse depuis un mois environ et a pu remarquer qu'il avait beaucoup maigri depuis cette époque. On constate à son entrée très-peu de signes du côté des poumons, tout au plus un peu de diminution du murmure respiratoire et quelques crachats rouillés; l'état général est très-mauvais, la fièvre est vive, la peau très-chaude, l'amaigrissement est notable, la poitrine est rétrécie des deux côtés, on observe une dépression sus et sous-claviculaire, la percussion donne un son skodique dans toute la région sous-claviculaire gauche.

Le lendemain, l'expectoration est plus abondante; les crachats sont visqueux, adhérents au vase, d'une teinte rouillée.

A l'examen du thorax, on constate les signes suivants: à l'auscultation, on entend des râles sous-crépitants fins des deux côtés; il y a de plus du souffle à la partie moyenne du poumon gauche. En arrière et à la base du côté gauche, on trouve de la matité absolue; les vibrations thoraciques ont disparu en ce point; il y a enfin de l'égophonie, tous les signes en un mot démontrant la présence d'un épanchement pas très-abondant.

(Toniques; poudre de Dower, 25 grammes; 35 grammes par jour d'huile de foie de morue.) Mieux sensible survenu les jours suivants à la suite de transpirations abondantes.

Le 8 mars. Variole confluente; état général des plus graves, agitation, délire, coma. Mort le 15 mars.

*Autopsie.* — La plèvre gauche est remplie par un épanchement de liquide citrin et transparent de 600 grammes environ; il y a également un peu de liquide à droite. A la surface du poumon gauche, on trouve quelques fausses membranes molles et de formation récente. A la base du poumon droit, on trouve plusieurs noyaux de pneumonie caséeuse, d'origine ancienne, qui atteignent le volume d'une grosse noix; ils ont subi la dégénérescence crétacée. Point de cavernes, point de tubercules à l'état cru. Peu de lésions à signaler pour le poumon gauche, les ganglions qui sont au voisinage du sommet de l'organe sont caséeux. Les ganglions bronchiques sont très-volumineux, quelques-uns d'entre eux renferment des tubercules ramollis, plusieurs autres également très-développés sont transformés en une masse caséeuse.

Pas de liquide dans le péricarde. Le cœur est mou et flasque; il a son volume normal; ses cavités renferment des caillots fibrineux lavés, se prolongeant dans les gros vaisseaux.

Le foie est normal.

La rate est volumineuse, ses bords présentent des adhérences comme on en observe presque toujours chez les individus ayant eu des fièvres paludéennes, et quelques échancrures sur ses bords.

Rien à signaler pour l'intestin.

Notons ce fait qu'avant le mois de janvier le malade n'avait présenté aucun trouble du côté de l'appareil respiratoire; il avait toujours joui d'une bonne santé, n'avait point encore maigri, et cependant les lésions trouvées à l'autopsie sont anciennes et remontent bien avant cette époque. On a cité de nombreux cas dans lesquels des lésions tuberculeuses même avancées pouvaient coïncider avec une conservation plus ou moins complète de la santé; mais il faut ajouter que la variole aurait une influence non douteuse sur les affections thoraciques, et que pour Rilliet et Barthez elle tendrait à faire passer les tubercules à l'état crétacé et à les guérir lorsqu'ils ne sont pas nombreux; on aurait même conseillé l'inoculation de la variole comme traitement de la tuberculose. D'après cette manière de voir, il faudrait admettre que, dans l'observation que nous rapportons, la tuberculisation n'aurait débuté que depuis peu de temps et que la variole aurait exercé son action salutaire et déterminé la dégénérescence crétacée. D'autres observateurs, il est vrai, ont au contraire remarqué qu'elle hâterait l'évolution de la tuberculose et précipiterait la terminaison fatale; aussi pensons-nous qu'il s'agit dans ce cas d'une tuberculose ancienne ne s'étant manifestée par aucun signe appréciable et guérie relativement bien avant l'apparition de la variole.

*Eczéma rebelle avec ulcère de la jambe. — Variole confluente. — Guérison de l'affection cutanée.* — D... (Alphonse), sergent-major au 110e de ligne, entre à l'hôpital le 7 mars 1879 pour bronchite aiguë; il présentait en outre à la jambe gauche un ulcère superficiel, un peu plus étendu qu'une pièce de cinq francs et ayant son siège à la partie moyenne de la région dorsale près de la crête du tibia; tout autour de l'ulcère on constatait la présence d'un eczéma sec des plus rebelles. Des bandes de diachylon sont appliquées autour de la jambe; on recommande au malade le repos absolu.

Amélioration très-légère obtenue par ce traitement.

Le 2 avril. — Variole confluente n'offrant rien de particulier à signaler.

Lorsque le malade sort de l'hôpital le 23 avril, l'affection de la peau avait complètement disparu.

La variole détermine souvent, ainsi que cela a été signalé depuis longtemps, la guérison d'affections cutanées chroniques et rebelles, ayant résisté à tous les traitements; on a cité de nombreux cas d'eczéma, d'impétigo, de lichen et de prurigo chroniques guéris par l'éruption varioleuse. C'est un cas analogue que nous rapportons dans notre deuxième observation; nous ferons toutefois remarquer que le repos absolu, qui n'avait été que médiocrement observé avant l'apparition de la variole, a dû contribuer beaucoup à la guérison de l'ulcère eczémateux.

*Anasarque à frigore. — Disparition de l'albumine. — Variole. — Réapparition de l'albumine. — Guérison.* — S..., soldat au 110e de ligne, incorporé le 28 novembre 1878, entre à l'hôpital militaire le 21 mars 1879, pour une anasarque *à frigore*. Il se plaint d'une angine qu'il aurait depuis six jours et d'un peu de laryngite, mais notre attention est surtout attirée sur l'état du tissu cellulaire qui est complètement œdématié; à la face, l'œdème a débuté par les paupières comme il arrive le plus souvent, et aujourd'hui toute cette région est bouffie; les membres inférieurs sont infiltrés; il en est de même pour la paroi abdominale. Très-peu d'ascite; la peau est lisse, luisante, sans dilatation des veines sous-cutanées. Le foie, la rate, ne présentent rien d'anomal.

A l'auscultation, on constate du côté des poumons quelques râles sonores. Point d'œdème pulmonaire. Absence complète d'épanchement dans les plèvres.

Rien à signaler pour le cœur. Pouls normal, peu de fièvre.

La vision est nette; les affections du fond de l'œil ne s'observant

généralement que dans l'albuminurie consécutive à la néphrite interstitielle, nous n'avons pas cru devoir procéder à l'examen ophthalmoscopique.

L'urine filtrée est franchement acide; la présence de l'albumine y est constatée : 1° par l'ébullition; 2° par l'acide acétique avec addition de cyanure jaune; 3° par l'acide acétique et une solution concentrée de sulfate de soude; 4° par l'acide nitrique qui donne un anneau caractéristique.

(Lait. Chiendent nitré, 0g,5.) Potion nitrée à 2 grammes. Potion gommeuse.

Le 23 mars. — Plus d'albumine dans les urines, l'anasarque a diminué. (Poudre de Bown, 0g,5.)

Le 27 mars. — L'urine est alcaline au moment de l'émission et ne renferme plus d'albumine.

Le 30 mars. — L'anasarque a presque complètement disparu. L'urine est alcaline, claire, peu colorée et ne renferme pas d'albumine.

Les 5 et 6 avril. — Céphalalgie très-intense, diarrhée. Les urines ont une coloration rouge brun; elles renferment beaucoup d'albumine, beaucoup d'urates, absence de globules sanguins. Fièvre très-forte, 96 puls., 39°,6.

Le 7 avril. — Les urines sont un peu moins foncées que la veille, il y a moins d'albumine; on constate la présence de globules de mucus et de quelques globules sanguins. Variole cohérente à marche régulière.

Le 12 avril. — Les urines sont très-chargées.

Le lendemain 13, elles sont redevenues très-limpides; elles ne présentent plus de traces d'albumine.

Le malade sort guéri le 14 mai 1879.

---

## PHYSIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

### DE L'ANALGÉSIE THÉRAPEUTIQUE CROISÉE

Par M. Dumontpallier.

Cette communication a un double but : thérapeutique et physiologique.

Wood et Béhier avaient grandement contribué à vulgariser les injections sous-cutanées médicamenteuses. Bientôt on abandonna les injections sous-cutanées de sulfate neutre d'atropine et l'on ne fit guère usage que du chlorhydrate de morphine.

Dans les névralgies périphériques et dans les viscéralgies, les injections de chlorhydrate de morphine rendent tous les jours de notables services.

Quoi qu'il en soit, en 1869, M. Potain et M. Dieulafoy eurent l'occasion de substituer l'eau ordinaire ou distillée à la mixture médicamenteuse dans le traitement de diverses névralgies et dans le rhumatisme articulaire aigu.

Aussitôt que ces résultats furent publiés, on répéta les mêmes expériences et avec le même succès, dans divers services de nos hôpitaux de Paris et en particulier dans le service de M. Sée à la Charité, et de M. Hérard à l'Hôtel-Dieu.

En 1870, M. Pasquet (1) soutenait sa thèse inaugurale sur ce sujet.

En 1875, au congrès de Nantes, M. Laffite, et à Rio de Janeiro, en 1877, le docteur Moncorvo publièrent plusieurs observations qui confirmèrent les premiers résultats connus.

Il était donc accepté que souvent une injection sous-cutanée d'eau claire pouvait calmer une douleur périphérique ou viscérale. Mais il est juste de faire remarquer que, d'une façon générale, on resta fidèle à l'injection sous-cutanée médicamenteuse.

Les choses en étaient là, lorsque dernièrement j'ai voulu étudier la question, et j'avais été conduit à cette étude en réunissant les notes nécessaires pour une conférence sur la *douleur thérapeutique* et les *refléxes pathogéniques*.

Mes expériences confirmèrent les résultats connus et qui peuvent être résumés dans cette proposition : les injections sous-cutanées d'eau peuvent être utiles dans les névralgies, quelle que soit la cause de ces névralgies.

Mais je ne tardai pas à reconnaître que la piqûre simple de la peau (sans injection sous-cutanée de liquide) pouvait aussi donner des résultats satisfaisants dans les névralgies. Ce fait était, du reste connu, et, depuis longtemps, on s'était occupé de l'acupuncture, de l'électropuncture. Cependant, si je ne me trompe, le plus souvent les expérimentateurs enfonçaient *très-profondément* les aiguilles. Quant à moi, dans mes expériences je n'ai pas dépassé le tissu cellulaire sous-cutané, et je dois rappeler que le docteur de Laurès, dans les expériences qu'il a faites jadis à Beaujon avec l'aquapuncture, n'agissait que sur la peau et parvenait, avec une projection bien faite d'un filet d'eau, à déterminer de petites eschares cutanées ou une irritation très-vive dans un point très-limité.

Tous ces faits, je le répète, sont connus, et je ne les ai rappelés que pour bien établir en quoi ils diffèrent des faits que je vais exposer devant vous.

Avec l'injection hydrique sous-cutanée ou avec la piqûre de la peau dans toute son épaisseur, on peut calmer immédiatement et pour un terme variable, quelques heures ou plusieurs jours, une douleur en agissant au siège même d'une douleur ou dans son voisinage.

De plus on obtient le même résultat lorsqu'on agit à distance du point douloureux, soit sur l'avant-bras, le cou ou l'épaule, lorsque l'on veut calmer une douleur de la main, du coude ou de l'épaule dans les cas d'arthrites rhumatismales.

On obtient encore le même résultat en agissant sur un point quelconque du trajet d'un nerf intercostal dans la névralgie intercostale, ou sur un point quelconque du nerf sciatique dans la névralgie sciatique, etc., etc.

De plus, et c'est là la partie nouvelle de ma communication, on peut calmer les mêmes douleurs par l'injection hydrique ou la simple piqûre, faites du côté opposé à la douleur, à droite du corps si la douleur est à gauche, en opérant sur les points homologues. Je n'ai point encore fait cette expérience pour la sciatique, parce que l'occasion ne m'en a pas été offerte, mais je l'ai pratiquée avec un entier succès dans les cas de névralgies intercostales et dans les cas d'arthrites rhumatismales aiguës.

Je me propose de poursuivre ces expériences et d'en étudier l'interprétation physiologique. Mais il est acquis dès ce jour que dans certains cas on peut calmer une douleur du côté gauche ou droit du corps en agissant sur le côté opposé au siège de la douleur.

Ce fait, tout extraordinaire qu'il paraisse, rentre dans la classe des expériences bien connues de Brown-Séquard et Tholozan, qui ont établi qu'il suffit de plonger la main *gauche* dans un mélange réfrigérant pour constater l'abaissement de température dans la main *droite*.

De même la projection d'éther sulfurique sur l'avant-bras *gauche* avec l'appareil de Richardson suffit, ainsi que je l'ai démontré en 1878 devant M. Paul Bert, pour déterminer l'anesthésie dans la partie correspondante de l'avant-bras *droit*.

Enfin, tous ces faits sont du même ordre que le fait du *transfert de la sensibilité* et tendent à démontrer que les modifications de la sensibilité périphérique, comme les modifications de la contractilité musculaire, sont souvent des manifestations périphériques de troubles des centres nerveux, encéphalique, médullaire ou ganglionnaire, et il suffit d'agir en un point déterminé de la périphérie du corps pour changer les conditions morbides centrales et faire disparaître, pour un temps variable, les manifsstations morbides périphériques.

Ces remarques générales sont du reste confirmées par les observations de M. Vulpian sur les douleurs fulgurantes du *tabes dorsalis*, par les observations de M. Charcot sur les troubles hystériques de la contractilité musculaire et de la sensibilité générale et spéciale, si rapidement modifiés par la compression des ovaires, par l'électricité et par l'application externe des métaux ou de l'aimant.

Cette communication est très-incomplète ; j'ai cru cependant

---

(1) M. Pasquet-Labroue : Injections sous-cutanées hydriques, 6 mai 1870.

devoir appeler l'attention sur ces faits d'analgésie thérapeutique croisée, et sur l'interprétation physiologique que ces faits peuvent suggérer.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 août 1879. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

**Complications centrales consécutives à des lésions nerveuses localisées.** — M. HAYEM rappelle les expériences qu'il a faites sur les animaux en 1872, et à l'aide desquelles il a cherché à démontrer qu'une excitation partant d'un point du système nerveux pouvait amener des troubles centraux et par suite des phénomènes généranx. Ainsi l'arrachement du sciatique d'un seul côté, par exemple, peut être suivi chez les animaux de myélite. Il a été observé plusieurs faits de ce genre en clinique, et c'en est un nouvel exemple que M. Hayem vient communiquer à la Société.

Il s'agit d'un homme de trente-six ans qui, à dix-huit mois, a eu des convulsions généralisées à la suite desquelles étaient restés une atrophie légère du membre inférieur droit et un affaiblissement de la jambe avec un pied bot équin. Cet enfant parvint ainsi à l'âge adulte, la jambe gauche étant tout à fait indemne. Il put exercer la profession de charpentier jusqu'à l'âge de vingt-huit ans où ses deux jambes commencèrent à s'affaiblir; il dut quitter son métier et ne put plus marcher sans béquilles; en même temps les deux jambes s'atrophiaient visiblement. Enfin ce malade présenta bientôt les signes d'une tuberculose aiguë à laquelle il ne tarda pas à succomber. Il était donc mort avec une atrophie notable du membre inférieur droit et une atrophie partielle seulement du membre gauche.

L'examen anatomique de la moelle montra des lésions qui concordaient parfaitement avec les phénomènes observés pendant la vie. Du côté droit (côté où le membre inférieur était totalement atrophié), la moelle présentait, à partir de la onzième dorsale et dans toute l'étendue de la région lombaire, une atrophie manifeste des cornes antérieures de la substance grise, les cornes postérieures étant indemnes. Cette atrophie était surtout marquée au niveau du renflement lombaire. Du côté gauche il y avait une atrophie commençante du groupe de cellules des cornes antérieures, atrophie qui, de ce côté, commençait seulement au niveau du renflement lombaire.

En résumé, il s'agissait d'un cas de paralysie infantile qui avait été caractérisée par une lésion de la moelle ayant laissé un point scléreux dans les cornes antérieures de la substance grise du côté droit, lésion qui, sous l'influence de causes occasionnelles, tuberculose, alimentation insuffisante, misère, est devenue le point de départ de lésions beaucoup plus étendues, et qui même ont passé du côté opposé. Si cet homme avait vécu, il est à supposer qu'il aurait successivement présenté tous les symptômes d'une atrophie progressive généralisée.

MM. HALOPPEAU, QUINQUAUD et LABORDE citent des faits analogues à celui que vient de rapporter M. Hayem.

**Applications pratiques du téléphone et du microphone.** — M. PAUL BERT dit que depuis l'invention du téléphone on a cherché à plusieurs reprises à en faire profiter les sourds, qui peuvent entendre la voix quand on leur parle dans l'oreille. Jusqu'ici on n'était arrivé à aucun résultat satisfaisant. M. Bert avait pensé, il y a quelques mois, à reprendre ce problème et n'avait de nouveau abouti qu'à un échec. Cela tenait à ce que tous les microphones connus jusqu'ici ne sont propres qu'à transmettre ou qu'à amplifier les sons solidiens et non les sons aériens. Il fallait donc imaginer un microphone et un récepteur nouveaux. M. Paul Bert et M. Darsonval présentent à la Société un appareil qui paraît devoir remplir les conditions nécessaires. En parlant en face de cet appareil, à une distance de 1 mètre à 1 mètre 50, un fil téléphonique, aboutissant à un récepteur spécial que le sourd doit appliquer contre son oreille, porte à une distance indéterminée le son de la voix de l'orateur.

**Analgésie thérapeutique croisée.** — M. DUMONT-PALLIER fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

**Recherches histologiques sur l'oreille interne.** — M. GELLÉ présente une suite de préparations microscopiques de l'oreille interne de chiens adultes ou nouveau-nés. Il s'agit des organes de Corti et spécialement du pilier interne,

D'après les notions reçues, bien exposées dans la thèse de Coyne, la partie supérieure du pilier interne prolongée en bec horizontal s'articule avec le pilier externe dans l'angle ainsi formé.

L'examen des coupes montrées par M. Gellé permet de constater que tel n'est pas le mode d'union des deux espèces de bâtonnets auditifs.

On voit en effet que l'un et l'autre se terminent, au sommet de la voûte qu'ils constituent en s'arc-boutant, par une tête ronde supportée par un col plus délié, oblique et comparable au col et à la tête du fémur. De la sorte deux têtes de piliers externes, par exemple, se trouvent embrasser le col du bâtonnet interne opposé, dont la tête surplombe. Il en résulte, sur la préparation qui montre une arcade complète vue d'en haut, deux séries linéaires d'éminences rondes, ponctuées, qui constituent la crête supérieure de tout l'organe; elles apparaissent isolées des cellules ciliées par une partie du corps du bâtonnet restée visible et à découvert, formée par le corps même du bâtonnet vu à découvert.

Souvent le bâtonnet apparaît terminé par un bord lenticulé horizontal. D'autres fois la tête seule, si délicate, a disparu, et le col persistant forme le bec déjà décrit par les auteurs. Cette tête est la partie fragile de cet organe, et on la retrouve souvent nageant dans la préparation reconnaissable à ses fines crénelures et au fragment de pédicule resté adhérent.

Le corps du bâtonnet interne est prismatique et transparent dans la moitié supérieure; il est opaque, inégal et bifurqué, à sa partie inférieure, à son attache à la membrane basilaire.

Sur une préparation où le bâtonnet se montre de côté, on constate : 1° une partie externe (par rapport à la voûte), claire, mince, en forme d'anse, évasée à son point d'attache; 2° la bifurcation plus interne, large, épaisse, noirâtre, opaque, très-irrégulière, a l'aspect d'une grosse cellule ronde chagrinée, que des tractus nerveux rattachent au corps du bâtonnet; des fibrilles partent en grand nombre de cette partie tomenteuse. Les bâtonnets internes seuls offrent cette dernière disposition.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 1er août 1879, M. Pouchet (Henri-Charles-Georges) a été nommé professeur titulaire de la chaire d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Paul Gervais, décédé.

— *Hôpitaux de Paris.* — MM. Joffroy, Labadie-Lagrave et Troisier sont nommés médecins du Bureau central.

— Un de nos abonnés de Dublin nous écrit, en date du 22 juillet dernier, une lettre à laquelle nous ne pouvons répondre faute de signature. Prière à notre correspondant de vouloir bien se faire connaître.

**De la discision périphérique ou équatoriale avec conservation des deux cristalloïdes dans l'extraction linéaire et périphérique de la cataracte,** par le docteur LIRION. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve. A. Delahaye et Cie.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8531.

N° 91. — JEUDI 7 AOUT 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 7 AOUT 1879. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Encore une séance bien remplie, quoique nous soyons au mois d'août.

MM. Larrey, Rochard, Hervieux, se sont succédé à la tribune, pour y entretenir l'Académie de faits très-rares : anaplastie d'un gros orteil presque entièrement détaché par un coup de hache; guérison après l'amputation de trois membres ou même des quatre membres; gommes syphilitiques placentaires.

A l'occasion de cette dernière communication, faite par M. Hervieux, MM. Depaul et Tarnier ont exprimé des doutes sur la nature de la lésion décrite, qu'ils tendraient à ne pas attribuer à la syphilis, malgré l'opinion des micrographes auxquels la pièce a été soumise.

Signalons encore une lettre de M. Frogier, chirurgien à l'hôpital de la Charité de Lyon, qui, antérieurement à M. Tarnier, avait pratiqué avec succès l'opération de Porro; une communication de M. Duval (d'Hyères) sur la transmission des bruits cardiaques ou pulmonaires jusqu'au-dessous de l'ombilic dans certaines ascites; enfin la présentation d'un nouveau forceps, qu'à première vue M. Depaul a considéré comme pouvant offrir certains avantages.

Il n'est nul besoin de commentaires pour la séance académique dont nous venons d'énumérer les éléments, excellents d'ailleurs.

Dr Victor Revillout.

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Laboulbène.

### De la tuberculose bucco-laryngée.

Nous avons reçu dans nos salles un homme, âgé de trente-six ans, exerçant la profession de journalier, entré le 17 novembre 1877. Sans antécédents morbides du côté de l'hérédité, il était vigoureux et robuste; cheveux bruns. Cet homme ne présentait pas d'amaigrissement, et ne se plaignait que de la difficulté d'avaler, avec une salivation abondante et un certain degré de dyspnée. Il toussait peu, crachait beaucoup : il avait un peu mal à la bouche; il n'avait pas de fièvre. Le nombre des respirations était légèrement augmenté; la percussion révéla un très-léger degré de submatité au sommet du poumon droit, en avant; les vibrations thoraciques étaient un peu augmentées du même côté. Quelques râles muqueux disséminés et même quelques craquements au sommet furent constatés à l'auscultation. Ni râles ni souffles dans le reste du poumon. Le foie n'avait que son volume normal; pas de vomissements ni de diarrhée. Ce malade ne se plaignait que de l'état de sa bouche.

A l'examen de la cavité buccale, nous trouvons d'abord un mauvais état de la denture, beaucoup de dents cariées ou absentes; la muqueuse de la langue à peu près saine, mais la voûte palatine présentait de larges ulcérations à bords très-nets, taillés à pic, et légèrement dentelés; elles occupaient surtout la demi-circonférence dentaire.

Le fond de ces ulcérations n'était pas très-profond, il était recouvert d'une légère couche grisâtre; les bords étaient rosés, et pas d'un rouge vif. Le sillon gingivo-labial portait, à droite et à gauche, près de la première petite molaire, de petites ulcérations à fond plus inégal et plus fongueux que celles qui occupaient la voûte palatine. Ces ulcérations étaient douloureuses : la mastication était pénible, la déglutition difficile. La salivation était très-abondante : le malade remplissait son crachoir, trois fois par jour, de mucosités et de salive.

Après avoir examiné ces ulcérations, et reconnu sur leurs bords la présence de quelques points jaunâtres disséminés, comme un semis de poussière jaune, nous avons porté le diagnostic d'ulcérations tuberculeuses de la bouche.

La dyspnée devint plus forte, la température ne s'éleva pas sensiblement; la dyspnée fut accompagnée de cyanose, véritable dyspnée asphyxique.

L'auscultation ne révélait guère plus de lésions qu'au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, et cependant, malgré l'insuffisance des signes stéthoscopiques, le malade succomba.

A l'autopsie, en ouvrant la cage thoracique, nous trouvâmes de fortes adhérences du poumon droit à la paroi; le poumon gauche était libre; pas de liquide dans la plèvre; sur la plèvre inférieure gauche, quelques granulations éparses. Le poumon droit, qui pesait 880 grammes, était tellement adhérent, que des lambeaux en restèrent à la paroi thoracique. Dans tout le parenchyme pulmonaire, des tubercules, à la période de crudité et d'inflammation jaune,

étaient disséminés en grand nombre ; on trouvait aussi de nombreux noyaux de pneumonie scléreuse.

Le poumon gauche était emphysémateux, et infiltré des mêmes granulations.

Constatons, en passant, que l'emphysème n'exclut pas la tuberculose ; nous en avons encore actuellement un autre exemple dans le service.

Il est aussi remarquable qu'une infiltration granuleuse si généralisée n'ait donné qu'à peine quelques râles sibilants ; au sommet, il existait une petite cavernule.

Les autres organes étaient indemnes ; ni aux organes génitaux, ni au cerveau, ni au péritoine, ni dans les intestins, nous n'avons trouvé ni tubercule ni ulcération.

C'est là un exemple assez net de la phthisie buccale ; il n'y manque que la tuberculisation de la langue.

Les anciens auteurs ont connu la phthisie, mais pas cette forme buccale. Dans Morgagni (*De sedibus et causis morborum*), qui écrivait à un âge avancé, alors qu'il était désabusé de tous les systèmes de médecine et qu'il ne représentait que ce qu'il voyait, on trouve qu'il a vu deux fois le larynx, le pharynx et le voile du palais ulcérés en même temps que les poumons.

Plus tard, Baumès, Franck, Bert, etc., rangent dans les aphthes buccales les ulcérations diverses de cette cavité.

En 1825, Louis remarque la rareté relative des ulcérations du larynx : sur 120 sujets, on trouve 4 fois seulement des ulcérations petites, assez nombreuses, uniformément distribuées ; dans l'intervalle qui les sépare, la muqueuse était épaissie.

Ricord remarque que, chez des tuberculeux syphilitiques, on voit guérir certaines ulcérations, tandis que d'autres ne guérissent pas : les premières étaient les ulcérations syphilitiques, les secondes étaient de nature tuberculeuse : le premier, il donna à cette maladie le nom de « phthisie buccale » (voir thèse Bussenot, 1858, *Du chancre de la bouche et de son diagnostic différentiel*, et thèse Julliard, *Ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phthisie pulmonaire*). L'auteur de ce dernier travail a côtoyé la vérité ; il ne veut pas admettre que l'ulcération doit se produire par ramollissement du tubercule, mais il pense qu'elle existe seulement comme manifestation de la diathèse tuberculeuse.

La nature exacte de cette ulcération est bien démontrée, en 1869 (séance du 27 novembre à l'Académie de médecine), par M. Trélat, qui expose que l'ulcération se fait, là comme ailleurs, par la fonte d'un tubercule.

Depuis 1870, la Société de médecine des hôpitaux s'est beaucoup occupée de cette question (Isambert, Ferréol, Bucquoy, Vallin, etc.). Deux thèses, 1872 Gazail, 1873 Pouzergues. Lavran, en 1876, a communiqué les pièces d'une tuberculose miliaire de la voûte palatine du voile du palais, et des fosses nasales (voir thèse Gelade, 1878).

Tant que le sujet atteint ne porte que la lésion initiale, les petits grains tuberculeux, sans ulcération, il n'éprouve aucun phénomène, ni douleur, ni salivation, ni trouble de la déglutition ; quatre-vingt-dix-neuf fois snr cent, la lésion passe alors inaperçue.

Aussitôt que l'ulcération se produit, que les couches épithéliales sus-jacentes se détachent, la douleur apparaît, au moindre contact, chaud ou froid, au passage des aliments, des liquides acidules, etc. Le malade refuse de manger, tant il souffre même avec des ulcérations très-petites. La salivation est aussi abondante que la salivation mercurielle ; on voit le malade obligé de se tenir penché sur son crachoir, et la salive découlant d'une façon à peu près continue.

Presque jamais on n'observe d'adénite sous-maxillaire : comme l'ont fait remarquer Trélat, Siredey, la tuberculose buccale n'a pas de retentissement ganglionnaire.

Dans la suite, le malade est emporté par la tuberculose pulmonaire, intestinale, cérébrale ou génitale.

Pour examiner le malade, il faut d'abord le placer bien au jour, de façon à éclairer complètement toute la cavité buccale : on trouvera alors des ulcérations à bords un peu élevés, festonnés, étendus, comme une plaie serpigineuse, analogue aux sillons que creusent les vers sous l'écorce des arbres ; puis, à côté de ces grandes ulcérations, on en voit d'autres, petites, arrondies, à teinte un peu grisâtre, sans bourbillon ; puis, d'autres lésions plus récentes, consistant en un semis jaunâtre, caractéristique, existant toujours auprès des ulcérations anciennes, et très-souvent aussi auprès des plus récentes.

Ces ulcérations ont une tendance à la chronicité ; après six mois, un an, elles peuvent guérir.

J'ai pu voir, à l'hôpital Necker, un malade, nommé Bouniol, qui courait d'un service à l'autre, et qui est presque devenu légendaire parmi les médecins des hôpitaux. Pendant trois ans, il a présenté une tuberculose pharyngo-laryngée bien nette, et il a succombé à la phthisie, après avoir été guéri de ses ulcérations.

Son observation est intéressante, et montre les difficultés du diagnostic ; on pourrait la trouver dans les mémoires de la Société de médecine des hôpitaux (1875) et dans la thèse de Gelade (1878). Résumons-la en quelques mots : cet homme, âgé de quarante-huit ans seulement, quoiqu'il parût en avoir soixante, avait exercé la profession de maréchal-ferrant ; il était de constitution robuste, mais vieilli avant l'âge par un alcoolisme assez intense. Absolument sans antécédents héréditaires morbides, il ne présentait aucune trace de scrofule, pas d'hémoptysies, pas d'essouflement. Il avait une maladie vénérienne mal déterminée, pour laquelle il avait été traité à l'hôpital du Midi par Ricord, qui l'avait renvoyé guéri et n'ayant présenté aucun accident spécifique.

C'est en 1872 qu'il vit sa première ulcération : il entra à l'hôpital Saint-Louis, où, en raison de sa passion de fumeur, il passa pour avoir un cancer de la langue. Il revint à l'hôpital Necker, portant une ulcération sur le bord gauche de la langue, à bords saillants, festonnés et papilliformes. On songea à l'épithélioma : d'autres, croyant à la syphilis, prescrivirent l'iodure de potassium, qui ne produisit aucune amélioration. Je touchai la plaie avec un pinceau imbibé de teinture d'iode. Le malade, qui ne s'intéressait que médiocrement à sa maladie, se trouva assez satisfait, et sortit quatre mois après.

En 1873, apparut une nouvelle ulcération, du côté droit de la langue, douloureuse, saignant au contact des aliments. On suivit le même traitement que précédemment : cautérisations avec la teinture d'iode. Mais alors apparurent de petits points jaunâtres, disséminés, qui nous permirent de faire le diagnostic. Au microscope, on reconnut des cellules caséeuses. Ces ulcérations achevèrent de se cicatriser dans le service de M. Guyon ; mais le malade commença à s'amaigrir ; il fut pris d'hémoptysies répétées, et le diagnostic de phthisie pulmonaire s'imposa par les résultats de l'auscultation.

Le malade sortit en mauvais état, mais l'amaigrissement persistait d'autant plus que l'état de la langue empêchait la

mastication : les ulcérations s'étaient reproduites, la langue s'était tuméfiée ; les petites saillies jaunâtres avaient disparu. Le malade succomba enfin.

Les signes caractéristiques de la tuberculose buccale sont les ulcérations petites et arrondies au début, serpigineuses lorsqu'elles sont anciennes ; puis le petit semis jaunâtre qui entoure toujours les ulcérations récentes et souvent aussi les anciennes. Mais il peut disparaître. L'état granuliforme de la région est un bon signe au début, mais, si l'on n'a pas vu le malade au commencement de l'affection, on voit l'ulcération produite avec ses caractères ; le semis jaunâtre peut être en voie d'évolution ; si la lésion est plus avancée encore, il arrive souvent que la phthisie a envahi d'autres organes, et le diagnostic, dès lors, est facile.

Si l'on énuclée une de ces granulations jaunâtres de la périphérie des ulcérations, on trouve, au milieu de quelques fibres conjonctives, de petits corps plus petits que les hématies et dont il est difficile d'apercevoir le noyau. Ces corps, très-fortement granuleux, sont composés de cellules ratatinées, passées à l'état caséeux, et qui sont caractéristiques de la tuberculisation. Mais, sur les bords des ulcérations, on voit aussi des points papilliformes, où l'on trouve de grandes cellules qui font songer à l'épithélioma. Il ne faut pas s'arrêter à ces régions : il faut, pour être assuré du diagnostic, bien prendre les points jaunes, et négliger la couche grisâtre ainsi que celle des végétations. Si l'on examine les couches plus profondes, on voit les petits vaisseaux, allant à l'ulcération, entourés d'un anneau de nouvelles cellules tuberculeuses. C'est donc de la tuberculisation proprement dite : c'est tout autre que ce qu'on a appelé pneumonie caséeuse. Il y a toujours du tubercule ; cela ne ressemble en rien à des produits d'exsudation.

Il est souvent difficile de distinguer l'ulcération tuberculeuse de l'ulcération syphilitique, gomme, glossite scléreuse, chancre, etc. ; il faut souvent attendre quelques jours avant de se prononcer. Si l'on a conservé quelques doutes, l'évolution ultérieure de la lésion fixera le diagnostic : en quinze jours ou trois semaines, un chancre a disparu ; au contraire, la longue durée est caractéristique de l'ulcération tuberculeuse. L'adénopathie cervicale, qui manque presque toujours dans la tuberculose, est la règle absolue dans les cas de chancre de la cavité buccale.

Les plaques muqueuses ont un certain relief, une surface grisâtre ; elles occupent souvent la commissure labiale qui est leur siège de prédilection ; on les voit aussi sur le dos de la langue, bien plus que sur les bords. On cherchera aussi les divers autres caractères des lésions syphilitiques qui sont indolentes, tandis que les ulcérations tuberculeuses sont, au contraire, extrêmement douloureuses ; leur coloration n'est pas non plus la teinte rosée des ulcérations tuberculeuses.

Dans les gommes de la langue, les tumeurs ont ordinairement le volume d'un pois, d'une amande, d'une noisette même (Fournier, Ricord), et sont caractérisées par le bourbillon et l'aspect cratériforme.

Les syphilides ulcéreuses ont aussi une forme chronique ; la langue, dans ces cas, est plutôt fissurée qu'ulcérée. Le traitement spécifique est parfois le seul moyen de préciser le diagnostic.

Il est très-difficile de se prononcer entre les ulcérations tuberculeuses et le cancer épithélial de la langue au début : il faut chercher avec soin les végétations papillaires, avec une espèce de velouté formé par les papilles grossies : mais, plus tard, les cellules épithéliales dégénèrent, et l'aspect est variable et moins bien caractérisé. Il faut voir si la maladie dure depuis quelque temps, si l'engorgement des ganglions existe, si l'on voit un semis jaunâtre, si l'iodure de potassium produit quelque effet thérapeutique. En tous cas, il est difficile de se prononcer au début, et il faut apporter une grande réserve dans ce diagnostic.

Il n'est guère besoin d'insister sur le diagnostic différentiel avec les ulcérations aphtheuses, dentaires, etc.

La difficulté est beaucoup plus grande lorsqu'il s'agit de l'ulcération des fumeurs, des plaques de psoriasis lingual : dans ce psoriasis, on ne trouve pas d'autres éléments que les cellules épithéliales ; il est difficile de dire où commence l'épithélioma, où finit le psoriasis.

Les ulcérations scrofuleuses se reconnaissent par les accidents concomitants ou par les traces d'accidents antérieurs.

Signalons, pour terminer, les ulcérations d'origine mercurielle, stibiée ou arsenicale.

Le pronostic sera évidemment très-réservé : Verneuil a observé un cas de guérison ; j'en ai aussi vu un exemple, mais il ne faut pas oublier que la tuberculose des autres organes succède ordinairement à la phthisie buccale. Aussi, outre le traitement local, badigeonnages avec le nitrate d'argent ou teinture d'iode, ne faut-il pas oublier le traitement général, destiné à combattre ou au moins à retarder cette évolution tuberculeuse : on prescrira donc l'exercice, la cessation d'occupations fatigantes, etc., le traitement préventif de la phthisie ; s'il n'existe pas de troubles intestinaux, on pourra quelquefois employer l'arsenic, qui a donné quelques succès.

---

## HOPITAL MILITAIRE DE DUNKERQUE.

### Quelques considérations sur la petite épidémie de variole observée à Dunkerque en 1878 et 1879 (1).

Par le docteur Fournet, médecin aide-major.

II

L'albuminurie est très-fréquente dans la variole confluente, et dans bien des cas on a constaté à l'autopsie les altérations de la néphrite interstitielle. Le point important dans le cas que nous citons est la réapparition de l'albumine dans les urines au début de la variole, avec absence complète de globules sanguins dans les deux premiers jours de la maladie ; la présence du sang aurait pu donner lieu en effet à la réaction de l'albumine, bien qu'il n'y eût pas trace de cette substance.

*Variole hémorrhagique probable ou purpura hæmorrhagica. — Autopsie.* — Le malade qui est l'objet de notre quatrième observation, C..., soldat au 110e de ligne, entre à l'hôpital le 7 mai, à huit heures du matin. Il est malade depuis quatre jours et a été gardé depuis ce temps à l'infirmerie du corps.

Les symptômes généraux sont très-marqués, la fièvre est vive, la peau très-chaude, le malade se plaint de douleurs lombaires très-fortes ; la coloration rouillée des crachats avait fait porter au médecin du corps le diagnostic de pneumonie ; l'auscultation ne donne cependant qu'un résultat négatif ; le cœur est sain, la peau est bleuâtre ; on voit disséminées çà et là de nombreuses ecchymoses ; une d'elle est très-marquée et est située sous l'œil gauche ; un grand nombre de papules ecchymotiques font croire, bien qu'avec une certaine réserve, à l'existence d'une variole hémorrhagique ; le malade succombe à neuf heures, c'est-à-dire une heure

(1) Fin. — Voir le numéro du 5 août 1879.

après son entrée, sans agonie, après une tentative illusoire d'aller à la garde robe.

L'autopsie (température de l'air extérieur : max. + 10° ; min. + 4°,4. Therm. sec à neuf heures, sept degrés) est faite le 8 mai, à neuf heures du matin, vingt-quatre heures après la mort.

Le corps est *bien musclé*, il est dans un état de putréfaction un peu avancée ; sa surface est recouverte de taches ecchymotiques, les papules ne sont plus saillantes et ne représentent plus elles-mêmes que des points ecchymotiques ; de chaque côté de l'abdomen une tache saillante, verdâtre, ainsi que le réseau veineux dessiné sous la peau, indiquent combien a été rapide le travail de décomposition du cadavre.

*Cavité thoracique.* — Une odeur de putréfaction des plus prononcées se dégage à l'ouverture du corps.

*Poumons.* — Le poumon droit est complètement adhérent aux parois thoraciques, les adhérences qui retiennent le poumon sont d'origine ancienne et l'on ne retire l'organe entouré de la plèvre pariétale qu'en l'énucléant pour ainsi dire. Des adhérences existent également à gauche, quoique moins marquées. Dans la cavité pleurale on observe un léger épanchement de sang diffluent mêlé à de la sérosité. Les vaisseaux pulmonaires sectionnés laissent échapper une grande quantité de sang. Des bronches on voit s'écouler de la sérosité spumeuse, sans traces de mucus.

Les poumons sont volumineux, crépitants ; ils présentent, le poumon droit principalement, les empreintes qu'y ont laissées les côtes ; ils sont engorgés, pleins de sang ; à leur surface sont disséminés de petits foyers apoplectiques, se présentant sous la forme de noyaux noirâtres, la plupart du volume d'une cerise ; dans le centre du parenchyme on trouve aussi des foyers d'apoplexie de volume variable. La base des deux organes est infiltrée d'une sérosité sanguinolente ; elle a l'aspect d'une masse gélatiniforme, rougeâtre ; on ne constate aucune des lésions anatomiques de la pneumonie.

Les ganglions bronchiques sont normaux.

*Cœur.* — Le péricarde contient 50 grammes environ d'un mélange de sang et de sérosité. Le cœur est très-mou, très-flasque ; ses cavités, très-dilatées, sont remplies d'un sang noir, poisseux et diffluent. Pas de traces de caillots ; les fibres musculaires de l'organe sont pâles, décolorées ; les colonnes charnues sont affaissées, infiltrées ; entre les deux feuillets des valvules mitrales et tricuspides on remarque une infiltration de sang. La tunique interne des artères est rouge, imbibée par le sang ; les veines sont volumineuses, remplies d'un sang noir séreux, diffluent, mêlé à des bulles de gaz ; les gaînes des vaisseaux sont également infiltrées de sang.

*Cavité abdominale.* — L'estomac, distendu, ne renferme pas de sang ; des veines remplies de sang rampent sur les parois de l'organe, deux ou trois d'entre elles ont le volume d'une plume de pigeon et se présentent sous l'aspect d'un gros vaisseau lymphatique ; on les dissèque avec soin, et l'on remarque que la tunique externe est fort distendue par des gaz.

Le foie n'est point congestionné ; il a son volume normal ; des adhérences anciennes et très-résistantes le retiennent au diaphragme par sa face supérieure, d'autres adhérences moins solides le retiennent à l'estomac et aux anses intestinales ; la surface de l'organe, dans le voisinage du bord antérieur, est gris foncé, avec un pointillé gris-verdâtre ; à la coupe, la substance hépatique est grise, comme au début de la dégénérescence graisseuse ; on n'y retrouve point l'aspect signalé à la face supérieure. Pas trace d'hémorrhagie dans l'épaisseur de l'organe. Point de sang dans la vésicule biliaire.

La rate est assez volumineuse, très-consistante ; à la scissure de l'organe, on observe un foyer hémorrhagique d'apparence et de consistance assez analogues à celles de la gelée de groseille.

Les reins ont leur volume ordinaire ; hémorrhagie identique au hile de chacun de ces organes ; les calices et les bassinets sont infiltrés de sang, et entre les deux feuillets qui les constituent on remarque une infiltration semblable en tous points à celle qui est constatée aux valvules du cœur.

La vessie n'a point été ouverte.

Hémorrhagie dans la tunique vaginale, l'épididyme est ecchymosé.

Dans la cavité péritonéale on trouve deux à trois cents grammes d'une sérosité sanguinolente, noirâtre ; l'épiploon et l'intestin présentent une coloration rougeâtre, les veines abdominales sont congestionnées et leur section donne une grande quantité de sang.

*Cavité crânienne et rachidienne.* — La substance cérébrale est sensiblement ramollie ; on ne trouve dans son épaisseur aucune trace d'hémorrhagie ; point d'épanchement de sang dans les méninges ; rien à signaler dans les ventricules ; absence de piqueté hémorrhagique.

De la sérosité mêlée à du sang s'écoule de la cavité rachidienne.

Rien à noter du côté des membranes profondes de l'œil.

Bien que le malade ne soit resté que peu de temps dans nos salles et n'ait pu par conséquent être soumis à un examen minutieux, nous dirons que la plupart des symptômes observés, les douleurs lombaires, la présence de papules sur toute la surface du corps, les ecchymoses et les pétéchies, l'état général, et avant tout la constitution médicale dans laquelle nous nous trouvons, ont fait porter le diagnostic de variole hémorrhagique ; les lésions anatomiques observées à l'autopsie ont bien été celles que l'on constate souvent dans la variole hémorrhagique ; mais l'affection qui a le plus de rapports avec celle qu'a présentée le malade est sans contredit le purpura hæmorrhagica. Comme la variole hémorrhagique d'emblée, en effet, la maladie de Werlhof est caractérisée par des pétéchies et des ecchymoses qui n'apparaissent que lorsque le malade a éprouvé des frissons, de la fièvre, de la courbature ; il y a de plus des hémorrhagies graves des viscères et des muqueuses, des symptômes généraux des plus sérieux, délire, prostration, état typhoïde ; dans le cas que nous rapportons, la présence de papules et le milieu épidémique dans lequel s'est développée la maladie ont été les deux points principaux sur lesquels on s'est basé pour admettre une variole hémorrhagique.

Les pétéchies qui apparaissent au début de l'éruption, les hémoptysies sont caractéristiques de la variole, hémorrhagique d'emblée, qu'il ne faut point confondre avec la variole, qui ne devient hémorrhagique qu'au moment de la période de suppuration et relativement plus bénigne. En présence de ces signes, on doit toujours porter un pronostic des plus graves, et prévoir même une mort prochaine, qui serait déterminée par une syncope due, comme l'ont démontré MM. Desnos et Huchard, à une altération des fibres musculaires du cœur.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 août 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le docteur Frogier qui, à propos de la dernière communication de M. Tarnier, rappelle que, le 2 février 1879, il a pratiqué à l'hôpital de la Charité de Lyon une opération de Porro qui a été suivie d'un succès complet ; 2° une lettre de M. le docteur Lardier accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (accepté) ; 2° des lettres de remerciements de divers lauréats de l'Académie.

M. Larrey présente : 1° de la part du docteur Gavoy, médecin-major de première classe, un mémoire manuscrit intitulé : *Calcul urinaire adhérent par un pédicule dans la fosse naviculaire extrait sur un enfant de sept ans ;* 2° de la part de M. Billot une note sur

un cas de monstruosité congénitale (monstre unitaire, de l'ordre autosite, de la famille des ectroméliens, genre ectromèle, suivant la classification d'Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire).

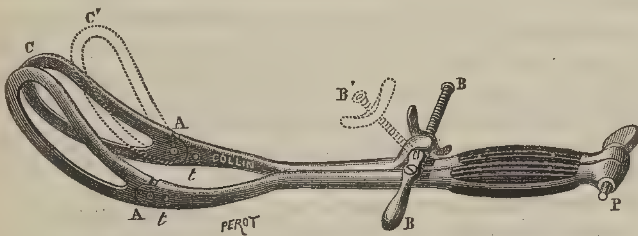
M. LARREY fait hommage à l'Académie, au nom de M. Marion Sims, d'un portrait du professeur Piorry peint par un artiste américain.

M. ROCHARD présente, au nom de M. le docteur Béranger Féraud, membre correspondant de l'Académie, et de M. Porte, pharmacien de première classe de la marine, une *Étude sur l'empoisonnement par le perchlorure de fer.*

### PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. DEPAUL, au nom de M. le docteur Pros (de la Rochelle), présente à l'Académie un nouveau forceps, dit forceps automatique, pouvant permettre à l'accoucheur d'imiter artificiellement le mécanisme de l'accouchement naturel.

Cet instrument avec lequel son auteur veut que le plus souvent, et parfois à tout hasard, l'opérateur tende à mettre, avant son dégagement, toute présentation du sommet en position antérieure




gauche ou en postérieure droite, si elle n'y est pas, et à transformer les positions postérieures de la face, ou transverses, en antérieures, diffère de ceux à branches parallèles comme lui :

1° Par le double mode d'assemblage symétrique ou asymétrique de ses branches;

2° Par une articulation permettant d'une manière facultative à l'accoucheur la flexion des cuillers de l'instrument, sur leur bord antérieur.

C. Cuiller. — C'. Cette même cuiller fléchie à angle droit.

A.A. Articulations des fenêtres des cuillers, avec leurs talons.

C.C. Trous pour recevoir des lacs de traction.

B.B. Barre d'assemblage (mobile et brisée).

B'. Cette même barre relevée avant son articulation définitive.

P. Extrémités digitales des manches du forceps. L'une, pivotante, porte une vis d'assemblage, et l'autre offre une douille taraudée pour recevoir cette même vis.

### LECTURE

M. LARREY lit une observation d'anaplastie d'un gros orteil détaché par un coup de hache et qu'on avait rattaché à l'aide de bandes longitudinales imbibées de collodion, recouvertes d'une autre bande circulaire.

### COMMUNICATION

M. JULES ROCHARD communique à l'Académie une observation d'amputation triple, pratiquée avec succès sur le même blessé et pour le même traumatisme. Cette observation lui a été adressée par M. le docteur de Léséleuc, ancien médecin de la marine, aujourd'hui chirurgien de l'hospice civil de Brest. M. Rochard a eu l'occasion de voir l'opéré au mois de septembre dernier; il met sous les yeux de l'Académie de médecine des photographies représentant le sujet de cette intéressante observation dont voici le résumé :

Le 27 mai 1878, vers cinq heures du soir, le nommé M..., sous-chef d'équipe de la compagnie du chemin de fer de l'Ouest, à Brest, dans un mouvement de wagons qui se faisait en gare, tomba du premier des trois wagons que poussait une locomotive. Dans sa chute, il se luxa le coude gauche, et les trois wagons ainsi que la locomotive lui passant sur les jambes y produisirent un affreux traumatisme. Il fut immédiatement transporté à l'hospice civil dans un état voisin de la syncope, le pouls ne se sentant plus aux radiales. La jambe droite ne tenait à la cuisse que par des lambeaux de chair et de peau. Le fémur avait été nettement sectionné au-dessus du genou, la fémorale coupée; un caillot s'étant formé instantanément avait arrêté l'hémorrhagie. Le pied gauche et l'articulation tibio-tarsienne, hachés, broyés, ne formaient plus qu'une masse informe. Il y avait une luxation grave du coude gauche, mais sans plaie.

En présence d'un pareil traumatisme, chez un blessé presque exsangue, M. de Léséleuc, médecin de l'hospice civil, jugea prudent de ne faire immédiatement que l'amputation de la cuisse droite dont il n'eut qu'à régulariser les lambeaux musculo-cutanés. Pour procéder à l'amputation de la jambe gauche, il attendit que la réaction se fît pendant la nuit et y procéda le lendemain à huit heures du matin.

La gangrène ayant envahi l'avant-bras gauche, l'amputation du bras fut pratiquée le dix-septième jour après l'accident.

M... a supporté ces trois mutilations avec une grande énergie. Il est depuis longtemps complètement guéri et il peut marcher, grâce aux appareils prothétiques fabriqués par M. Mathieu.

Cette observation est intéressante, non-seulement à cause des circonstances qui ont nécessité et accompagné l'intervention chirurgicale, mais encore parce qu'elle est l'unique exemple connu dans la science d'un blessé ayant survécu à une amputation triple presque immédiate pratiquée pour le même traumatisme.

M. ROCHARD, après avoir lu cette opération, insiste en son propre nom sur la rareté extrême de ces opérations multiples faites pour un même traumatisme. On en trouve un unique exemple dans le rapport du docteur Chenu, et c'est dans la colonne des morts.

M. LARREY, tout en reconnaissant cette rareté, raconte avoir vu à bien des reprises aux Invalides un ancien soldat qui avait eu en même temps les deux jambes et les deux bras enlevés par des boulets. Cet homme a vécu très-longtemps.

En recherchant dans ses souvenirs, il se rappelle aussi le cas d'un enfant qui, s'étant couché en travers sur la voie du chemin de fer, avait eu les deux avant-bras et les deux jambes amputées par les roues et avait survécu à cette mutilation.

### LECTURE

M. le docteur Émile Vidal, médecin en chef de l'hôpital d'Hyères (Var), lit un travail sur la *Transmission des bruits thoraciques jusque dans la partie inférieure de l'abdomen, chez les malades atteints d'ascite.*

Ce travail est basé sur trois observations; en voici les conclusions :

1° La transmission dans l'abdomen des bruits nés dans les organes thoraciques pourra servir au diagnostic quelquefois si difficile de l'ascite à son début; 2° la diminution dans l'intensité de la transmission des bruits du cœur, alors que le murmure respiratoire continue à être nettement entendu dans l'abdomen, pourra faire supposer le commencement d'un épanchement dans le péricarde; 3° la continuation de la transmission des bruits du cœur, avec diminution ou absence de la transmission du murmure respiratoire, pourra indiquer la présence de certains épanchements pleurétiques.

On peut expliquer le mécanisme de la transmission par quatre hypothèses.

Elle peut se faire en effet : 1° par les parois abdominales; 2° par l'intestin; 3° par le liquide; 4° par l'intestin et par les liquides réunis.

De ces quatre hypothèses, la dernière paraît la plus satisfaisante.

La transmission s'effectue probablement par l'action simultanée de l'intestin et du liquide dans des conditions qui doivent se rattacher à l'ordre des faits signalés par MM. Noël Guéneau de Mussy, Raynaud et Baccelli dans l'égophonie et dans certaines formes de la pleurésie.

Quelques expériences faites par M. Vidal semblent lui prouver

qu'il en est ainsi. Si, dit-il, au-dessus d'une anse intestinale de 40 centimètres de long, pleine d'air, on place transversalement une autre anse pleine d'eau, et si on ausculte cette dernière, on entend nettement les moindres frottements exécutés sur l'extrémité de la portion pleine d'air.

Les vibrations sont donc transmises à des distances relativement considérables par les gaz de la première partie au liquide de la deuxième et par ce dernier à l'oreille de l'observateur.

### COMMUNICATION

M. HERVIEUX communique à l'Académie une observation sans précédent, à ce qu'il lui semble. Il s'agit d'un cas de placentite syphilitique caractérisée par la présence de gommes dans le placenta. Ce fait s'est présenté à la Maternité. Les détails en ont été recueillis par M. Blin, interne du service, et l'examen microscopique des pièces a été fait par M. Malassez dans le laboratoire de M. Ranvier, au Collège de France.

L'attention de M. Hervieux avait été appelée sur l'état de ce placenta par la sage-femme qui avait procédé à l'accouchement, lequel avait été prompt et facile. L'enfant était né à terme, vivant et bien portant en apparence ; mais la mère était soupçonnée de syphilis. En effet cette femme qui, réglée à douze ans, avait, suivant les expressions de M. Hervieux, *fait son entrée dans la vie sexuelle* à l'âge de dix-sept ans, et eu, à vingt ans, un premier enfant étant devenue de nouveau enceinte vers l'âge de vingt et un ans, avait contracté la syphilis au sixième mois de sa grossesse. Elle racontait qu'elle avait éprouvé vers ce moment des douleurs vives en urinant, un écoulement jaune-vert très-abondant ; puis étaient survenus des boutons aux parties sexuelles, des maux de gorge, des souffrances vives au moment de la défécation, des grosseurs dans l'aine droite. Un médecin consulté avait prescrit des pilules qui avaient déterminé du gonflement aux gencives et de la salivation. Après un amendement passager, vers le milieu de janvier, c'est-à-dire six semaines avant l'accouchement, elle avait eu de nouveaux maux de gorge, puis des croûtes dans les cheveux, qui tombèrent en partie, puis une éruption de taches d'un rouge jaunâtre sur la face, le dos et les membres. Malgré ces accidents d'origine évidemment vénérienne, la grossesse avait continué son cours normal.

Le 27 février 1878, à neuf heures du matin, après quatre heures seulement de travail, cette femme mit au monde une petite fille du poids de 3,550 grammes, indemne de toute manifestcation syphilitique.

A cette époque on constate sur la mère des signes certains de syphilis : taches marbrées à la peau sur le tronc et sur les membres, croûtes dans les cheveux, angine érythémateuse, engorgement des ganglions sous-maxillaires du côté gauche et inguinaux du côté droit.

Quant à l'enfant, elle paraît très-bien constituée, et elle ne présente rien d'anomal jusqu'au dix-septième jour, moment où l'on découvre des plaques muqueuses dans ses aisselles.

La mère et l'enfant sont soumises à un traitement mercuriel et ioduré, et, huit jours après, le 23 mars, elles quitttent l'hôpital.

Voici maintenant le résultat de l'examen du placenta :

Il pesait 550 grammes ; sa forme était à peu près circulaire ; à sa surface on remarquait un certain nombre de plaques plus ou moins saillantes et d'un blanc jaunâtre. En pratiquant à leur niveau des coupes perpendiculaires, on constatait qu'elles correspondaient à des plaques d'aspect caséeux et assez résistantes, très-larges du côté de la face utérine, se terminant en pointe dans la profondeur de l'organe. En outre on trouvait disséminées, soit à la surface, soit dans l'épaisseur du placenta, des nodosités beaucoup plus petites, d'aspect fibro-caséeux comme les premières; dans leur intervalle, le tissu placentaire paraissait sain et normal.

De l'analyse des lésions histologiques trouvées à l'examen microscopique, il résulte que l'altération du placenta était bien manifestement syphilitique, puisqu'il s'agissait de tumeurs fibro-caséeuses, c'est-à-dire de gommes entièrement comparables aux gommes syphilitiques du foie.

M. DEPAUL, sans avoir la prétention de combattre les conclusions déduites d'un fait qu'il n'a pas vu, manifeste son étonnement au sujet de certains détails de cette observation.

Ainsi l'enfant, qui recevait sa nourriture du placenta décrit par M. Hervieux, est née bien portante et relativement lourde ; plus de 7 livres pour une petite fille, c'est beaucoup. Comment expliquer qu'elle n'eût pas souffert dans son développement, si, en réalité, le placenta renfermait dix-sept à dix-huit tumeurs syphilitiques, grosses comme des noisettes, ainsi que le dit M. Hervieux, et encore d'autres plus petites ? Un placenta affecté de la sorte dans son tissu, rempli de gommes, devait amener le dépérissement, sinon la mort de l'enfant. Au contraire, si dans ce fait, comme dans beaucoup d'autres observés par M. Depaul sur des placentas d'ailleurs sains, en l'absence de toute syphilis, les petites tumeurs blanchâtres, caséeuses, en question, étaient indépendantes du tissu placentaire, si c'étaient d'anciens petits foyers hémorrhagiques transformés, situés au-dessous du chorion, ou d'autres lésions du même genre, sans gravité, on comprendrait très-bien la santé parfaite de l'enfant.

La mère n'aurait contracté la syphilis que vers le cinquième ou le sixième mois de sa grossesse. Le plus souvent, quand il en est ainsi, l'enfant ne naît pas syphilitique. En effet, la vérole qui se transmet au fœtus, c'est la vérole dite constitutionnelle, celle qui a envahi tous les tissus, qui est devenue communicable par l'inoculation du sang et d'autres liquides de l'économie. Il arrive, au contraire, tous les jours qu'une femme, devenue syphilitique à la fin de sa grossesse, met au monde des enfants qui sont et restent sains.

Ici, chez l'enfant, les plaques muqueuses auraient fait leur apparition sous les aisselles, quinze ou dix-huit jours après la naissance. M. Depaul n'a jamais vu de cas semblables. Les plaques muqueuses paraissent aux parties génitales, ou à l'anus, ou autour des lèvres, ou sur la gorge, si la vérole a été transmise par une nourrice. Mais, exclusivement sous les aisselles, c'est tellement exceptionnel que cela ne s'était peut-être jamais vu.

M. TARNIER a examiné au moins cinquante placentas de femmes certainement syphilitiques; il n'y a jamais découvert aucune lésion caractéristique de la vérole. Mais il a souvent rencontré, sur des placentas non syphilitiques, des tumeurs complètement semblables à celles que décrit M. Hervieux. Cela se présente au moins une fois sur douze.

M. DEPAUL. Presque sur tous, en cherchant près des bords.

M. HERVIEUX, n'ayant jamais fait des placentas une étude spéciale, n'a présenté cette observation que sous toutes réserves, et d'après l'opinion émise par les micrographes qui avaient examiné la pièce. Il est tout prêt à se rendre à l'avis d'hommes plus compétents.

La séance est levée à cinq heures un quart.

---

## CORRESPONDANCE

MON CHER CONFRÈRE,

Par une décision adoptée en 1878, la commission générale de l'Association des médecins du département de la Seine a invité son bureau à faire connaître, au moins deux fois par an, la situation de la Société et l'emploi de ses ressources, et elle a compté en cette circonstance sur le concours de la presse médicale.

Je vous serais reconnaissant, mon cher confrère, de vouloir bien insérer dans un des prochains numéros de votre journal les renseignements suivants.

*Le président de l'Association des médecins du département de la Seine,*

J. BÉCLARD.

« ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

« *Mouvement du personnel, recettes et dépenses des six premiers mois de l'année* 1879. — Quinze sociétaires sont décédés depuis le 1er janvier 1879 : MM. Acosta, Benoist de la Grandière, Billard,

Brossard, Campbell, Caron, Chauffard, Delmas, Fontès, Gubler, Guérard (L.), Jacquemier, Piorry, Tardieu, Trélat père. Vingt-cinq nouveaux sociétaires ont été admis : MM. Lenoir, Maugin, Paulmier, Séaillet, Lefèvre, Oyon, de Beauvais, Reuss, Rizat, Albert Robin, Tranchant, Joffroy, Maury, Sentoux, Charles Richet, Boyer, Fligel, Ad. Bertrand, Ch. Arnaud, Anselmier, Hamon, Cufer, Troisier, Séguin, Boutigny.

« Les *dons* encaissés dans les six premiers mois de l'exercice courant forment un total de 830 francs. Mme Blandin a versé son offrande habituelle de 50 francs. Pour perpétuer leurs cotisations, MM. Roger et Géry ont versé chacun 100 francs, et M. Jules Guyot 500 francs; enfin M. Noël Guéneau de Mussy a remis entre les mains du trésorier une somme de 80 francs représentant les honoraires qu'il n'a pas voulu accepter pour lui.

« Cinquante-huit demandes de secours ont été examinées par la Commission générale. Deux mille cinq cents francs (2,500 fr.) ont été répartis entre cinq sociétaires, et douze mille huit cents francs (12,800 fr.) entre trente-cinq ayants-droit de sociétaires. Dix-sept cent vingt-cinq francs (1,725 fr.) ont été alloués à seize personnes étrangères à l'Association.

« Conformément à l'usage, les sommes votées pendant ces six premiers mois représentent la moitié des allocations et secours que la Commission se propose de donner dans le cours de l'année. Chaque vote a été émis avec cette pensée qu'à moins d'insuffisance de ressources, la somme accordée sera doublée avant la fin de l'exercice courant. Les sociétaires recevront ainsi des allocations variant de six cents à douze cents francs, et les ayants-droit de sociétaires des sommes comprises entre cinq cents et mille francs. En résumé, la Commission générale a, pour ainsi dire, engagé dès aujourd'hui une somme de 34,050 francs.

« Dans ces derniers temps, le corps médical a été exceptionnellement maltraité par le sort. Pour se renfermer dans les limites du budjet de l'Association, les membres de la commission générale ont dû redoubler de prudence et contenir plus d'une fois les élans de leur sympathie. Quatre mille francs sont encore disponibles. Suffiront-ils pour faire face aux demandes déjà soumises à l'enquête et aux pénibles surprises que nous réserve, à la fin de chaque année, l'approche de l'hiver? Il serait téméraire d'y compter.

« En présence de cette situation jusqu'à ce jour inconnue, nous n'hésitons pas à faire appel aux confrères favorisés de la fortune.

« Confidents intimes des souffrances qui réclament le secours de l'Association et des services que rend chaque jour notre œuvre d'assistance, nous estimons que ce double privilège nous impose le devoir de solliciter du corps médical un redoublement de générosité. »

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Gavarret, inspecteur général de l'instruction publique (enseignement supérieur), est nommé membre de la première section du comité consultatif de l'enseignement public, en remplacement de M. Chauffard, décédé.

M. Gavarret siégera en cette qualité :

1° A la commission des affaires scolaires et de discipline ;

2° à la commission spéciale de médecine et de pharmacie.

— Par arrêté en date du 25 juillet, M. le docteur Lutaud a été nommé médecin adjoint de Saint-Lazare.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers de l'instruction publique :

M. le docteur Chill (de Palma), M. le docteur Janssens (de Bruxelles).

Sont nommés officiers d'Académie :

M. le docteur Métivier, membre du conseil municipal de Paris, M. le docteur Landowski.

— *Hôpital de la Pitié.* — M. Dumontpallier, sur la demande des personnes qui suivent ses conférences de thérapeutique et de clinique médicales, consacrera ses deux dernières conférences à la métallothérapie. La prochaine, celle du 10 courant, roulera sur la *métalloscopie*, et la deuxième et dernière, celle de dimanche 17 courant, traitera de la métallothérapie proprement dite. La leçon commencera à dix heures, à l'amphithéâtre n° 2.

— *Prix à décerner en* 1880. — La Société protectrice de l'enfance met au concours la question suivante : *De la dentition comme cause de maladies dans la première enfance.*

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de mars ou avril 1880, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet. Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 31 janvier 1880, à M. le docteur Léon Rieux, secrétaire général, rue Bourbon, 40. Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur. Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus. La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais*, le mémoire couronné.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8536.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Un cas d'hystérie chez l'homme.

M. Hallopeau nous a signalé, dans le service où il remplace M. le professeur Hardy, à la Charité, un cas d'hystérie survenue chez un jeune homme dans des circonstances qui en font un très-bon sujet de revue clinique.

En effet la plupart des causes prédisposantes qui sont connues pour intervenir efficacement dans l'étiologie des accès nerveux non épileptiques chez les sujets mâles se trouvent ici réunies ; et, quant à la cause déterminante, elle paraît devoir être probablement cherchée dans un nerf périphérique, soit qu'on la rapporte à la survenance, tout à fait actuelle, de deux dents de sagesse, soit qu'on préfère la rattacher à un traumatisme antérieur.

Nous allons résumer l'histoire de ce malade d'après ce qu'il nous a raconté.

Disons d'abord que, né à Paris, âgé de vingt ans, mais peu développé et plutôt chétif d'apparence, la figure, quoique fatiguée, jeune et presque glabre, la peau mince et pâle, il rentre dans le type décrit par Lorrain sous le nom de féminisme.

S'il faut l'en croire, son père et ses frères ont toujours joui d'une excellente santé ; sa mère n'a jamais perdu connaissance, elle n'a jamais eu de crises convulsives ; mais elle est sujette à des névralgies de la tête tellement douloureuses qu'elle en est parfois comme folle. Lui-même, il s'était toujours bien porté jusqu'à une chute qu'il fit l'année dernière du haut d'un toit sur lequel il était monté en qualité de fumiste. Dans cette chute il eut la jambe droite cassée et plusieurs côtes enfoncées, tant à gauche qu'à droite. Dans le service de chirurgie où il fut alors transporté et où ces fractures multiples se consolidèrent, on le traita également, dit-il, pour une bronchite qui s'était déclarée aussitôt après l'accident et qui dura environ trois semaines.

Quand il sortit de l'hôpital, il se remit à son travail, se regardant comme tout à fait guéri. Pourtant le thorax restait déformé par suite de l'enfoncement des côtes, d'où, sur chaque côté de la poitrine, à trois travers de doigt environ du tiers inférieur du sternum, était résultée une dépression, une sorte de sillon, à peu près parallèle aux bords latéraux de cet os.

En même temps que son travail, ce jeune homme avait repris toutes ses habitudes; il avait une maîtresse, plus âgée que lui de deux ans, avec laquelle il s'était installé et vivait maritalement. Il se trouvait ainsi amené à multiplier les rapports sexuels, bien qu'il en éprouvât une très-grande fatigue. Il était d'une virilité peu énergique; et c'était, paraît-il, surtout pour faire comme ses camarades qu'à dix-sept ans il s'était mis à courtiser les femmes. Il ne s'était jamais livré à l'onanisme, du moins à ce qu'il affirme. Mais il avait eu de très-fréquentes incontinences nocturnes d'urine, surtout jusqu'à l'âge de neuf ans. Dans ces dernières années encore, il lui arrivait quelquefois de pisser au lit. J'insiste sur ce point, non-seulement parce que l'incontinence nocturne d'urine se prolonge particulièrement chez les sujets qui sont adonnés à l'onanisme, ce qui tendrait à infirmer la valeur de son témoignage, mais surtout parce qu'on a noté cette même infirmité dans un nombre de cas, relativement considérable, d'hystérie chez l'homme ; et encore est-il très-probable qu'on l'aurait trouvée plus souvent, si on l'avait recherchée dans tous.

Comme ses camarades, notre malade buvait chaque jour à ses repas un litre et demi de vin environ ; il prenait aussi deux fois par jour du café mêlé d'eau-de-vie ; occasionnellement, entre les repas, du vin, des liqueurs, de l'absinthe, jamais au point de troubler sa raison, mais souvent un peu en excès. Or, pour lui, l'excès venait vite, aussi bien en fait d'alcools qu'en fait de rapports vénériens, et à aucun de ces points de vue il n'avait une grande résistance.

Sans jamais s'être, paraît-il, complètement enivré, il présente déjà, ayant vingt ans à peine, les grands traits caractéristiques de l'alcoolisme confirmé. Ses nuits sont mauvaises. Quand il s'endort, il a des songes effrayants. Souvent il voit des animaux terribles qui s'avancent pour le dévorer ; ou bien il rêve qu'il tombe du haut d'un toit (rêve professionnel), ou bien qu'il tombe dans un puits, ou qu'il est arrêté par des sergents de ville. Quand il s'éveille, il se sent épuisé, courbaturé, bien plus fatigué qu'il ne le sera vers le milieu du jour. Fréquemment il éprouve un tremblement des mains que toute émotion exagère, et parfois il tremble de tout le corps. Il a remarqué que, les jours d'orage, il est bien plus mal que d'ordinaire. Il tremble davantage, il se sent oppressé, sa gorge se resserre. Ce sont là de ces phénomènes que j'ai décrits comme caractéristiques de la *tré-*

*mulence parétique à redoublement*, affection, ou pour mieux dire ensemble de phénomènes pathologiques, syndrome qui est très-souvent la conséquence de l'alcoolisme chronique, bien que pouvant aussi se rencontrer, sans qu'il en manque aucun trait important, chez des personnes qui se sont abstenues toute leur vie des alcools. Un autre symptôme concordant qu'accuse également notre malade, c'est le vomissement d'un liquide filant, quelquefois bilieux, qui survient le matin au moment du lever, à des intervalles jusqu'ici assez éloignés, mais toujours avec un sentiment de vertige plus ou moins accusé, ainsi que c'est la règle chez les alcooliques.

Malgré toutes mes questions, je n'ai pu déterminer le moment précis auquel il convient de faire remonter l'origine de ces malaises. Il m'a paru, du moins, très-évident que cette origine était antérieure non-seulement aux accès convulsifs qui se produisent actuellement, mais même à l'accident raconté ci-dessus.

Ainsi, dans les antécédents, comme cause prédisposante à ce qu'on a nommé l'hystérie chez l'homme, nous trouvons ici :

1° La faiblesse constitutive de l'individu, son développement incomplet, ce que Lorrain a appelé le *féminisme*, et j'ajouterais même l'infantilisme, car c'est encore l'aspect du gamin de seize ans précocement flétri.

2° Une incontinence nocturne d'urine, due à une faiblesse locale, qui remonte à la première enfance, mais est encore loin d'avoir cessé. Si, au lieu de crises hystériformes, il s'agissait d'accès épileptiques, on pourrait croire que cette incontinence se rattacherait aux origines de cette maladie nerveuse. On sait qu'en effet, dans bien des cas, chez les épileptiques les attaques sont nocturnes, à peu près exclusivement, pendant les premières années. Elles peuvent ainsi longtemps passer inaperçues, ne laissant pour trace que l'urine émise involontairement pendant la période convulsive et quelquefois des morsures de la langue. Mais ici le cas paraît autre. Il est vrai que le malade raconte pisser au lit bien plus souvent depuis qu'il éprouve des vertiges, c'est-à-dire depuis quatre mois. Dans ces quatre mois, il aurait mouillé au moins trente fois ses draps. Mais, dans les crises proprement dites, que nous allons avoir à décrire, il ne laisse pas échapper d'urine, ce qui décide la question.

3° La débilitation et l'ébranlement nerveux résultant d'abus vénériens. L'abus est chose relative ; l'excès commence dès qu'il y a fatigue ; et chez ce jeune homme la fatigue résultant des rapports sexuels allait jusqu'à la courbature ; il les multipliait néanmoins. Or c'est là une circonstance intervenant très-fréquemment dans l'étiologie de l'hystérie chez l'homme. On peut le voir en parcourant les nombreuses observations que M. Petit a rassemblées dans son excellente thèse (*De l'hystérie chez l'homme*, thèse de Paris, 1875).

4°. L'alcoolisme. J'ai beaucoup insisté, en étudiant l'alcoolisme, sur les phénomènes hystériformes qui se manifestent d'habitude dans la période de trémulence. De son côté, M. Petit publie dans sa thèse, sous les n^os^ 58, 59, 60, trois observations personnelles d'hystérie survenue chez l'homme et attribuée à l'alcoolisme ou à l'absinthisme. Cette étiologie paraît également évidente dans la première des observations de M. Lallement (*L'hystérie chez l'homme*, thèse de Paris, 1877).

5° Enfin je mentionnerai en dernier lieu, et avec un point d'interrogation, une influence héréditaire. La mère du malade, en effet, est sujette à des névralgies de la tête, pendant lesquelles elle paraît presque folle. Ne faut-il pas y voir, malgré l'absence des grandes crises convulsives, une preuve de nervosisme très-accusé, d'hystéricisme, transmissible par hérédité sous une autre forme? L'hérédité joue un grand rôle dans l'étiologie de l'hystérie chez l'homme ; elle est notée comme supposable, à un degré plus ou moins marqué, dans une bonne partie des observations réunies dans les thèses de MM. Petit, Lallement, Maricourt (1877), Paulmier (1876).

Ainsi, chez ce jeune homme le terrain était préparé à merveille et de longue date quand survinrent, d'abord les vertiges, puis les crises hystériformes. L'apparition des vertiges, ou du moins leur répétition habituelle dans la journée, en dehors des *pituites* qui pouvaient survenir au moment du lever, remonte à quatre mois environ.

En même temps avaient commencé des palpitations très-pénibles, parfois des douleurs lancinantes dans la région du cœur ; des maux de tête, le plus généralement unilatéraux ; des maux d'estomac, des névralgies dans les côtés de la poitrine et du ventre, dans le dos, particulièrement sur divers points de la colonne vertébrale ; un sentiment de brisement douloureux dans les membres, le matin surtout. Le malade raconte aussi qu'il éprouvait parfois dans la gorge une sorte de grattement suivi d'une constriction extrêmement pénible. Il lui semblait alors qu'il allait étouffer. Il n'a jamais eu cependant la sensation, classique dans l'hystérie, d'une boule remontant de l'estomac à la gorge. Les étouffements et les maux d'estomac, bien qu'habituellement simultanés, étaient isolés pour ainsi dire.

Tel était l'état de ce jeune homme, lorsqu'il y a quinze jours, étant au travail, il fut pris de crises convulsives pour la première fois. Le premier jour ces crises se répétèrent à sept reprises dans la journée ; le lendemain elles furent au nombre de douze ; le troisième jour au nombre de trois ; le quatrième on en compta jusqu'à dix-neuf dans la matinée et vingt-deux dans l'après-midi. Elles se produisent toujours de même. Le malade les sent venir ; il a le temps de saisir les montants de son lit s'il est couché, ou de s'accroupir pour ne pas tomber, s'il est debout. Elles débutent par les paupières et le coin des lèvres du côté droit ; il y ressent des chatouillements, des contractions involontaires. Puis, sans cri initial, sans coma, sans ronchus, survient une perte de connaissance de quelques minutes de durée, pendant lesquelles les jambes étendues, le tronc, le cou, sont agités de mouvements convulsifs. L'accès se termine par quelques plaintes, une sorte de mélopée traînante, qui se prolonge durant quelques secondes.

Il n'est pas rare que plusieurs accès se succèdent sans interruption, toujours semblables l'un à l'autre, comme les accès épileptiques dans ce qu'on nomme *l'état de mal*. Mais, même alors, à la différence des épileptiques, ce jeune homme revenant à lui n'accuse aucune fatigue.

Ces crises n'ont rien d'épileptiforme, car on n'y retrouve ni le cri initial, ni la période de convulsions toniques, ni la morsure de la langue, ni l'écume à la bouche, ni la torsion du cou, ni le stertor et le ronchus final, ni rien en un mot de ce qui a fait donner par les anciens à l'épilepsie le nom de *morbus sacer ;* c'est à peine même si l'on peut dire qu'elles sont hystériformes.

En effet, les attaques d'hystérie proprement dite ont, elles aussi, leur physionomie propre que nous ne retrouvons pas ici. La perte de connaissance y est loin d'être complète

pendant les convulsions, tandis que ce jeune homme prétend être tout à fait étranger à ce qui se passe autour de lui. C'est même là une des raisons qui ont pu faire supposer d'abord qu'il simulait. Mais quel intérêt pourrait-il avoir à simuler? On ne le voit pas bien. Il est plus probable qu'il exagère facilement tout ce qu'il éprouve, comme tendent à le faire en général les sujets nerveux, particulièrement les hystériques. Il n'est donc pas certain qu'il soit aussi inconscient qu'il le prétendrait, pendant les moments où il s'agite d'une façon convulsive; mais il est probable que ces accès ont quelque chose de réel. M. Hallopeau en est persuadé, comme moi-même.

Ceci posé, quelle est la cause déterminante sous l'influence de laquelle ces accès ont pu se produire?

M. Hallopeau, comparant ce cas à celui d'un autre malade qu'il a observé récemment dans un service de l'Hôtel-Dieu où il suppléait M. Frémy, et chez lequel de vraies attaques d'épilepsie étaient survenues à l'occasion d'une dentition difficile, a recherché si la même cause n'interviendrait pas également chez ce jeune homme, et il a reconnu qu'en effet des deux côtés, sur la mâchoire supésieure, une de ces grosses molaires tardives, qu'on appelle des dents de sagesse, était en train de percer la gencive. Le malade en souffrait, il accusait aussi du côté droit une douleur dans le cou et une raideur musculaire qui l'empêchait de tourner la tête. Une surdité incomplète de l'oreille droite s'était manifestée récemment, disait-il; enfin il se plaignait de douleurs de tête assez violentes et permanentes, toujours de ce même côté. Une irritation d'un nerf dentaire retentissant d'une façon centripète jusqu'aux centres nerveux, et de là, d'une part, jusqu'aux nerfs sensitifs du voisinage sous forme de douleurs et de troubles sensuriaux, d'une autre part, sous forme d'accès convulsifs jusqu'aux colonnes antérieures de la moelle et aux nerfs moteurs, paraît donc ici très-supposable. Il n'y aurait rien là que de très-conforme à ce que nous savons relativement aux actions réflexes. La dentition, qui provoque si souvent des crises convulsives dans l'enfance, peut en amener également chez l'adulte; cela semble certain.

Mais alors il faut isoler les crises convulsives, des vertiges, des accès d'oppression nerveuse et de constriction à la gorge qui les précédèrent durant quatre mois.

S'il s'agissait d'une épilepsie proprement dite, on tendrait plutôt à la rattacher au traumatisme considérable que le malade en question a subi vers la fin d'octobre de l'année dernière. Le temps écoulé ne pourrait pas être une raison suffisante pour écarter cette étiologie; car, ainsi que nous allons le voir, dans bien des cas où l'épilepsie a succédé à un traumatisme qu'on a considéré comme en étant la cause, entre ce traumatisme et l'apparition des premières attaques convulsives, il s'est passé non moins de temps.

### Épilepsies déterminées par un traumatisme ou une violente émotion.

Ceci nous conduit à dire quelques mots des épilepsies déterminées par un traumatisme. Ce n'est pas là un genre nouveau. Dans nos leçons sur l'épilepsie, nous en avons cité plusieurs exemples, entre autres le fait célèbre de Schroeder van der Kolk, d'une épilepsie survenue à la suite de l'introduction d'un morceau de verre dans la paume de la main chez une jeune fille et guérie plus tard par l'extraction de ce morceau de verre, et celui de Fabrice de Hilden, très-analogue. Dans d'autres cas la guérison n'est pas venue compléter l'observation et fournir la preuve de la théorie; mais les circonstances sont telles qu'en l'absence de toute autre cause, de toute influence héréditaire, on en vient encore à attribuer l'apparition des attaques convulsives aux résultats d'un traumatisme.

M. le docteur Briant a rapporté deux faits de ce genre dans la *Gazette des hôpitaux*, année 1870. Dans un de ces faits, les accès convulsifs sont revenus un an après l'accident (main broyée sous une roue de voiture). Dans l'autre, les étourdissements et les vertiges ont commencé dix mois après un autre accident; mais les convulsions se sont fait attendre beaucoup plus longtemps.

Dans une thèse parue l'année dernière et intttulée: *De l'épilepsie et du traumatisme dans leurs rapports réciproques*, M. le docteur Brousses a réuni plusieurs observations semblables. De leur comparaison, il semble résulter qu'un traumatisme peut être suivi d'épilepsie, soit presque aussitôt, soit au contraire après des semaines, des mois, des années. Dans ce dernier cas surtout, il arrive souvent que les grandes attaques sont précédées par une période plus ou moins longue d'étourdissements, de vertiges; le petit mal ouvre la voie au grand mal, comme dans beaucoup d'autres espèces d'épilepsies.

C'est exactement ce qui est arrivé relativement à la succession d'une période de simples vertiges, puis d'une période de crises convulsives chez le jeune homme dont nous parlions plus haut, et qui avait eu à la fois des fractures de jambes et des fractures de côtes.

Si l'on admet que chez lui les convulsions aient une origine périphérique, on rentre dans les conditions des malades cités par M. Briant et par M. Brousses, malades chez lesquels l'affection nerveuse s'est développée avec lenteur avant d'en venir aux grandes attaques.

Je dois dire, du reste, que, dans d'autres cas où l'épilepsie a eu pour cause non un traumatisme proprement dit, un choc physique, mais une émotion violente, un choc moral, il s'est également écoulé un temps assez long entre ce choc et l'apparition du grand mal.

Je citerai, par exemple, un homme que j'ai connu tout particulièrement, et qui avait été victime d'une abominable mystification, d'où était résultée pour lui l'épilepsie.

Il s'était très-bien porté jusqu'à l'âge de vingt et un ans. A ce moment sa mère, qui, s'étant remariée, avait conservé sa tutelle et gérait les biens qui lui revenaient de son père, mort depuis quelques années, craignant qu'il ne lui demandât des comptes qu'elle était hors d'état de rendre, eut l'idée de frapper l'esprit de ce jeune homme un peu crédule, en faisant paraître à ses yeux l'ombre de son père. Elle s'entoura d'un linceul et, au milieu de la nuit, imitant à merveille la voix du défunt, elle s'approcha de son lit et le réveilla en lui criant: « Tu ne demanderas jamais aucun compte à ta mère. » Le pauvre jeune homme s'évanouit. Puis il eut de forts maux de tête les jours suivants, puis des étourdissements, des vertiges. Il est vrai qu'il avait au cœur le chagin cuisant et continuel de soupçonner sa mère, envers laquelle, du reste, il se montra toujours excellent fils et qui, même sans supercherie, n'aurait pas eu de comptes à lui rendre. Après la période des vertiges, survint celle des accès nocturnes, encore très-espacés; puis enfin, mais beaucoup plus tard, celle des accès diurnes. Pendant longtemps ces accès diurnes étaient précédés d'une *aura* dont la durée était assez grande pour que cet homme eût le temps de quitter ceux avec lesquels il se trouvait, de brider un petit cheval qu'il

montait habituellement et d'aller avoir son attaque loin de tout regard.

Aussi personne ne le savait épileptique. Dans le village qu'il habitait il passait seulement pour très-original. Il se maria, et il parvint encore pendant plusieurs années à cacher à sa femme ce qu'il en était. Enfin toute dissimulation devint impossible, l'*aura* étant de moins en moins marquée, de plus en plus courte. Les attaques se multiplièrent tellement que, dans les dernières années, il y en eut parfois plus de vingt dans un jour.

Tous les parents de ce malade ont joui d'une santé robuste. Son père était mort par suite d'accident. Il avait le crâne très-bien conformé. Il était grand, vigoureux, spirituel. Il est impossible de découvrir dans son histoire une cause d'épilepsie autre que le saisissement causé par la scène jouée par sa mère et le chagrin qui s'en est suivi.

L'observation d'une jeune fille, que j'ai connue également, est on ne saurait plus analogue. Chez elle aussi l'épilepsie a résulté d'une émotion soudaine, violente, et d'un chagrin profond. Chez elle également les grandes attaques se sont fait attendre, et elles ont été précédées d'une période de maux de tête, d'étourdissements, de vertiges.

Il est vrai que, dans tous ces cas, il s'agissait d'une épilepsie proprement dite, et non simplement de crises convulsives hystériformes.

Mais, de part et d'autre, le mécanisme de production peut être semblable. De part et d'autre on peut supposer, soit ce que Piorry appelait une *névropallie*, soit un travail d'irritation, ou une modification trophique suivant les troncs nerveux pour arriver aux centres; explication qui peut aussi bien s'adapter aux effets lents d'un traumatisme qu'aux effets plus prompts de l'irritation d'un nerf dentaire ou d'un autre nerf.

Dr Victor REVILLOUT.

---

**HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. FABRE.**

## La surprise, la résistance et la défaite du cœur (1).

### II

#### LA RÉSISTANCE.

La surprise du cœur n'a qu'un temps; elle n'a même pas la durée de l'endocardite qui l'a provoquée. Mais le calme du cœur, après cet orage, n'est à son tour que passager. L'endocardite engendre des lésions valvulaires qui constituent des obstacles mécaniques à la circulation, et, pour triompher de ces obstacles, le muscle cardiaque doit redoubler d'énergie; il lui faut lutter : c'est la période de *résistance* du cœur.

C'est moins une résistance proprement dite qu'un surcroît d'activité; c'est une action dynamique qui lutte, provisoirement victorieuse, contre un obstacle mécanique; mais le mot de résistance, qui exprime un acte, m'a paru valoir celui de compensation, qui n'indique qu'un résultat.

Il y a un acte ici, il y a résistance, il y a combat. Le méconnaître, ce serait ne rien comprendre, non-seulement à l'histoire des maladies, mais encore à la nature humaine. Nous portons en nous, comme nous avons autour de nous, des germes de mort et des moyens de résistance aux causes de destruction contre lesquelles nous luttons sans cesse. Toujours ces causes de destruction persistent ou se renouvellent, et tôt ou tard notre résistance finit par céder. Au point de vue médical, notre vie est une série de combats et de victoires que termine notre défaite définitive qui est la mort. La force médicatrice de la nature, constatée dès les temps hippocratiques, est un des plus grands faits de la médecine, et ce serait une plus grande erreur d'en méconnaître l'existence que d'en exagérer l'action.

Lorsque le cœur est aux prises avec un obstacle développé à l'un de ses orifices, le rôle médicateur de la nature se manifeste par l'effort que fait le muscle cardiaque pour contre-balancer l'influence pathogénique de la lésion.

Dans ce combat, le cœur est d'abord victorieux, mais il sera définitivement vaincu. Sa résistance est *réelle*, mais elle est *momentanée;* tels sont les deux caractères qu'elle présente et que je désire vous faire connaître. Entre les deux écoles systématiques, dont l'une l'a exagérée et l'autre l'a niée, il y a place pour l'observation impartiale qui la constate et qui l'étudie.

Deux phénomènes principaux se manifestent dans ce nouvel état du cœur. On voit ses contractions augmenter d'énergie et ses parois augmenter d'épaisseur; d'un côté c'est l'augmentation de la force contractile; c'est d'autre part cette hypertrophie appelée providentielle par Beau et lésion salutaire par Traube.

Ces deux phénomènes distincts, l'un de la vie animale, l'autre de la vie végétative, cette contraction plus puissante et cette nutrition plus riche, sont vraisemblablement unis entre eux par des relations réciproques de cause à effet. Le cœur soumis à un travail exagéré augmente de volume comme les muscles des mollets d'une danseuse, comme les biceps et les pectoraux d'un boulanger. Et à son tour cette hypertrophie, née d'un surcroît d'action du muscle cardiaque, augmente la puissance d'action de ce même muscle. L'hypertrophie n'est donc pas la cause première de la résistance du muscle cardiaque; elle en est le premier effet, qui devient cause à son tour.

Ce que le cœur fait en pareille circonstance, c'est exactement ce que fait tout organe chargé de l'expulsion d'une substance et qui rencontre à cette expulsion un obstacle inaccoutumé. C'est ainsi que, lorsque le pylore rétréci s'oppose au libre passage des matières alimentaires dans l'intestin grêle, la paroi musculaire de l'estomac prend une vigueur plus grande et augmente d'épaisseur; c'est également ainsi que se contractent et se développent les fibres musculaires d'une vessie forcée à lutter contre un rétrécissement de l'urèthre.

Cette hypertrophie cardiaque est relativement plus considérable que celle des autres muscles, et c'est la principale objection qu'ont faite ceux qui ont prétendu qu'elle dépasse les limites de l'état sain et qu'il faut la faire entrer dans les cadres morbides. Mais nous ne pouvons oublier que les muscles qui s'hypertrophient sous l'influence de travaux énergiques ou répétés n'ont que des excès de travail tout à fait temporaires séparés par des intervalles de repos tout à fait prolongés, tandis que le cœur est soumis à un travail permanent sans prendre de repos ni le jour ni la nuit. C'est pourquoi nous ne discuterons pas la théorie défendue par Legroux et qui a son point de départ dans le système de Broussais, théorie qui consiste à ne voir dans cette hypertrophie que le résultat d'une longue irritation nutritive dont l'endocardite aurait été le point de départ. Dans le cœur ainsi hypertrophié, comme vous avez pu le constater à l'autopsie de notre n° 5, il n'y a aucune trace d'inflammation, mais un magnifique développement musculaire. La nature a fait ici pour le cœur ce que les éleveurs font quelquefois pour les muscles des animaux; elle lui a fait subir une sorte d'entraînement.

Cette hypertrophie n'est pas tout à fait simple, ou du moins ne l'est pas longtemps. Au milieu de ce surcroît d'activité nutritive qui assure pour quelque temps la victoire du cœur, on aperçoit bientôt deux signes avant-coureurs de sa défaite; ce sont la dilatation et la dégénérescence granulo-graisseuse. Elle est, je le répète, bien rarement simple, ou du moins elle ne l'est pas longtemps, et c'est le plus souvent avec ce mélange nuisible de dilatation ou d'altération graisseuse qu'elle se présente à notre examen clinique.

L'hypertrophie n'a pas d'ailleurs, dans toutes les affections cardiaques, la même forme, la même durée, la même utilité. Dans les

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 juillet 1879.

lésions de l'orifice aortique, bien que générale, elle est surtout concentrée sur le cœur gauche et surtout sur le ventricule gauche. Dans les lésions de l'orifice mitral, bien que générale, elle est surtout concentrée sur le cœur droit et respecte particulièrement le ventricule gauche. Dans les altérations de l'orifice mitral, elle s'accompagne bientôt de dilatation. Dans les altérations de l'orifice aortique, elle s'accompagne surtout de dégénérescence graisseuse, de sorte que dans les affections mitrales la résistance cesse ou diminue par le fait de la dilatation et dans les affections aortiques par le fait de la régression granulo-graisseuse. Parmi toutes les maladies du cœur, le rétrécissement aortique est celle où l'hypertrophie se conserve pure le plus longtemps, où la résistance reste le plus longtemps victorieuse. C'est également celle où son utilité est sans mélange. Ici, en effet, tout est bénéfice dans la force et la durée des contractions. Dans les insuffisances auriculo-ventriculaires, au contraire, l'hypertrophie de l'élément le plus puissant du cœur, le ventricule gauche, est plutôt nuisible qu'utile, puisqu'elle peut faire reculer le sang vers l'oreillette. Enfin l'hypertrophie ventriculaire est indifférente dans les rétrécissements auriculo-ventriculaires, puisque l'obstacle est en amont et que la contraction ventriculaire n'a pas d'action sur lui.

Cette utilité de l'hypertrophie, variable suivant les cas, a même été niée d'une manière générale par le professeur Peter, dont l'argumentation m'a paru reposer sur deux bases : la première, c'est que l'hypertrophie est une conséquence de la lésion valvulaire et qu'une conséquence doit être forcément inférieure à sa cause, hors d'état de lutter contre elle et d'en triompher; mais l'altération valvulaire n'est pas productrice de l'hypertrophie, elle en est provocatrice; l'hypertrophie est moins un effet qu'une réaction, et l'histoire de nos maladies nous apprend chaque jour qu'il peut suffire d'une excitation minime pour provoquer une réaction formidable. La seconde, c'est qu'il faut distinguer et même séparer l'activité, qui est un bien, et l'hypertrophie, qui est un mal. Ce qui donne à cette séparation une apparence de vérité clinique, c'est que beaucoup de malades ont un cœur d'autant plus volumineux que leur affection s'aggrave et que la mort approche. Mais l'action dynamique née de l'hypertrophie doit forcément s'user contre l'obstacle mécanique né de l'altération valvulaire, et d'ailleurs dans ces cœurs énormes l'hypertrophie simple s'efface peu à peu devant la dégénérescence graisseuse et la dilatation. Si la doctrine du professeur Peter, qui paraît être aussi celle du professeur Sée, était exacte, on arriverait à cette proposition un peu inattendue, surtout venant de Paris : plus il y a de matière, moins il y a de force. Nous ne pousserons pas aussi loin notre protestation contre la doctrine qui soumet trop exclusivement l'activité à la matière ; mais, en constatant combien est peu efficace et de courte durée l'utilité cependant bien réelle de l'hypertrophie dans les affections cardiaques, nous sommes bien obligés de reconnaître que, si la force ne peut se passer de la matière, la matière ne suffit pas pour produire la force. L'énergie du cœur ne varie pas uniquement en raison de son volume.

Nous ne devons donc pas oublier que la résistance du cœur n'est pas proportionnelle à son hypertrophie; il faut, pour qu'elle dure, la double condition d'une nutrition régulière et d'une contractilité puissante. Ces deux conditions ne se retrouvent pas à un égal degré chez tous les sujets. Aussi observe-t-on dans la résistance du muscle cardiaque des différences dans lesquelles il faut faire la part de l'âge, celle des antécédents pathologiques, celle des complications. Règle générale, plus un sujet sera jeune, plus la résistance compensatrice du muscle cardiaque sera énergique et prolongée; dans ce cas, il est vrai, tout le mérite ne doit pas en être attribué au cœur, mais une partie doit en être réservée à l'élasticité artérielle qui facilite beaucoup l'action du cœur. Plus un sujet sera débilité par une cause quelconque et surtout par une maladie antérieure, plus il sera cachectique, plus la fibre cardiaque aura de peine à se développer et plus vite aussi se produira la dégénérescence graisseuse qui termine le rôle actif de l'hypertrophie. Les complications qui gênent la circulation pulmonaire, l'emphysème en particulier, abrégeront la résistance en multipliant les obstacles. Enfin certaines intoxications l'abrégeront encore, soit en diminuant la force musculaire, comme le nicotisme, soit en altérant rapidement la nutrition pour favoriser encore l'altération graisseuse, comme l'alcoolisme.

La résistance du cœur n'aura donc qu'un temps; mais comment reconnaître qu'elle est encore victorieuse?

Quand l'impulsion cardiaque frappe dans une grande étendue la cavité thoracique et soulève la tête ou repousse la main que le médecin appuie sur la poitrine; quand les bruits du cœur plus éclatants se propagent au loin et que le doigt appliqué sur le pouls le sent battre avec violence; c'est alors, pensez-vous, que la résistance est vigoureuse et que le cœur déploie un excès d'énergie pour triompher de l'obstacle qui s'est présenté aux orifices. Détrompez-vous; parmi ces signes, il y en a qui trahissent la défaillance du cœur, d'autres proviennent de la lésion valvulaire, aucun n'est propre à la résistance.

Mais alors, me demanderez-vous, à quels signes reconnaître la résistance du cœur? *Vous la reconnaîtrez surtout à l'absence de signes*. Je m'explique. Quand l'auscultation vous révèle des bruits anomaux indiquant une altération des orifices, que cependant le malade ne se plaint d'aucun malaise et que le médecin ne constate aucun changement dans la circulation pulmonaire, veineuse ou capillaire, alors vous pouvez être certains que la résistance victorieuse oppose à la lésion valvulaire une compensation suffisante.

Vous avez examiné un homme au nº 3 de la salle Aillaud. Son pouls était large et bondissant. D'aucuns ont pu attribuer cette ampleur du pouls à l'énergie de l'impulsion cardiaque; elle était due purement et simplement à la lésion valvulaire; c'était le pouls caractéristique de cette insuffisance aortique qui a tué le malade.

Notre ancien nº 15 de la salle Sainte-Élisabeth avait une impulsion cardiaque assez étendue; elle avait surtout un pouls ample que l'on sentait et que l'on voyait. Cependant sa résistance était vaincue; la double lésion de l'orifice aortique dont elle était atteinte triomphait des efforts tentés par son cœur hypertrophié; au bout de quelques jours, elle avait cessé de vivre.

Vous avez ausculté et percuté le cœur du nº 17 de la salle Sainte-Catherine. Est-il possible de constater une impulsion plus grande? Ce cœur a l'air de déployer une énergie surhumaine. Pas du tout; c'est tout simplement un cœur dilaté, un cœur dont par conséquent la résistance est vaincue; aussi voyez-vous apparaître ici le cortège des œdèmes et des gonflements veineux par lesquels l'insuffisance mitrale annonce sa victoire.

Le nº 10 de la salle Ducros, par contre, vient de nous quitter; le souffle de la pointe était chez lui fort et prolongé; le pouls, régulier, n'était remarquable ni par la petitesse, ni par l'ampleur, ni par la rareté, ni par la fréquence; l'impulsion cardiaque, assez nette à la pointe, n'avait que peu d'étendue, et les bruits du cœur ne se propageaient pas dans le thorax à une grande distance. Chez cet homme la résistance était victorieuse; aussi s'est-il trouvé assez bien pour demander son exeat.

Comment se fait-il donc que la résistance du muscle cardiaque s'annonce seulement par l'absence de signes rationnels d'affection du cœur?

Vous allez le comprendre. La résistance du cœur consiste en un *surcroît d'énergie dans les contractions* et dans une *hypertrophie sans dilatation* ou avec peu de dilatation, et, moins il y aura de dilatation, plus la résistance sera victorieuse.

A quoi pouvez-vous reconnaître le surcroît d'énergie dans les contractions? Au choc précordial et aux pulsations artérielles.

Le choc précordial est un signe infidèle. En effet, l'impulsion que donne ce choc est subordonnée à deux éléments : l'énergie de la contraction et le volume du cœur. Or, de ces deux éléments, le plus important c'est le deuxième; l'impulsion alors paraît plus forte parce qu'elle est plus étendue, de sorte que les grandes impulsions précordiales ont pour principale cause la dilatation qui est un résultat de la faiblesse. Donc, dans la compensation, le choc du cœur sera, sinon tout à fait normal, du moins très-légèrement augmenté.

Accordez surtout de l'importance à ce fait que le choc de la

pointe du cœur soit net et limité et ne batte, comme chez notre n° 10, ni plus en dehors ni plus bas que d'ordinaire ; tandis que, s'il est diffus, perçu dans une grande étendue, plus sensible en dedans qu'en dehors du mamelon, plus bas que d'ordinaire et accompagné d'un choc épigastrique, la dilatation l'emporte sur l'hypertrophie, la résistance est fortement atténuée.

Gardez-vous, par contre, de considérer comme signes de résistance victorieuse du cœur ces séries de contractions exagérées et précipitées connues sous le nom de palpitations. Ce sont là des retours offensifs qui masquent la retraite. Vous les trouverez dans les affections mitrales quand le cœur est déjà dilaté; elles ont, dans les affections aortiques, une signification plus grave; elles annoncent que l'altération morbide s'est propagée au plexus cardiaque qui entoure l'aorte à son origine.

Ne pouvant vous fier à l'impulsion cardiaque, vous comptiez peut-être trouver dans l'intensité des pulsations artérielles, dans la force et la dureté du pouls, un signe de plus grande valeur. Détrompez-vous, et que l'exemple de notre ancien n° 15 de la salle Sainte-Élisabeth, dont le pouls est resté ample jusqu'à la mort, dissipe chez vous cette illusion. Dans les affections du cœur, le pouls est avant tout modifié par la nature de la lésion, à tel point que l'examen du pouls par le doigt et les tracés sphygmographiques suffit assez souvent pour vous faire diagnostiquer l'affection dont il s'agit.

Cependant il y a certaines conditions du pouls dont nous devons tenir compte. En général, quand le pouls est régulier, peu fréquent et résistant, et quand à l'examen sphygmographique il y a un plateau terminant la ligne d'ascension, preuve d'une certaine persistance dans les contractions cardiaques, c'est bon indice; c'est bon indice aussi quand, ce que nous avons vu chez notre n° 5 de la salle Sainte-Élisabeth, atteinte d'insuffisance mitrale, la ligne d'ascension, d'abord petite et inclinée, s'allonge, se relève et devient verticale. Mais ces données exceptionnelles ne changent pas cette règle générale qui veut que dans les affections cardiaques les caractères du pouls ne permettent pas d'apprécier l'énergie contractile du cœur.

A quoi reconnaîtrez-vous l'hypertrophie? Du côté du cœur, à un choc plus puissant, qui est senti par l'application de la main, et à une matité plus grande, qui est perçue à la percussion. Eh bien! ces signes appartiennent beaucoup plus à l'hypertrophie accompagnée d'une grande dilatation qu'à l'hypertrophie pure et simple. Le choc de l'hypertrophie compensatrice reste, je ne dis pas faible, mais limité; sa matité reste modérée et l'interposition d'une lame pulmonaire entre le cœur et la paroi thoracique suffit parfois pour marquer la différence qu'elle produit. Quant aux caractères du pouls, j'ai la même remarque à vous faire au sujet de l'hypertrophie que pour la contractilité cardiaque; les caractères du pouls dépendent avant tout de l'altération des orifices.

Puisque les signes sur lesquels nous paraissions devoir compter ne nous ont guère donné que des déceptions, irons-nous demander à l'auscultation quelques révélations nouvelles? Y aura-t-il, sous l'influence de la résistance compensatrice du cœur, quelques modifications dans les bruits normaux et anomaux? Oui, sans doute, en ce sens que les bruits systoliques auront plus d'intensité, tandis que l'intensité des bruits diastoliques révèle surtout la dilatation; mais ce sont là de simples nuances.

En résumé, ce n'est guère que par des nuances dans les signes que se révèlent l'hypertrophie et la résistance compensatrice: un peu plus d'intensité dans l'impulsion précordiale, prédominance relative des bruits systoliques, un peu plus de matité à la percussion, pouls résistant et régulier.

Vous admettrez la résistance victorieuse du cœur quand vous trouverez réunies ces deux conditions :

D'une part, caractère très-accentué d'un signe physique d'auscultation, le souffle systolique;

D'autre part, et surtout, absence complète des signes généraux ou rationnels d'une affection cardiaque : palpitations, douleurs précordiales, œdème et stase veineuse.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 août 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### RAPPORTS

**Enchondrome de la glande sous-maxillaire. —** M. Verneuil fait un rapport sur un mémoire de M. Nepveu, candidat au titre de membre titulaire. Dans ce mémoire, M. Nepveu décrit une forme de tumeurs rares de la glande sous-maxillaire, les enchondromes qui sont bien moins fréquents dans cette glande qu'à la parotide. Il a réuni dix observations, dont une lui est personnelle, et les autres sont empruntées aux publications françaises ou étrangères. Ces tumeurs sont indolentes, peu vasculaires; à l'examen microscopique, on ne trouve que des *acini* hypertrophiés et séparés les uns des autres par une gangue cartilagineuse. Elles se développent généralement avec lenteur, parfois elles donnent lieu à des douleurs névralgiques intolérables.

Dans l'observation de M. Nepveu qui a été recueillie dans le service de M. Verneuil, la tumeur était mobile et n'adhérait pas aux parties voisines, ce qui faisait écarter l'idée d'un lymphadénome. M. Verneuil accorde une grande importance à cette mobilité pour le diagnostic différentiel des tumeurs développées dans la glande elle-même et de celles qui ont leur point de départ dans un des ganglions situés au voisinage de la glande sous-maxillaire. La mobilité, la dureté et l'absence de toute saillie du côté de la bouche sont des caractères qui appartiennent aux enchondromes de la glande sous-maxillaire. Ces tumeurs sont d'un caractère relativement bénin; on n'a pas constaté de récidive à la suite de leur ablation. Ainsi, chez une malade opérée depuis plus de deux ans par M. Théophile Anger, la guérison s'est maintenue.

M. Lannelongue a enlevé, il y a quatre ans, sur un enfant, un enchondrome de la parotide, qui déterminait des douleurs intolérables du côté de la langue. Les suites de l'opération furent des plus simples et l'enfant est resté bien guéri. Cette observation n'a pas été publiée.

M. Perier rappelle également avoir opéré un jeune homme de la campagne d'un enchondrome de la glande sous-maxillaire.

**Luxation simple de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. —** M. Tillaux fait un rapport sur une observation de ce genre qui a été présentée à la Société par M. Robert, médecin-major au 9e chasseurs. Il s'agit d'un militaire qui était en train de faire des armes lorsque l'accident lui arriva. M. Tillaux ne croit pas que l'action musculaire puisse être invoquée dans le mécanisme de la production de ces luxations. L'auteur de l'observation se rattache à la théorie énoncée dans l'*Anatomie chirurgicale* de M. Tillaux. Il est probable que cet homme, en rompant, a fait un mouvement forcé d'adduction du pied; dans ce mouvement les ligaments de l'articulation péronéo-tibiale inférieure ont résisté, mais ceux de l'articulation péronéo-tibiale supérieure ont cédé et la tête du péroné s'est déplacée en arrière.

### COMMUNICATIONS

**Traitement des tumeurs blanches par les injections de sulfate de zinc. —** M. Léon Lefort fait une communication sur ce mode de traitement qu'il a d'abord essayé sur un malade atteint de fongosités articulaires du genou depuis plus de quatre ans et chez lequel tous les traitements habituellement employés en pareil cas avaient échoué. Le 12 mai, il fit une première injection interstitielle avec une solution de sulfate de zinc au dixième additionnée d'un quart d'alcool. Il n'y eut pas de réation inflammatoire; on constata seulement, au niveau de la piqûre, un certain durcissement du tissu cellulaire. Depuis le 12 mai, M. Lefort a fait une injection semblable toutes les semaines; mais, chaque fois, il eut soin, avant l'injection, de retirer par une ponction aspiratrice le pus contenu dans l'articulation. Cette quantité de pus, qui n'a jamais dépassé 3 grammes, a toujours été en diminuant à chaque nouvelle ponction. Aujourd'hui l'état du malade est très-satisfaisant : son genou a diminué de volume et les mouvements

de l'articulation sont devenus possibles. Sans être complètement guérie, cette articulation a été vraiment transformée.

M. DESPRÈS pense qu'il serait prématuré de se prononcer aujourd'hui sur la valeur du traitement proposé par M. Lefort. Il faut attendre les suites et voir ce que deviendra le malade.

**Pansement Lister.** — M. PERIER présente deux malades : une femme qui a été amputée de la cuisse et qui a guéri en vingt jours par l'emploi de la méthode antiseptique de Lister, puis un jeune homme qui a eu l'avant-bras broyé dans un engrenage. Le chirurgien s'est borné à régulariser la plaie et à faire des pansements phéniqués. Le malade a été guéri en vingt-huit jours.

**Enfoncement du frontal; guérison.** — M. DUPLAY présente un malade de son service qui a guéri après un traumatisme considérable du crâne. Ce malade, projeté du haut d'une locomotive, est tombé sur le milieu du front, un peu au-dessus de la racine du nez. Il en est résulté un enfoncement énorme du frontal qui n'a donné lieu à aucun symptôme cérébral.

La séance est levée à cinq heures et demie.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Faculté de médecine de Montpellier.* — Sont chargés des cours annexes ci-après désignés les agrégés dont les noms suivent :

MM. Grasset, maladies des vieillards; Battle, maladies des enfants; Gayraud, maladies syphilitiques et cutanées.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Rohmer est nommé chef de clinique médicale; M. Hypolitte est nommé chef de clinique obstétricale; M. Seiler (François-Maurice) est nommé aide d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Magnin, démissionnaire.

— *École de médecine d'Arras.* — M. le docteur Ducelliez est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie pour une période de neuf années.

M. le docteur Goudemant est institué suppléant de la chaire de clinique et de pathologie interne pour une période de neuf années.

M. le docteur Taffin est institué suppléant des chaires de clinique, pathologie externe et accouchements, pour une période de neuf années.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Brousmiche (Édouard-François-Charles), pharmacien de première classe, est institué chef des travaux chimiques en remplacement de M. Herbelin, appelé à d'autres fonctions.

— L'*Association française pour l'avancement des sciences* vient de décider, d'accord avec le comité local de Montpellier, le programme de la session qu'elle tiendra dans cette ville, du 28 août au 4 septembre, sous la présidence de M. Bardoux, député du Puy-de-Dôme. Ce programme comprend, comme les années précédentes, des séances de sections et des séances générales dont les ordres du jour seront intéressants, on peut déjà l'affirmer; deux conférences, l'une sur le canal d'irrigation dérivé du Rhône, l'autre sur la lumière électrique; des visites industrielles et scientifiques, et particulièrement une visite à l'École d'agriculture où une réception brillante sera organisée; des excursions générales à Nîmes et Aigues-Mortes d'une part, à Cette et sur l'étang de Thau d'autre part; de plus des excursions finales, dont l'étude est presque terminée, conduisant les membres du congrès à Narbonne, Carcassonne, le Vigan, Lodève, Alais et le bassin houiller, Salindres, etc.

On trouve au secrétariat de l'Association, 76, rue de Rennes, à Paris, tous les renseignements relatifs à cette session à l'occasion de laquelle les compagnies de chemin de fer ont bien voulu accorder une réduction de prix.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 13 août, à huit heures du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : Élection des membres titulaires; 2° Constitution médicale du mois de juillet. Policlinique; 3° Discussion sur le vaccin; 4° Mémoire sur la vaccination, par M. Girault.

— M. Verrier nous prie d'annoncer qu'il organise une clinique médico-chirurgicale destinée à l'enseignement libre et qu'il demande le concours de docteurs pour diverses spécialités.

S'adresser pour tous les renseignements à M. le docteur Verrier, 14, rue du Faubourg-Saint-Honoré, à cinq heures.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**De l'action hémostatique des injections sous-cutanées d'ergotine,** par le docteur BÉNARD. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, V$^e$. A. Delahaye et C$^{ie}$.

**La syphilis du foie chez l'adulte,** par le docteur E. DELAVARENNE, médecin consultant à Luchon. In-8° de 125 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Octave Doin.

**Étude clinique sur la métalloscopie et la métallothérapie externe dans l'anesthésie,** par le docteur Douglas AIGRE. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, V$^e$. A. Delahaye et C$^{ie}$.

**Étude sur l'exploration et la sensibilité de l'ovaire et en particulier de la douleur ovarique chez la femme enceinte,** par Henri CHAIGNOT, docteur en médecine de la Faculté de Paris. 1879. In-8°, 108 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

**Les Eaux thermales de Saint-Honoré,** étude médicale, par le docteur Ch. BREUILLARD. 1879. In-8°, 86 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : D$^r$ E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8547.

N° 93. — MARDI 12 AOUT 1879. 52e ANNÉE. MARDI 12 AOUT 1879. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



---

### HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

**Nouveau genre de luxation du coude incomplète « par pivotement ». Réduction cent quinze jours après l'accident.**

Un confrère de province nous amène une jeune femme, âgée de vingt-cinq ans, atteinte d'une luxation du coude, d'une nature spéciale non encore décrite. Voici son histoire :

Le 4 mars dernier, cette jeune femme fit une chute sur le sol (qui était de la terre), et tomba sur le coude droit, en avant. On la releva ; le membre était douloureux, les mouvements impossibles.

Notre confrère ne vit la malade que le lendemain : le gonflement de la région était considérable ; cependant il sentit de la crépitation, et, ayant aussi constaté le déplacement des surfaces articulaires, il réduisit la fracture et la luxation, et appliqua un appareil.

Vingt jours après, il leva cet appareil pour s'assurer de l'état de la région : tout parut en bon état : un deuxième appareil, analogue au premier, fut appliqué immédiatement.

Ce ne fut que plus tard, lorsqu'on enleva ce second appareil, que, le gonflement ayant disparu, on trouva une difformité du coude. Est-ce un déplacement qui s'est produit sous l'appareil, après la réduction complète ; est-ce parce que le déplacement n'aurait pas été complètement réduit au premier moment? Nous ne pouvons le savoir.

Quoi qu'il en soit, les surfaces articulaires n'étaient plus à leur place. Justement ému de cette situation, notre estimable confrère amena à Paris cette malade, en me priant de l'examiner. Au premier abord, on reconnaît une luxation du coude en arrière et en dehors. Malgré le temps écoulé depuis l'accident, nous avons déterminé cette malade à entrer à l'hôpital, afin que nous puissions tenter quelque chose. Il y a aujourd'hui cent quinze jours que l'accident est arrivé. Voici quel est l'état de cette luxation intéressante :

L'avant-bras a subi une sorte de mouvement de rotation, qui l'a porté en dehors, en pronation forcée. L'avant-bras est à cheval sur la région externe du bras. La tête du radius est dans le pli du bras en avant : elle est certainement placée en avant de l'épicondyle, plus éloigné qu'à l'état normal de l'épitrochlée, à 6 centimètres au lieu de 4. A la partie interne, l'extrémité inférieure de l'humérus se dessine, reconnaissable par le relief caractéristique des parties. Il n'y a pas eu fracture de cette portion inférieure interne de l'humérus, ni fracture de l'avant-bras ; la fracture n'a eu lieu qu'au niveau de la partie externe, épicondylienne, de l'humérus.

Il est remarquable que la supination et la pronation se font assez naturellement : on sent la tête du radius tourner sur la portion antérieure de l'humérus, en avant de l'épicondyle, tandis que le cubitus est en arrière de l'humérus.

La flexion est impossible ; la malade ne peut ni porter la main à la bouche, ni s'en servir pour coudre, étant obligée de tenir toujours l'avant-bras tendu en avant dans l'extension, à une trop grande distance de sa poitrine.

Il est important de décider s'il y a chevauchement de l'avant-bras sur le bras. La mensuration pouvait seule nous renseigner : si l'avant-bras est déplacé et chevauche sur l'extrémité inférieure de l'humérus, il est évident que nous devions trouver du raccourcissement du membre. Or, quel ne fut pas notre étonnement de constater l'allongement du membre malade ! Avec les mensurations répétées avec soin, nous avons toujours trouvé deux centimètres d'augmentation. Du côté sain, de l'acromion à l'olécrâne, ou à la tête du cubitus, 28 centimètres ; de l'acromion à l'extrémité inférieure du cubitus, 51 centimètres. Du côté malade, ces mesures étaient 30 et 53 centimètres. Mesurant ensuite l'épaisseur du membre, nous trouvions l'olécrâne très-éloigné de l'épitrochlée, de 2 centimètres de plus qu'à l'état normal; de même la tête du radius.

Somme toute, c'était donc un allongement de 2 centimètres, et un transport de l'avant-bras en dehors. Or, dans les luxations du coude en arrière, il y a toujours raccourcissement, l'olécrâne glissant derrière l'humérus. Dans le cas particulier, nous pouvons expliquer l'allongement par cette circonstance que l'avant-bras était resté au-dessous de l'épicondyle, l'extrémité de l'épicondyle ayant dû être fracturée. L'avant-bras aura subi une torsion qui l'aura laissé sous la trochlée, au lieu du mouvement ordinaire de translation et de chevauchement. Je serais tenté de dire que c'est une luxation incomplète par pivotement. Elle est incomplète en ce sens que les surfaces articulaires n'ont pas été séparées tout à fait : l'apophyse coronoïde est bien sortie de la fosse coronoïde, et son crochet, long précisément d'environ 2 centimètres, s'est appuyé directement sous la trochlée,

au lieu de glisser tout à fait en arrière de l'humérus, ce qui explique l'allongement au lieu du raccourcissement.

C'est donc là un genre nouveau de luxation de l'avant-bras en arrière, l'avant-bras ayant pivoté, le radius étant en avant, et le cubitus laissé en arrière.

Je ne vois pas d'autre manière d'expliquer ces accidents. Boyer croyait à tort que les luxations incomplètes n'étaient pas possibles, parce qu'elles devenaient rapidement complètes; il n'en est pas toujours ainsi. La réduction pourra peut-être ne pas nécessiter de grands efforts ; toutefois nous ne savons exactement ce que nous pouvons obtenir.

Et d'abord, y a-t-il lieu de tenter encore une réduction, cent quinze jours après l'accident ? Assurément oui, car, si on laissait la malade dans cet état, elle serait trop gravement estropiée, et, dans le cas particulier, il ne faut guère espérer que la flexion pourrait se faire, petit à petit, comme cela arrive dans les cas ordinaires.

Or il n'est pas de gêne comparable à celle d'être obligé de tenir toujours dans l'extension un membre qui devient très-gênant quand on ne peut le mettre dans la flexion, ne serait-ce qu'en écharpe.

Ici, nous sommes toujours assurés d'arriver à ce résultat : rendre la flexion possible, lors même que nous n'obtiendrions pas la réduction complète, ce qui est même fort probable.

Nous mobiliserons donc l'avant-bras sur le bras, en déchirant les ligaments nouveaux qui ont pu se produire. Disons que cette mobilisation, flexion ou extension, est beaucoup plus facile à obtenir en déchirant ces adhérences, que ne le sont la pronation et la supination ; heureusement, ici, ces deux mouvements sont bien conservés.

Il n'y a pas de tractions véritables à faire : il n'y a que des mouvements de mobilisation dans le sens de la flexion. Nous chloroformiserons la malade ; remarquons bien que, dans les luxations récentes, le chloroforme est indispensable pour vaincre la résistance musculaire qui est alors très-puissante : mais, dans les luxations anciennes, il n'y a rien à faire du côté des muscles qui sont, comme ici, flasques, flétris, sans influence aucune sur la luxation. Il faut bien savoir que, dans les luxations anciennes, le chloroforme n'est employé que dans le but de soustraire l'opéré à la douleur.

La réduction est obtenue plus complète même qu'on n'aurait osé l'espérer. Les mouvements de flexion sont rendus au membre ; les surfaces articulaires sont remises dans leur situation respective. Toutefois l'olécrâne ne rentre pas complètement dans sa cavité : cela s'explique parce que les cavités articulaires ont été comblées peu à peu par les productions nouvelles ; mais, comme l'olécrâne est en place, nul doute que, progressivement, il ne se creuse de nouveau sa cavité normale, et ne fasse plus une saillie aussi considérable, à la partie postérieure du coude. Cela arrive ainsi pour les luxations anciennes de l'humérus ; lorsqu'on les a réduites, la tête de l'humérus ne trouve plus de cavité glénoïde, celle-ci étant comblée par les néoformations; mais, à la longue, la tête humérale use ces nouvelles membranes, et se creuse une nouvelle cavité.

Après la réduction, le membre est immobilisé, et maintenu dans la flexion au moyen d'un appareil, comme on le fait dans toutes les luxations du coude.

Le résultat obtenu est très-remarquable, vu l'ancienneté de la luxation.

---

## HOPITAL COCHIN. — M. Bucquoy.

### Gangrène pulmonaire.

Nous venons de faire l'autopsie d'un malade dont l'histoire est intéressante et mérite de fixer notre attention, je veux parler de cet homme atteint de gangrène pulmonaire : vous vous rappelez l'odeur infecte qu'il répandait autour de lui, et dont il remplissait la salle. Il a passé cinq semaines dans notre service, et il a succombé à son affection, dont le début remontait à une époque relativement assez éloignée, environ six semaines avant son entrée à l'hôpital. Jusqu'à ce moment, il avait été bien portant, n'ayant pas d'antécédents morbides ni d'habitudes alcooliques. Au commencement du mois de janvier, il ressentit un peu de malaise et de toux : puis survint un point de côté très-intense et persistant, avec de la fièvre et des douleurs assez vives, et une dyspnée assez considérable. L'expectoration, qui d'abord était nulle, devint abondante et prit un caractère de fétidité qui frappa le malade. C'est dans cet état qu'il passa plusieurs semaines, ne se trouvant ni mieux ni plus mal ; enfin il se décida à entrer à l'hôpital.

Il était pâle, présentant un amaigrissement avancé et un état de cachexie déjà bien caractérisé ; à la première quinte de toux nous sentîmes l'odeur fétide et repoussante qui nous mit sur la voie du diagnostic. La fièvre était peu intense, température 39°, pouls 84. La toux est quinteuse, très-fréquente ; l'expectoration sanieuse, muco-purulente, quelquefois teintée de sang, et accompagnée d'une odeur alliacée appartenant à la gangrène pulmonaire.

La percussion donnait seulement de la submatité autour du mamelon droit ; l'auscultation ne révélait aucun signe cavitaire ; dans la portion antérieure de la poitrine, on percevait le murmure vésiculaire, et plus profondément un souffle profond, légèrement tubaire, parfois quelques râles crépitants et des frottements pleuraux. Un soir, cependant, on entendit du souffle et du gargouillement bien nets. Pendant un mois, le malade présenta les mêmes signes physiques, sans aggravation notable; son état général, au contraire, devenait plus alarmant; la cachexie était profonde et faisait des progrès intenses, quoique le pouls ne dépassât jamais 100 pulsations et la température 38°. L'orthopnée ne se manifestait que la nuit, mais la gêne était très-forte quand le malade ne conservait pas certaines positions : à la fin, il était obligé de rester à moitié assis sur une chaise auprès de son lit ; il avait passé ainsi les deux dernières nuits sans trop souffrir, quand on le trouva mort le matin dans cette situation, sans qu'on se fût apercu de rien d'extraordinaire.

L'autopsie démontra la présence d'une vaste gangrène du poumon droit, occupant le lobe supérieur qui était condensé et hépatisé. A la coupe, on trouva au centre une excavation située au niveau de la portion inférieure de ce lobe, de la portion antérieure du lobe moyen, et de la portion correspondante du lobe inférieur. Dans cette vaste excavation, qui avait plus que le volume du poing, flottait un large lambeau jaunâtre appartenant à la plèvre interlobaire, aussi involué par le sphacèle.

A la périphérie, on ne trouva pas d'autres phénomènes inflammatoires que ceux de la plèvre : un peu de congestion à la portion inférieure du poumon, et, à la partie inférieure et postérieure, une deuxième excavation gangréneuse, du volume d'un œuf de pigeon, encore tapissée d'une fausse

membrane épaisse. Les parois de la grande cavité, de formation ancienne, étaient couvertes de détritus et d'une bouillie noirâtre, formée par le parenchyme pulmonaire lui-même : à la surface, on remarquait la saillie des bronches qui avaient résisté à la gangrène; plusieurs petites bronches étaient cependant ouvertes et faisaient communiquer la cavité avec l'air extérieur.

C'est Laënnec qui a établi la division de la gangrène pulmonaire en deux espèces : la forme diffuse et la forme circonscrite, classification encore admise aujourd'hui. A laquelle de ces deux formes avions-nous affaire? Sans doute, la mortification plus ou moins étendue d'un lobe pourrait être considérée comme une variété de gangrène circonscrite, mais sous ce nom on groupe en général des gangrènes à noyau plus limité. Ici, nous avions une véritable gangrène diffuse, en raison de l'étendue des lésions ; mais cette variété doit être, plus exactement, rapportée à une troisième catégorie, celles des gangrènes à noyaux multiples. Dans ces cas, la gangrène, dans son origine, est à foyer unique ; mais, lorsqu'elle n'est pas assez étendue pour tuer le malade dans les premiers jours, elle amène à la longue une infection secondaire, des noyaux multiples, remplacés plus tard par des excavations, dans les diverses régions du poumon. J'en ai vu ainsi durer deux ans.

En raison du siège particulier qu'affecte la gangrène, on peut lui trouver des analogies avec la pneumonie lobaire. On voit quelquefois une vaste étendue de mortification dans les régions superficielles du poumon, la gangrène est sous-pleurale, ayant pour ainsi dire rampé sous la plèvre. Je crois, en effet, qu'il n'y a pas de gangrène pleurale, proprement dite ; je crois plutôt que c'est de la gangrène pulmonaire qui a amené plus tard la gangrène de la plèvre, et la collection purulente dans la plèvre. (C'est ainsi que j'ai interprété l'observation présentée à la Société des hôpitaux par mon honorable collègue, M. Besnier.)

Je dirai donc qu'il y a deux formes particulières de gangrène pulmonaire : la forme pneumonique, analogue, dans sa marche, à la pneumonie lobaire, et la forme pleurétique, se manifestant par les symptômes de la pleurésie.

Le caractère fondamental de la gangrène pulmonaire est l'odeur abominable de l'haleine et de l'expectoration des malades : on l'a comparée à celle des macérations anatomiques, à celles des amphithéâtres ; j'y ajouterai encore une certaine odeur alliacée très-fétide. Quelle que soit la nuance, cette odeur résulte toujours de la destruction plus ou moins complète du tissu pulmonaire, avec une température favorable au développement de gaz fétides ; les chimistes y ont trouvé des produits divers de décomposition de matières albuminoïdes et de corps gras.

Il s'écoule un temps plus ou moins long avant l'élimination de ces parties mortifiées, ce qui rend au début le diagnostic embarrassant. Chez notre malade, avant l'expectoration, on aurait pu penser, pendant les huit premiers jours, à une simple grippe, puis à une pneumonie, mais ce dernier diagnostic ne pouvait être soutenu, car, avec la fièvre et le point de côté, on ne trouvait pas les crachats caractéristiques : le malade ne crachait pas. Dès qu'il a eu une expectoration, le diagnostic n'était plus douteux.

On pourrait, dans certains cas, songer à la pleurésie autant qu'à la pneumonie. Mais il est d'autres malades chez lesquels la gangrène pulmonaire s'annonce tout à fait à la manière de la pneumonie. Je n'oublie pas l'histoire d'un de mes anciens élèves, stagiaire dans ce service en 1875, qui, deux jours après son retour de vacances, s'exposa à un refroidissement en restant longtemps par une nuit d'automne sur l'impériale d'un omnibus ; il fut pris d'un point de côté très-violent, avec une dyspnée extrême. Appelé auprès de lui, je croyais à l'existence d'une pneumonie ; j'étais cependant frappé de l'intensité de l'angoisse et de la dyspnée ; cependant, ayant constaté une diminution du murmure vésiculaire, du souffle et de la matité, je portai le diagnostic de pneumonie, tout en redoutant une pneumonie de mauvais aloi. J'étais pourtant fort étonné de ne point voir d'expectoration. Au douzième jour, survint une hémoptysie, qui se répéta deux ou trois jours après. Le diagnostic de gangrène pulmonaire se confirma encore par l'apparition d'une odeur infecte de l'haleine, qui remplissait la chambre. La température tomba de 40° à 37° ; le malade fut pris d'une faiblesse excessive, de subdélirium, de sueurs profuses ; le pouls devint misérable, irrégulier, et ce malheureux succomba le vingtième jour.

La pneumonie ne se termine point par gangrène : quand on observe des phénomènes appartenant à la pneumonie, c'est déjà de la gangrène,

Comment reconnaître la gangrène pulmonaire quand les crachats n'ont pas encore d'odeur spéciale? En première ligne, par la violence excessive du point de côté : tous les faits observés, particulièrement depuis Stokes (1850), signalent la violence et la persistance du point de côté, qui est plus intense que dans la pleurésie la plus aiguë. En second lieu, par les caractères de la fièvre : la fièvre n'est pas en rapport avec les phénomènes généraux qui sont très-accusés, tandis que le pouls ne monte pas à 100, et que la température reste peu élevée, ou, si elle s'est élevée à 30° ou 40° pendant les premiers jours, elle redescend à 37° et même 36° à la période d'élimination du sphacèle. En troisième lieu, par l'intensité de la dyspnée ; la respiration est très-difficile ; les malades ne peuvent se coucher sur le dos, tandis que les malades atteints de pneumonie ou de pleurésie ne se trouvent plus trop gênés dès qu'ils sont couchés sur le côté malade. Enfin, par la prostration extrême des forces : même dans une gangrène à foyer très-limité, la sidération est plus considérable que dans une pneumonie étendue.

Au moment où l'on attend les crachats caractéristiques de la pneumonie, on n'en voit point : l'expectoration, souvent, est nulle, puis arrivent des hémoptysies quand l'élimination se prépare ; or on ne voit point, dans la pneumonie, cracher du sang pur, surnageant au milieu d'un amas de matières putrides et sanieuses. Dans la grangrène, on peut cependant voir quelques crachats pneumoniques parce qu'il y a toujours un certain degré de pneumonie autour du noyau gangrené, comme on voit une zone inflammatoire au-dessus des parties sphacélées d'un membre.

Si l'expectoration fétide caractérise la gangrène pulmonaire, il peut arriver qu'elle fasse défaut, surtout dans la forme pleurétique de la gangrène pulmonaire. Outre les faits relatés en 1830 par Corbin, qui signalait dans le *Journal hebdomadaire* six observations de gangrène sous-pleurale, je puis vous citer ici un fait remarquable, celui de Dolbeau atteint, en 1870, d'une gangrène pulmonaire de forme pleurétique. Il était entouré de toutes les lumières de la science : il fut cependant traité pour une pleurésie; lorsque la ponction fut pratiquée, elle donna issue à du pus fétide et ne procura aucun soulagement. Nélaton pratiqua l'opération de l'empyème, et fit sortir des lambeaux de tis-

sus que M. Sappey reconnut comme appartenant au parenchyme pulmonaire gangrené. La guérison fut d'ailleurs complète. Dans ce cas, Barth avait, avec raison, signalé une particularité remarquable ; il avait dit que, lorsque les pleurésies sont accompagnées de douleurs si atroces, et se prolongent si longtemps, on trouve toujours de la gangrène pulmonaire.

La fétidité tient à la décomposition des parties mortifiées lorsque le foyer communique avec l'air extérieur : plus les bronches s'ouvriront largement, plus l'odeur se dégagera facilement. Chez notre malade, il n'y avait que quelques bronchioles ouvertes ; aussi, à certains moments, l'haleine n'était pas trop fétide : l'odeur ne se dégageait que lorsque le malade toussait. Il y a des cas où l'on ne constate pas d'ouverture des bronches : c'est, avec une gangrène circonscrite, lorsque la cavité se tapisse d'une membrane.

L'ouverture des bronches dans la cavité développe aussi certains phénomènes qui rendent le diagnostic plus facile ; ce sont les signes cavitaires, qui n'ont pas été très-manifestes dans le cas particulier.

On peut se demander, par contre, s'il existe des cas où l'odeur abominable de l'haleine peut se rencontrer sans qu'il y ait gangrène pulmonaire ? C'est encore la question des gangrènes dites curables. Vous pensez bien que la gangrène pulmonaire est ordinairement mortelle ; cependant, même dans les conditions les plus déplorables, elle guérit ; j'en ai vu, pour ma part, sept exemples authentiques. Ce sera dans des cas où les sujets sont jeunes (deux guérisons chez des jeunes filles), où la gangrène s'est bien limitée, où les conditions générales sont satisfaisantes ; dans certains cas, tels que ceux de Briquet (1841, hôpital Cochin), on a vu des gangrènes des extrémités bronchiques, le parenchyme pulmonaire restant sain. Dans la dilatation des bronches, la gangrène peut envahir la muqueuse, et, après l'élimination, on peut voir la guérison. Plus tard (1857), M. Lasègue a insisté sur ces gangrènes curables, en disant qu'il n'y a pas une véritable mortification des bronches, mais qu'il peut bien survenir une altération particulière de la muqueuse à la suite de l'irritation prolongée causée par les mucosités accumulées dans les dilatations des bronches. Cette stase, cette atonie empêchant leur élimination, la bronchite fétide se développerait avec des phénomènes ultérieurs de résorption putride secondaire, et, à la fin, des phénomènes analogues à ceux de la gangrène pulmonaire. Mais ces gangrènes muqueuses n'ont point de gravité : elles se distinguent complètement des gangrènes pulmonaires même les plus circonscrites ; elles ne sont pas aussi fétides ; leur marche diffère complètement de cette affection, et suffit pour permettre le diagnostic différentiel.

Je ne veux pas terminer cette conférence sans dire un mot du traitement auquel je ne dis pas que je dois mes guérisons, mais qui, certainement, m'a rendu des services appréciables ; je veux parler du traitement par l'eucalyptus, dont les feuilles renferment une huile essentielle qui a beaucoup d'analogie avec les baumes et les résines que l'on emploie dans les affections catarrhales. J'avoue que l'eucalyptus ne m'a donné que peu de résultats contre les sécrétions des bronchites ordinaires : mais, dans la gangrène pulmonaire, il m'a fourni une action modificatrice sur les sécrétions des foyers gangréneux, et a notablement modifié l'odeur. Quoique, chez notre dernier malade, ce traitement ait échoué complètement, ce qui s'explique par l'étendue de la lésion, j'ai cru devoir vous signaler son action, sans d'ailleurs en exagérer l'importance. Dans la clientèle particulière je prescris l'eucalyptol ; à l'hôpital, j'emploie l'alcoolature d'eucalyptus (2 à 4 grammes), dans une potion.

Il est bien entendu que le traitement général est le plus important : quinquina, alcooliques, toniques divers ont des indications toutes naturelles dans une affection qui conduit si vite à une cachexie profonde.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Grossesse extra-utérine ; ouverture du kyste fœtal dans l'intestin ; extraction du fœtus ; guérison.** — La femme qui fait le sujet de l'observation que nous résumons avait eu, à l'âge de dix-neuf ans, une première grossesse terminée à terme, après un travail prolongé ; l'enfant était mort et s'était présenté par le siége. Huit ans après, cette femme a eu ses dernières règles le 20 avril 1878. A la fin de mai, les douleurs lombaires du début de la menstruation survinrent plus fortes que de coutume, mais sans aucune hémorrhagie. En même temps se montrèrent quelques troubles généraux, malaises, envies de vomir, et les douleurs abdominales persistèrent.

Le 10 juin, elle entre à l'hôpital Saint-Antoine, se plaignant de douleurs localisées à l'hypogastre et dans la région lombaire, avec fièvre, frissons et envies fréquentes d'uriner. Le diagnostic porté fut celui de phlegmon péri-utérin.

Trois semaines après, elle peut reprendre son travail ; un médecin lui ordonne un pessaire pour remédier à l'abaissement de l'utérus. Deux jours après, elle est obligée d'entrer à l'Hôtel-Dieu, présentant tous les symptômes d'une péritonite aiguë. Ces accidents se dissipèrent au bout de quelques jours ; on reconnut la présence d'une tumeur abdominale, et l'on porta le diagnostic de myome utérin. La malade resta deux mois à l'hôpital ; elle remarqua cependant que ses seins avaient grossi et que son ventre avait progressivement augmenté de volume.

Dans les derniers jours de septembre, elle ne souffrait plus ; mais, à partir de cette époque, le volume de l'abdomen, qui était à peu près celui que présente une femme arrivée au cinquième mois de la grossesse, resta stationnaire et la sécrétion lactée s'établit. Les troubles digestifs disparurent, et, pendant les trois mois qui suivirent, cette femme eût pu se croire guérie. Mais, le 20 décembre, elle ressent des douleurs sourdes accompagnées d'hémorrhagies utérines qui l'obligent à rentrer à l'hôpital Saint-Antoine où M. le docteur Mesnet hésite entre le diagnostic de corps fibreux et celui de grossesse extra-utérine. Dans les pertes utérines, on ne trouve pas de débris de caduque.

Le 5 février, la malade quitte l'hôpital. Mais, le 5 mars, elle est prise subitement d'une diarrhée extrêmement fétide ; après être restée dix jours dans cet état, elle se présente à l'hôpital Saint-Louis. A travers l'anus pend au dehors un débris membraneux, d'aspect brunâtre, qu'il est facile de reconnaître pour un pied. Au niveau de l'ampoule rectale on trouve des parties molles, au milieu desquelles on sent un fragment osseux placé diagonalement et long de plusieurs centimètres. Ce fragment se continue à travers une ouverture située à la partie antéro-latérale gauche du rectum avec un cordon formé de parties charnues et osseuses ; en exerçant de légères tractions, on voit que le reste du fœtus tend à s'engager à travers l'ouverture du kyste. Cette ouverture siége à 7 ou 8 centimètres au-dessus de l'anus ; elle est circulaire et mesure 3 centimètres de diamètre.

Le toucher vaginal montre que l'utérus est refoulé en haut et en avant, derrière la symphyse ; le col est petit, fermé, dévié à droite, et sa hauteur mesure à peine un centimètre. Le cul-de-sac gauche est rempli par une tumeur de consistance variable, fluctuante, avec des parties résistantes. Des tractions modérées amènent au dehors successivement un des membres inférieurs, puis l'autre avec le bassin et le segment inférieur de la colonne vertébrale. Mais la tête

fœtale était intacte et son volume était beaucoup trop considérable pour franchir l'orifice du kyste.

Deux jours plus tard examen, après l'administration du chloroforme. On constate que la tête apporte un obstacle invincible à l'extraction du fœtus par de simples tractions; il est évident qu'elle ne pourra être amenée au dehors qu'avec des instruments spéciaux. L'opération, conseillée par M. Le Dentu, est pratiquée par M. Pinard.

La malade étant placée dans la situation obstétricale ordinaire et complètement anesthésiée, M. Pinard introduisit d'abord deux doigts dans le rectum jusqu'au niveau de l'orifice, et sur ces deux doigts il fit glisser une longue pince à faux germe, recourbée, saisit ce qui restait de la colonne vertébrale et, tirant lentement, abaissa la tête suffisamment pour que les doigts pussent l'explorer et reconnaître que les os de la voûte et de la base n'étaient pas dissociés. Cette constatation rendait le broiement de la tête nécessaire. Ce broiement fut pratiqué en faisant presser légèrement par un aide sur la fosse iliaque gauche pour empêcher la tête de fuir devant l'instrument et respecter les adhérences péritonéales. La sortie de la tête fut suivie de l'issue d'une grande quantité d'un liquide en putréfaction. On avait constaté que le diamètre bipariétal mesurait 5 centimètres et demi, ce qui permet de fixer à cinq mois au moins l'époque de la grossesse à laquelle le fœtus avait succombé.

On fit immédiatement une injection dans la poche du kyste avec une solution phéniquée au 1/500. Le ventre fut badigeonné d'une couche épaisse de collodion. Les injections furent continuées deux fois par jour. On donna plus lard des lavements pour empêcher les matières fécales de séjourner au voisinage du kyste.

Le 10 mars, l'orifice du kyste dans le rectum était fermé. La guérison était assurée.

Cette femme a dû sa guérison à un concours heureux de circonstances: 1° l'ouverture du kyste dans un point inférieur de l'intestin; 2° l'existence d'inflammations successives du péritoine ayant déterminé le cloisonnement de la séreuse par des fausses membranes et l'isolement absolu du produit de la conception; 3° l'époque peu avancée de la grossesse à laquelle le fœtus est mort et par suite son volume relativement peu considérable. (*Fr. méd.*)

**Fractures du crâne.** — M. Demandre publie l'autopsie d'un soldat, tombé d'une hauteur de 4 à 5 mètres, et mort sur le coup. Au niveau de l'occiput il existait une plaie contuse, au fond de laquelle on pouvait sentir la fracture. De ce point, la fracture s'étendait dans toutes les directions, à la base et à la voûte. On remarquait, à la base, une fracture du rocher parallèle à l'axe de l'os; le fragment postérieur, plus volumineux que l'antérieur, contenait le trou carotidien.

La disjonction de presque toutes les sutures paraît confirmer les assertions de M. Perrin à la Société de chirurgie (voir *Gazette des hôpitaux*, 1878, page 676). Les sutures crâniennes représenteraient donc des points faibles, au niveau desquels commence souvent la solution qui se continue par un ou plusieurs traits de fracture. (*Soc. méd. d'Indre-et-Loire.*)

**Hydrothérapie chez les phthisiques.** — La peau, dit M. le professeur Peter, constitue chez le tuberculeux un organe qui fonctionne mal et qu'il faut cependant savoir utiliser. Un admirable moyen, hygiénique et thérapeutique à la fois, c'est l'hydrothérapie; mais, pour l'appliquer, que de préjugés à vaincre, comme aussi que de précautions à prendre! M. Peter conseille d'abord les frictions sèches pratiquées matin et soir, sur la totalité de la peau, pendant cinq minutes au moins. Il en résulte la plus salutaire des excitations; elles suffisent, parfois, pour arrêter les sueurs de la nuit, surtout celles du début de la maladie tuberculeuse. Apprivoisé par les frictions sèches, le tuberculeux arrivera facilement à la friction additionnée d'un stimulant quelconque, mais liquide: alcoolat de mélisse, eau de Cologne, vinaigre aromatique, baume de Fioraventi, ou plus simplement alcool grossier, mais toujours avec une pièce de flanelle en tampon.

C'est ainsi qu'on parvient à la friction au linge mouillé d'eau froide; une serviette un peu rude, trempée dans l'eau froide, puis tordue, y suffit. On frotte rapidement la peau de tout le corps; il faut une minute environ; puis, pour mieux faciliter la réaction, on peut faire une friction sèche d'une à cinq minutes de durée. L'idéal serait de faire la chose matin et soir; le matin, au sortir du lit; le soir, avant d'y entrer; le soir surtout on évite ainsi ou l'on modère singulièrement les sueurs de la nuit. On arrive ainsi graduellement à la lotion froide, qu'il faut faire d'abord à l'éponge simplement imbibée et qu'on ne devra conseiller que plus tard, et à bon escient, à l'éponge ruisselante. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

**Traitement des sueurs nocturnes par les lotions vinaigrées.** — Contre les sueurs nocturnes, M. Peter prescrit plus particulièrement les frictions faites sur tout le corps avec de l'eau vinaigrée. Ces lotions agissent aussi en abaissant la température lorsqu'il y a fièvre exagérée. Contre le phénomène sueur en particulier, ces lotions agissent très-bien et très-rapidement. Une jeune fille tuberculeuse, atteinte de sueurs nocturnes depuis dix mois, vit cet accident disparaître à peu près complètement après trois lotions vinaigrées faites trois jours de suite pendant cinq minutes. Ces lotions sont en outre très-agréables au malade, qui demande presque toujours qu'on n'en discontinue pas l'emploi. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

**Du claquement présystolique des valvules des veines jugulaires, sous-clavières et crurales.** — Au lieu d'admettre comme autrefois que l'oreillette gauche peut faire sentir la présystole jusque dans l'artère crurale, ce qui est bien difficile, M. Duroziez explique le claquement présystolique comme un bruit se formant dans les veines crurales qui ont des valvules. Ce claquement présystolique, entendu au niveau de l'arcade crurale et du golfe sus-claviculaire, est dû aux valvules des veines gonflées par la chasse présystolique du sang. Le claquement présystolique indique, comme l'ont démontré des autopsies, l'hypertrophie de l'oreillette droite et l'insuffisance des sphincters qui, à l'état normal, empêchent le retour du sang de l'oreillette dans les veines caves. (*Trib. méd.*)

**Hoquet guéri par impression morale.** — Sous le titre : *Un miracle à l'hôpital des Enfants-Malades*, M. Bouchut publie l'observation d'une fillette de douze ans qui était à l'école lorsque, pendant un orage, la foudre tomba sur la maison voisine et fit au milieu d'une lumière étincelante un fracas énorme. L'enfant eut tellement peur que, sans perdre connaissance, elle se mit à suffoquer et au bout de quelques instants ce spasme dégénéra en hoquet continuel, bruyant et très-fatigant.

Ce hoquet dura trois jours, sauf la nuit; la mère amena sa fille à l'hôpital et l'y laissa malgré les larmes et la frayeur de l'enfant. A son arrivée, le hoquet était en pleine force et il continua au bureau d'inscription jusque dans la salle Sainte-Catherine. Mais là, en présence du médecin et à la vue des élèves en tabliers blancs, le hoquet cessa complètement et ne revint plus. L'enfant était guérie. (*Paris méd.*)

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 août 1879. — Présidence de M. P. Bert.

### COMMUNICATIONS

M. DE SYNÉTY offre en hommage son *Manuel de Gynécologie*.

**De la section des nerfs optiques et ciliaires contre l'ophthalmie sympathique et de la guérison des troubles trophiques de la cornée.** — M. BOUCHERON rappelle qu'il a présenté en 1876 à la Société de Biologie (1) un travail sur la section des nerfs ciliaires, et du nerf optique, en arrière de l'œil, substi-

(1) *Gazette médicale de Paris*, 9 septembre 1876, p. 442.

'tuée à l'inoculation du globe oculaire, dans le traitement de l'ophthalmie sympathique.

Cette opération nouvelle, destinée à éviter aux malades la mutilation de l'enucléation du globe oculaire, marque une nouvelle étape dans la voie de la chirurgie conservatrice.

Un grand nombre d'ophthalmologistes ont déjà appliqué la méthode de M. Boucheron, et, parmi eux, M. Schoeler (1) (de Berlin) a publié un travail très-intéressant, renfermant plusieurs observations très-concluantes.

Une indication toute spéciale de la névrotomie optico-ciliaire, c'est d'être facilement applicable comme *opération préventive* contre l'ophthalmie *sympathique précoce*. On sait que l'ophthalmie sympathique est précoce ou tardive, et que les accidents *précoces* sont souvent d'une extrême gravité. Aussi le congrès international des ophthalmologistes de 1872 a-t-il admis comme règle de conduite l'énucléation préventive de l'œil blessé, quand les blessures de l'œil sont graves et quand il renferme un corps étranger.

La névrotomie optico-ciliaire, facilement acceptée par les malades, répond parfaitement à ce desideratum.

M. Boucheron a été amené à proposer la section des nerfs optiques et ciliaires, à la suite de recherches expérimentales sur la *guérison des troubles trophiques* de la cornée dont voici le résumé :

En reproduisant les sections du trijumeau qui provoquent généralement des troubles trophiques de la cornée assez graves pour entraîner la perte de l'œil, M. Boucheron reconnut que cette gravité dépend, pour une part, de la section du nerf masticateur compris dans le nerf trijumeau. Il en résulte, en effet, une *paralysie de la mâchoire inférieure,* l'impossibilité pour l'animal (lapin) de s'alimenter, de ronger (les dents ne s'usent plus et s'allongent), l'inanition et la mort.

Aux *troubles trophiques simples de la cornée, s'ajoutent les effets de l'inanition.*

Pour éviter la paralysie de la mâchoire, il n'y avait qu'à faire porter la *section* sur le *nerf ophthalmique* seul.

Dans ces conditions plus simples, se produit encore une circonstance aggravante des troubles trophiques. C'est la *dessiccation de la cornée*, constamment exposée à l'air, entre les paupières toujours ouvertes, non soumises au clignement. L'épithélium desséché meurt, l'eschare épithéliale superficielle provoque l'apparition d'une inflammation éliminatrice, d'un ulcère qui s'agrandit par le même mécanisme, de dessiccation et de mortification progressive.

Ce serait là la cause la plus fréquente de l'ulcération cornéenne pendant les troubles trophiques.

En supprimant cette cause d'aggravation par l'occlusion des paupières, avec un enduit de collodion, M. Boucheron a pu observer *les troubles trophiques sans complication.*

Sur les cochons d'Inde qui ont servi aux expériences, la section du nerf ophthalmique de Willis détermine une *opacité diffuse de la cornée* qui *guérit en huit ou dix jours.*

La *guérison* des troubles trophiques est *la règle chez les animaux bien portants;* on peut donc conserver le globe oculaire après la section de l'ophthalmique. *On peut encore conserver l'œil après la section des nerfs ciliaires,* comme l'ont démontré de nombreuses expériences faites dans le laboratoire de M. Paul Bert.

Des chiens, des lapins et des chats y ont été conservés, plus de six mois après la névrotomie optico-ciliaire.

Si donc la section des nerfs ciliaires peut s'exécuter sans destruction de l'œil, on peut appliquer cette opération à la thérapeutique. On sait aujourd'hui que l'ophthalmie sympathique se transmet par les nerfs ciliaires et peut-être par le nerf optique. En pratiquant la névrotomie optico-ciliaire, on mettra un terme à la transmission de l'ophthalmie sympathique aussi bien que par l'énucléation de l'œil, avec une mutilation en moins.

La séance est levée à cinq heures.

(1) *Berliner Klinik Wochenschrift*, 1878, xv-17, p. 245; xv-20, p. 291; xv-22, p. 321.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 août 1879. — Présidence de M. Hervieux.

### COMMUNICATIONS

**Des tænicides.** — M. BESNIER fait une communication qui a pour but de montrer que, de même qu'il y a plusieurs tænias, il y a plusieurs tænicides. Il insiste, en particulier, sur les bons effets du remède secret employé à Genève contre le bothriocéphale.

M. LABOULBÈNE, à l'occasion de l'exemple de bothriocéphale qu'il a cité dans la dernière séance, fait observer que, dans ce cas, le cou de ce ver était extrêmement long, qu'il ne mesurait pas moins de 25 à 30 centimètres, que, par contre, la tête était extrêmement petite, du moins après la mort. On sait, ajoute M. Laboulbène, que le bothriocéphale pond dans l'intestin, et qu'une parcelle grosse comme un grain de blé suffit pour produire plusieurs centaines de bothriocéphales. Cet animal possède, en outre, une coque extrêmement mince d'où l'on a pu voir sortir des embryons ciliés.

M. Laboulbène ajoute que la recherche, dans l'intestin, des œufs de tænias est très-souvent suivie d'insuccès. Il attribue la rareté actuelle des trichocéphales à l'emploi des fontaines filtrantes.

Il a apporté quelques modifications dans le mode d'administration de l'écorce de grenadier; il le fait maintenant pulvériser comme du café, ce qui permet le plus souvent de supprimer le purgatif consécutif, l'écorce de grenadier ayant des propriétés à la fois antihelmintiques et purgatives.

M. DAMASCHINO, étant interne de M. Roger en 1867, a toujours cherché le trichocéphale dans le cæcum et l'a constamment rencontré.

**Un nouveau traitement de l'œdème.** — M. LABOULBÈNE fait observer que, dans les cas d'œdème considérable des membres inférieurs, symptomatiques d'affections cardiaques ou hépatiques, les piqûres ne sont pas toujours exemptes d'inconvénients et produisent souvent de l'érythème, de l'érysipèle ou même de la gangrène; c'est pourquoi il a songé à remplacer ce mode de traitement par l'ignipuncture à l'aide d'une bougie. Ce moyen lui a jusqu'ici donné de bons résultats et n'a jamais été suivi d'aucun accident.

A cette occasion, M. Laboulbène a de nouveau analysé la sérosité de l'œdème et a pu se convaincre que, comme l'a dit M. Robin, cette sérosité est extrêmement peu albumineuse; elle ne contient pas plus de cinq à six pour mille d'albumine.

M. CONSTANTIN PAUL s'est très-bien trouvé, dans le traitement de ces œdèmes, de l'emploi d'un moyen peu connu en France et qui est d'origine anglaise, c'est-à-dire de l'emploi des tubes de Southey. Ce sont de petits tubes d'argent d'un millimètre de diamètre et de deux centimètres de long, qui sont munis d'un tube en caoutchouc destiné à conduire du liquide dans un récipient spécial. Ce moyen offre en outre l'avantage de pouvoir mesurer exactement la quantité de liquide écoulé. Il n'est jamais suivi d'aucun accident.

**Tumeur splénique et hépatique.** — M. ÉDOUARD LABBÉ présente un jeune homme atteint d'une énorme hypertrophie de la rate et d'une altération probable de foie, qui se sont développées sans cause appréciable. Ce jeune homme, en effet, n'a jamais eu de fièvres intermittentes, et ne se rappelle pas avoir jamais traversé de pays à marécages. Ces affections se compliquent à certains moments d'ascite considérable et fort gênante. M. Labbé était sur le point de recourir à la ponction, quand il obtint les meilleurs effets de l'emploi d'un purgatif drastique, composé de 25 grammes d'eau-de-vie allemande et de 30 grammes de sirop de nerprun. Cette ascite se reproduit avec une telle rapidité que l'on doit recourir à l'emploi de ce drastique tous les dix jours. Le gonflement du foie, qui avait été, au début, assez considérable, a notablement diminué. Mais celui de la rate reste stationnaire. M. Labbé ajoute que ce jeune homme a eu de fréquentes épistaxis.

Il demande à ses collègues ce qu'ils pensent du diagnostic et du traitement de cette affection. Suivant lui, il s'agit évidemment d'une tumeur solide de la rate. Il a fait, en effet, une ponction

exploratrice qui n'a amené qu'une goutte de sang et qui n'a d'ailleurs été suivie d'aucun accident. La surface de cette tumeur est lisse, uniforme, d'une dureté fibreuse, et ne présente aucune bosselure. Relativement au traitement, étant donnée la gravité du pronostic que M. Labbé regarde comme fatal, n'est-il pas permis de se poser la question de la splénotomie ? Il rappelle à cette occasion le premier succès obtenu en 1549 par Zacarelli, l'insuccès obtenu par M. Kœberlé, et les deux célèbres observations de M. Péan qui, toutes deux, furent suivies d'une guérison définitive ; la première malade fut opérée en 1867 et la seconde en 1878. Ces deux femmes jouissent encore aujourd'hui d'une santé parfaite. Ces deux succès sont encourageants.

M. BLACHEZ cite un cas analogue à celui que vient de présenter M. Labbé. Il s'agit d'une femme de quarante-six ans, qui est entrée à l'hôpital présentant une rate et un foie extrêmement hypertrophiés. Cette femme avait toujours joui d'une excellente santé. Le foie, sous l'influence des douches et de l'iodure de potossium, a considérablement diminué de volume; mais la rate est restée la même. L'examen des globules sanguins n'a rien fourni de particulier. Cette femme a eu, il y a quelques années, une hématémèse. La question de la splénotomie a été également posée pour elle.

La séance est levée à cinq heures et demie.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 31 juillet 1879, M. le docteur Palasne-Champeaux a été promu au grade de médecin principal de la marine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Déjérine et P. Oulmont sont nommés chefs de clinique.

M. Jalaguier est nommé prosecteur.

MM. Marchant, Jarjavay, Piéchaud, Boursier, Brun, Nitot, Ramonède et Routier sont nommés aides d'anatomie.

MM. Boulay, Castex, Coudray, Méricant, Labbé, Michaux, Poirier et Luizy sont nommés aides d'anatomie provisoires.

— *Hospices civils de Rouen.* — Une place de chirurgien-adjoint est mise au concours. Les épreuves commenceront le jeudi 6 novembre 1879, à trois heures, à l'Hospice général.

Les candidats pourront se faire inscrire à la direction, jusqu'au 20 octobre, terme de rigueur ; ils devront être âgés de vingt-cinq ans accomplis, et justifier de deux années de pratique comme docteurs en médecine.

Les fonctions de chirurgien sont gratuites.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

**Études de chirurgie dentaire,** applications du polyscope et de la galvanocaustie aux affections de l'appareil dentaire et à la chirurgie générale, par E. BRASSEUR, médecin-dentiste de la Faculté de médecine de Paris. Gr. in-8° de 91 pages avec 40 fig. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8552.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas samedi.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans cette séance nous avons surtout à signaler une lecture.

M. Vulpian a communiqué à l'Académie les résultats de recherches entreprises, tant par lui-même que sous sa direction par un de ses élèves, au sujet de la pepsine, de la pancréatine et de la diastase. Il s'agissait, d'une part, de constater scientifiquement par des expériences bien conduites la réalité de certains faits déjà vaguement entrevus, tels que le ralentissement causé par l'alcool dans les digestions artificielles à la pepsine et l'empêchement absolu que l'acidité du milieu apporte à l'action saccharifiante de la diastase ou de la pancréatine sur les fécules; et, d'une autre part, d'étudier certains problèmes non encore abordés, tels que le plus ou moins d'activité de la diastase et de la pancréatine dans un milieu qui, d'abord acide, aurait été au bout de quelques heures parfaitement neutralisé. Le fait le plus saillant, découvert ainsi, est la différence capitale qui sépare à ce point de vue la pancréatine et la diastase, cette dernière recouvrant toutes ses propriétés après un séjour prolongé dans un milieu acide, tandis que la pancréatine en pareil cas les a perdues d'une manière définitive.

Dr Victor Revillout.

## HOPITAL NECKER. — M. Potain.

### Tétanie ou contracture des extrémités.

Nous avons vu, au n° 25 de la salle Sainte-Adélaïde, une jeune femme, âgée de vingt-deux ans, exerçant la profession de fleuriste, dont nous avons reconnu la maladie au premier abord. Il suffit, en effet, de voir son attitude : les doigts raides et étendus, les pouces en dedans, repliés sur les métacarpiens, l'avant-bras ayant conservé ses mouvements, pour reconnaître la contracture des extrémités ou tétanie.

On appelait d'abord (1830) cette maladie du nom de tétanos intermittent : il est de l'essence même de cette affection d'être intermittente; mais on reconnut ensuite qu'on devait la distinguer du tétanos : chacun lui donna une désignation différente.

Constant (1832) la décrit sous le nom de contracture essentielle. Tessier lui donne le nom de contracture idiopathique (1843). Trousseau, la décrivant d'après les conditions spéciales dans lesquelles il l'a surtout observée, la désigne sous le nom de contracture rhumatismale des nourrices. Lucien Corvisart (thèses de Paris, 1852) lui donne le nom de tétanie, voulant ainsi rappeler les symptômes de tétanos, tout en montrant l'atténuation de leur gravité. C'est ce dernier terme, simple et bref, qui a généralement prévalu, en France, comme à l'étranger.

La tétanie est une affection peu complexe, dont la symptomatologie est réduite à ce seul phénomène : la contracture des extrémités. L'étendue de cette contracture est seule variable : elle peut occuper un plus ou moins grand nombre de groupes musculaires, et les envahir avec une intensité très-variable. Nous trouvons, dans sa marche, tous les degrés depuis une affection très-légère jusqu'aux phénomènes les plus graves, et même parfois une terminaison mortelle.

Ordinairement la maladie conserve une gravité tout à fait moyenne : elle s'annonce par du malaise, de l'engourdissement des extrémités qui doivent devenir le siège de la contracture, puis des fourmillements, de la céphalalgie, quelquefois un mouvement fébrile. Au bout d'un temps plus ou moins long, pouvant varier de deux heures à un ou deux jours, apparaît la contracture des extrémités. Elle commence ordinairement par les extrémités supérieures : c'est presque constant; les interosseux sont envahis les premiers : cette contracture est caractéristique. Les doigts se placent dans l'extension, raidis et infléchis sur les métacarpiens, comme dans le cas présent; la main reste fixe. Quelquefois l'extension artificielle est possible : l'extension volontaire est impossible.

Les douleurs sont assez vives dans toute la paume de la main; elles se manifestent avec le caractère de crampes assez violentes. La pression, exercée sur la paume de la main ou sur sa face dorsale, les exagère, de même que la tentative de produire l'extension forcée des doigts : cependant on a vu quelquefois ce dernier mouvement amener un sou-

lagement et atténuer la douleur. Trousseau s'étonnait fort de cette particularité, qui paraît toute naturelle : c'est par le même phénomène qu'instinctivement, lorsque nous nous sentons pris de crampes pendant la nuit, nous faisons l'extension forcée en appliquant les pieds contre le lit.

L'engourdissement dans les mains atteint les sensations tactiles, les rend vagues et incertaines ; les malades croient ne toucher que du velours. Souvent on n'observe pas d'autres manifestations : d'autres fois, la sensibilité tactile n'est pas la seule atteinte, mais l'analgésie et l'anesthésie sont plus complètes et gagnent jusqu'au coude et à l'épaule.

Souvent la main, qui est contracturée, est tuméfiée et légèrement boursouflée, avec une rougeur œdémateuse. Ici nous n'avons pas observé ce caractère. Les extrémités sont chaudes et rouges, et couvertes de sueur, surtout dans les formes plus aiguës. Tels sont les caractères de l'affection au début ; souvent les phénomènes s'arrêtent à ce degré, et ne deviennent pas plus inquiétants.

Mais il est d'autres cas où non-seulement la main, mais encore les poignets, les coudes, l'épaule même sont envahis ; alors les membres inférieurs sont pris à leur tour : les orteils présentent le même aspect que les mains. Sans doute, la déformation est moins appréciable, en considération même de la forme de ces articulations ; la contracture, gagnant l'articulation tibio-tarsienne, produit l'extension du pied sur la jambe, et la rotation du pied en dedans ; puis elle va au genou, à la cuisse. Quelquefois, les deux cuisses étant ainsi envahies, on a vu les membres se croiser l'un sur l'autre par l'effet de la contracture.

Jusque-là les phénomènes sont assez bénins, quoique fort douloureux, mais ils ne compromettent pas l'existence. Ils cessent pour reparaître un peu après ; ils ne reviennent que par accès ; c'est là une circonstance qu'il ne faut pas oublier afin de ne pas prendre pour une guérison définitive ce qui n'est qu'une rémission dans l'intervalle de deux accès.

Depuis deux jours notre malade n'a plus rien ressenti ; mais aujourd'hui elle se plaint de fourmillements, d'engourdissements dans le membre supérieur, où elle n'a pas encore eu de contracture ; ce fait doit nous faire craindre un nouvel abcès. La face est le siège des mêmes fourmillements, qui se font sentir sur presque toute la surface du corps, mais plus particulièrement aux mains. Nous devons considérer l'affection comme n'étant pas terminée, et attendre une récidive qui est parfaitement possible.

L'association de plusieurs accès successifs constitue une attaque de contracture. Cette attaque peut durer ordinairement une quinzaine de jours, mais elle peut dépasser ce délai, et persister pendant des mois, des années, avec des intervalles de rémission.

Cette forme périodique de l'affection a même conduit plusieurs praticiens à la combattre avec le sulfate de quinine : toutefois c'est toujours une périodicité irrégulière ; parfois, des mois et des années s'écoulant entre les attaques, on ne peut plus guère appeler cela de la périodicité. Ainsi encore, chez certains malades, les accès apparaissent au retour de la saison froide ; chez d'autres, ils dépendent d'un embarras des voies digestives, de la constipation, etc.

Le caractère le plus marquant de cette contracture, c'est l'intermittence des accès, qui est toujours bien accusée : aussi doit-on toujours craindre le retour d'un nouvel accès tant qu'il ne s'est pas écoulé, depuis le dernier, un nombre de jours suffisant pour écarter toute crainte.

Telle est la forme bénigne : elle est assez fréquente ; mais, quelquefois, elle passe même inaperçue chez les petits enfants ; on voit de la raideur des doigts survenir et se manifester par des cris et de l'agitation : peu de temps après tout a disparu. C'est une véritable attaque de tétanie.

Les formes graves sont constituées surtout par l'envahissement d'un grand nombre de groupes musculaires, jusqu'aux muscles du tronc, ce qui amène les dangers plus ou moins sérieux. La face, envahie avant le tronc, présente un trismus spécial, non-seulement par la contracture du masséter seul, mais par celle de tous les muscles de la face : la physionomie n'a plus d'expression et paraît recouverte d'un masque. Les malades ressentent la raideur qui gagne les muscles du visage, et en éprouvent un malaise tout spécial.

Les muscles du tronc, le diaphragme même, sont ensuite envahis par la contracture, qui produit tantôt l'opisthotonos, tantôt le pleurosthotonos, mais parfois une immobilisation complète, à la suite de la contracture du diaphragme, qui peut être suivie de mort par asphyxie. Une femme, nourrice, appartenant au service de Trousseau, précisément dans les salles mêmes de cet hôpital, étant atteinte de diarrhée, sortit dans la cour de l'hôpital, et fut prise d'un refroidissement qui provoqua une tétanie, à laquelle elle succomba, par ce mécanisme de l'asphyxie.

En dehors de cette forme classique, nous trouvons d'autres formes plus exceptionnelles par la distribution de la contracture, qui paraît presque nécessairement limitée et constituée par la contracture des extrémités (contracture idiopathique des extrémités). Nous observons cependant des variétés qui offrent un aspect différent : ainsi on voit des contractures, les doigts étant complètement écartés (surtout chez les enfants) ; d'autres fois, la contracture est limitée à la partie supérieure du membre, et aux muscles innervés par une même branche nerveuse, le musculo-cutané, par exemple. De même la contracture de la face peut exister isolément, mais c'est le cas le plus exceptionnel ; il est moins rare de la voir s'associer à la contracture des extrémités. On l'a vue parfois affecter la forme du spasme de la glotte chez les petits enfants.

Toutes ces formes, graves et ayant souvent une durée très-longue, se terminent par la guérison. Mais il est des cas mortels. J'en ai vu deux cas à l'hôpital Necker, chez des malades atteintes de contracture consécutive au choléra. Il faut noter, en effet, que la tétanie, si elle est quelquefois primitive, est beaucoup plus ordinairement secondaire, consécutive à une convalescence d'affection antérieure. Or, parmi celles qui favorisent le plus sa production, nous trouvons d'abord les maladies qui donnent lieu à des diarrhées persistantes, telles que le choléra et le typhus, puis les affections qui affaiblissent le plus l'économie, les accouchements, la lactation, etc. Outre cette prédisposition, il faut qu'une cause occasionnelle, ordinairement le froid, vienne déterminer l'accès. Chez notre malade, cette étiologie est très-nette. Cette femme se portait bien, venait d'allaiter son enfant pendant dix-sept mois, puis elle l'avait sevré. Elle ne se sentait plus aucune fatigue, deux jours après, et s'était procuré du travail dans une fabrique de tissus de caoutchouc, où elle était obligée de se tenir assise sous un hangar, dans une cour froide, et pendant toute la journée. Elle resta ainsi deux jours de suite ; le soir du deuxième jour, elle éprouva un malaise particulier, de l'engourdissement, des fourmillements dans les extrémités. Le troisième jour, la contracture s'était déclarée.

L'état de lactation est une cause tellement favorable à la production de cette affection que Trousseau la croyait exclusivement réservée aux femmes récemment accouchées et aux nourrices. Mais elle existe aussi chez les jeunes enfants et chez les adultes. En 1854, au moment du choléra, on essaya volontiers un mode de traitement qui consistait à favoriser la réaction, dans la période algide, par l'enveloppement dans le drap mouillé. Préconisée par Bouvier, cette méthode des affusions froides et du drap mouillé donnait des résultats excellents, lorsque, successivement, deux femmes ainsi traitées furent atteintes de contracture des extrémités et succombèrent à cette affection par le mécanisme asphyxique que j'ai signalé plus haut.

Quelle est la nature de cette maladie? Assurément, on doit la chercher d'abord dans le système nerveux; quelques-uns ont songé à la localiser au système musculaire, par analogie avec le torticolis, mais, quoique les muscles aient été tuméfiés, chauds et douloureux, on ne peut guère en faire le siège primitif de la maladie, surtout lorsqu'on aura considéré que l'affection s'étend parfois progressivement aux seuls muscles innervés par une même branche nerveuse, et se localise à ce groupe. Si l'on trouve tous les interosseux envahis du même coup, ce n'est pas parce qu'ils ont subi, en même temps, la même impression extérieure, mais plutôt parce qu'ils sont innervés par les mêmes nerfs. Nous considérerons donc la lésion des nerfs moteurs comme la cause de la contracture, d'autant plus que ces nerfs sont douloureux (Trousseau), et que leur compression fait réapparaître la contracture. Onimus a encore ajouté une preuve de cette assertion : on provoque très-facilement la contracture, lorsque le nerf est soumis à l'excitation d'un courant continu très-faible, qui n'est même pas perçu par la peau : on produit la contracture à la fermeture du courant. Or, si le nerf a une susceptibilité pathologique qu'il n'avait pas auparavant, cela prouve qu'il est malade. Mais est-il seul malade?

Il faut chercher plus haut la localisation de la maladie, car la contracture est symétrique : toujours les deux membres sont atteints à la fois; il faut donc accepter que le trouble fonctionnel siège dans les centres nerveux. C'est au centre myélique qu'il faut rapporter la cause de la contracture sur ce sujet, l'anatomie pathologique ne nous apprend rien; dans les cas graves, exceptionnels, où l'on a pu faire les autopsies, on a, à peine, noté quelque rougeur de la moelle, sur la valeur de laquelle il est difficile de se prononcer. Une autre fois, on a observé un ramollissement.

Il est vraisemblable qu'il y a des modifications et des lésions des centres nerveux : mais, quant à en déterminer la nature, il est bon nombre de troubles du système nerveux qui produisent des manifestations à peu près analogues; telles sont la chorée, la paralysie agitante. Actuellement leur anatomie pathologique n'est pas faite, et nous ne pouvons juger définitivement la question.

Remarquons cependant que ces trois affections, chorée, paralysie agitante et contracture, sont souvent produites par le froid. La nature rhumatismale de la chorée n'est plus guère contestée : la paralysie agitante a aussi la même cause, mais chez des sujets d'un âge avancé; la chorée se rattache plutôt à la jeunesse, la contracture est plus spéciale aux jeunes enfants et aux adultes. Ces trois affections sont le résultat de la même modification pathologique du centre nerveux cérébro-spinal; elles se produisent sous l'influence de la même cause, le froid. Selon la prédisposition individuelle, le mode d'impression variera; la portion qui s'ébranlera sous l'influence du choc extérieur, le froid, sera telle ou telle partie spéciale de l'axe cérébro-spinal, pour des raisons que nous ne pouvons encore déterminer. Quoi qu'il en soit, il y a une relation vraisemblable entre ces affections; quoiqu'elle soit encore vaguement expliquée, elle n'en mérite pas moins d'attirer l'attention des observateurs.

Le traitement est peu compliqué. Dans une forme aussi légère que celle que nous observons, il n'est pas besoin d'une thérapeutique variée. Calmer la douleur est surtout l'indication principale; on emploiera les embrocations opiacées, belladonées; Aran, jadis, a employé le chloroforme appliqué sur des compresses. Si l'on a recours à cette médication, il serait utile de l'étendre d'eau ou d'huile dans une assez notable proportion, afin que le chloroforme ne soit plus assez concentré pour exciter et irriter la peau; ce qui serait une cause d'aggravation de la contracture, plutôt qu'un moyen thérapeutique.

La nature de la maladie nous indique une autre voie où nous devrons porter le traitement. La prophylaxie, par une hygiène spéciale, sera un grand point à recommander aux malades. Ils devront éviter avec soin toute occasion qui pourrait provoquer un nouvel accès : 1° éviter toute impression du froid; 2° éviter toute secousse, de quelque nature qu'elle soit, du système nerveux sensitif ou moral. Ils devront surtout se prémunir contre les causes de refroidissement, en portant des vêtements chauds, de la flanelle, etc. Le sulfate de quinine, administré en considération de la périodicité des accès, n'a pas une grande valeur. Mais, à un autre point de vue, dans les formes de rhumatisme vague, à retour, il a donné des résultats utiles; c'est à ce titre qu'on pourrait y avoir recours. La même considération de la nature rhumatismale de l'affection nous autorise, je crois, à employer une médication qui a une action frappante et rapide sur les rhumatismes, le salicylate de soude. Dans les formes graves, quand les accidents sont intenses, on devra recourir à une dérivation plus ou moins énergique sur le trajet du rachis : des ventouses scarifiées ont été d'une extrême utilité.

En résumé, c'est à la prophylaxie surtout qu'il faut s'attacher, car les récidives sont fréquentes. La plus grande prudence doit être apportée dans l'administration des moyens hydrothérapiques, dont l'usage est si répandu, presque banal, mais que, généralement, on ne surveille pas avec assez de soin. Tel est le cas des deux malades morts de contractures à la suite du choléra. Après les bains mal administrés, souvent des malades sont pris d'accidents rhumatismaux. Si l'influence du froid est trop prolongée, la réaction ne s'établit plus d'une façon assez rapide ni assez complète. Il y a là un danger, parfois très-grave, sur lequel il est utile d'attirer l'attention de tous les praticiens.

Quelques jours après, la contracture, que l'on avait considérée comme probable et comme devant succéder aux fourmillements ressentis par la malade, n'est pas survenue. L'engourdissement, les fourmillements, ont complètement disparu. La malade pourrait sortir de l'hôpital, bien prévenue d'ailleurs qu'elle devra éviter les moindres causes de refroidissement qui pourraient provoquer une nouvelle attaque.

**HOPITAL DU MIDI. — M. Ch. Mauriac.**

**Du bubon d'emblée (1).**

V

Parmi les huit cas de cette affection, relatés dans le premier volume de Beaumès (de Lyon) sur les *Maladies vénériennes*, il n'y en a que deux qui méritent d'être analysés et critiqués : le sixième et le huitième (p. 40-44).

Voici ces faits :

I. Deux jeunes gens vinrent consulter l'auteur cinq jours après avoir eu commerce, l'un après l'autre, avec la même femme. L'un d'eux avait déjà deux chancres commençant vers l'orifice du prépuce ; l'autre ne présentait qu'un léger engorgement ganglionnaire inguinal du côté droit.

Trois jours après, le ganglion superficiel était devenu douloureux et enflammé, et le malade entrait à l'Antiquaille le 29 mars, dix-neuf jours après le coït. La tumeur avait alors le volume d'un œuf de pigeon ; elle était enflammée, non mobile, avec engorgement du tissu cellulaire environnant, mais sans apparence de suppuration encore.

Malgré une saignée, des sangsues, des émollients, le repos, le bubon marcha vers la suppuration.

Il fut ouvert le 21 avril (quarante-deux jours après le coït). Le lendemain, une piqûre d'inoculation fut pratiquée à la cuisse avec le pus profond ; il se forma un chancre parfaitement caractérisé. L'ouverture du bubon prit aussi l'aspect chancreux.

Il manque évidemment à cette observation, qui se présente bien au premier abord, beaucoup de détails importants ; elle est fort incomplète. Comment Beaumès n'en a-t-il pas mieux tiré parti ? A-t-il examiné toutes les régions d'où naissent les lymphatiques qui se rendent aux aines ? Il se contente de nous dire : « Après une inspection bien attentive, je ne découvris rien qu'un léger engorgement ganglionnaire du côté droit. » Quant aux antécédents de cet individu, il n'en est pas question. L'histoire de son intéressant camarade, au chancre du méat, est aussi passée sous silence. Sans croire comme Sartos qu'il s'agissait là de deux pédérastes, je suis persuadé qu'il eût été indispensable d'examiner avec le plus grand soin l'anus du patient.

Là, du moins, l'incubation n'est pas de longue durée, puisqu'au bout de cinq jours l'engorgement ganglionnaire est déjà sensible, et qu'au bout de huit il y a de l'inflammation et de la douleur.

Cette entrée en scène de l'adénite est correcte. Mais voici que l'évolution ultérieure vient nous dérouter par sa lenteur. Au bout de dix-neuf jours, il n'y avait pas encore apparence de suppuration. Il fallut quarante-quatre jours pour que l'abcès se formât. Est-ce ainsi que se passent les choses dans un bubon virulent ordinaire ? Je n'en connais pas pour ma part qui ait abouti aussi tardivement à la purulence.

L'inoculation a donné un résultat positif ; c'est très-bien. Mais je trouve dans toute cette histoire tant d'obscurité que je ne puis pas l'admettre, ainsi que le fait M. Diday, comme un exemple de bubon d'emblée. Elle ne réunit pas les conditions d'exactitude et de précision clinique qu'on est en droit d'exiger toujours, mais surtout quand on est en présence d'un phénomène aussi exceptionnel, aussi extraordinaire que le bubon d'emblée.

II. Un jeune homme de dix-neuf ans entre dans le service de M. Beaumès, à l'Antiquaille, pour se faire soigner d'une blennorrhagie, dont il fut guéri au bout de trois semaines. Une fois sorti, il fit des excès, et il lui revint un suintement dont il n'était pas encore guéri, quand il eut des rapports avec une fille publique. L'écoulement devint plus abondant, et, cinq ou six jours après la contamination, un ganglion du pli de l'aine du côté droit s'engorgea et devint douloureux. Cette glande s'accrut rapidement, devint un bubon qui s'enflamma, passa à la suppuration et s'ouvrit de lui-même.

Le processus, comme on le voit, est bien conforme à celui du bubon virulent. Malheureusement, l'auteur ne donne pas de dates qui permettent de juger combien il s'est écoulé de jours entre l'apparition de l'adénite et son ouverture spontanée.

Quant à l'incubation, elle n'a été que de cinq ou six jours.

Continuons le récit. Le malade s'était, paraît-il, attentivement et continuellement examiné le gland, le prépuce, le canal, toute la surface des parties génitales, et il n'avait absolument rien aperçu. Il n'est question ni de l'anus, ni des autres régions contiguës aux organes génitaux.

L'ouverture du bubon avait l'aspect chancreux. Deux piqûres d'inoculation furent faites à la cuisse avec le pus du bubon ; elles produisirent deux pustules caractéristiques et deux chancres qui devinrent larges comme deux pièces de dix sols, etc., etc.

Il est à regretter que cette observation soit si écourtée et qu'elle manque de détails relativement à la recherche du chancre. On explora bien les organes génitaux et le canal, on constata que le suintement n'existait plus, qu'il n'y avait dans l'urèthre aucun engorgement dur et douloureux, que la sonde y entrait très-facilement et n'y reconnaissait rien de morbide ; mais on reste muet sur les autres points. Quoi qu'il en soit, et malgré tout ce qu'elle offre de défectueux, cette observation serait peut-être la plus satisfaisante de celles que nous avons discutées à cause de la brièveté de l'incubation et de la rapidité du processus purulent. Mais hâtons-nous de dire qu'elle est fort loin de dissiper tous les doutes et d'entraîner la conviction.

Quant aux observations de bubon d'emblée rapportées par M. Gibert, dans son *Traité des maladies de la peau* (vol. II, p. 474-75), elles sont encore plus incomplètes et plus insuffisantes que les précédentes. D'abord, il s'agit de femmes. Or, chez les femmes, les chancres échappent beaucoup plus facilement à l'investigation que chez l'homme. Les bubons y sont aussi beaucoup plus rares. Ne serait-il pas, dès lors, étrange que le bubon d'emblée se rencontrât chez elles aussi souvent que le laisse entendre l'ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis ? Le manque de précision, d'exactitude et de contrôle ne nous offrant pas les garanties voulues, nous nous abstiendrons de discuter ces faits dans le détail, bien que les partisans de l'affection qui nous occupe leur attribuent quelque valeur.

Quelles sont donc les conditions que devrait réunir le bubon d'emblée pour convaincre tous les esprits ? Que devrait être un bubon d'emblée idéal, celui qu'on cherche depuis si longtemps sans le pouvoir trouver et dont on n'a pu nous donner jusqu'ici que des spécimens inadmissibles ?

Supposez qu'un homme exempt actuellement de toute maladie vénérienne, et n'en ayant pas eu depuis longtemps, cohabite avec une femme atteinte de chancres simples. Des médecins compétents l'examinent, à partir de la contamination, avec le soin le plus scrupuleux ; non-seulement ses organes génitaux, mais encore l'anus, le périnée, la région sous-ombilicale de l'abdomen, tout le territoire en un mot où naissent les lymphatiques afférents de l'aine, sont explorés fréquemment. On n'y découvre aucune lésion, pas la moindre écorchure, pas la plus légère érosion. Le canal de l'urèthre reste intact.

Cependant, vers le cinquième ou le sixième jour de la contamination, cet homme commence à éprouver dans l'une des deux aines un peu de gêne et de malaise. On tâte les ganglions, l'un d'eux est engorgé et un peu sensible à la pression, libre et mobile dans sa gangue intacte de tissu cellulaire.

Le lendemain, ces symptômes ont augmenté ; la douleur a fait place au malaise et à la gêne. La petite tumeur est devenue plus volumineuse, plus sensible et plus dure ; elle a un peu perdu de sa mobilité, et ses contours s'effacent dans un empâtement qui commence à se faire autour d'elle.

Le troisième, le quatrième, le cinquième jour, cet ensemble symptomatique s'accentue d'une façon progressive. La peau, jus-

(1) Suite. — Voir le numéro du 31 juillet 1879.

que-là libre de toute adhérence avec le ganglion, s'unit à lui par l'intermédiaire de l'empâtement périphérique. L'adénite commence à devenir rouge. La tumeur est encore dure, mais sa consistance n'est plus la même, elle devient œdémateuse. Sa forme est ovoïde dans le sens du pli inguinal; elle fait une saillie dont les contours se confondent avec les parties voisines, légèrement empâtées elles aussi.

Plus tard (septième, huitième, neuvième jour (1), le pus dont l'existence n'était pas douteuse, bien qu'il n'y eût pas encore de fluctuation, le pus, jusque-là enfermé dans la coque du ganglion et dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané, se collecte et forme en très-peu de temps une poche liquide plus ou moins grande, sur toute la surface de laquelle on sent distinctement la fluctuation depuis sa base jusqu'à son point le plus culminant. La peau s'est remarquablement amincie et est devenue d'un rouge foncé; elle semble flétrie à sa surface, usée en dessous et prête à s'ouvrir pour laisser échapper son contenu.

On prend un bistouri d'une propreté irréprochable, on ouvre cet abcès; il en sort un énorme flot de pus épais, rougeâtre ou couleur de chocolat, un peu sanieux, dont l'abondance est bien supérieure en général à ce que faisait prévoir l'étendue apparente de la collection.

Ce pus est inoculé avec toutes les précautions voulues, en se servant d'épingles ou de lancettes lavées à l'alcool; on recouvre les piqûres avec un verre de montre.

Vingt-quatre heures après cette opération, on constate sur les points inoculés une petite élevure rouge avec un point blanc imperceptible à son sommet. Les bords de l'ouverture du bubon sont rouges, boursouflés et très-douloureux. De la profonde cavité de l'abcès il s'échappe des flots de pus sanieux.

Au bout de quarante-huit heures, ils deviennent grisâtres, fongueux et un peu déchiquetés. La petite papule d'inoculation est devenue vésiculeuse à son sommet.

Le troisième et le quatrième jour, il devient d'une évidence absolue que le bubon est chancreux et que l'inoculation a donné lieu à un chancre.

Voilà, ou à peu de chose près, ce que devrait être une observation de bubon d'emblée pour être concluante et vaincre l'opposition des esprits les plus réfractaires.

Trois conditions surtout me paraissent essentielles : la première, c'est un examen sévère et répété de tout le territoire lymphatique. Il est indispensable qu'aucune arrière-pensée ne puisse se faire jour et laisser planer l'ombre d'un doute sur l'intégrité parfaite, absolue, de tous les points où naissent et que parcourent les vaisseaux lymphatiques des ganglions inguinaux.

La seconde condition est relative à l'incubation. On m'objectera peut-être que nous ne connaissons pas d'une manière positive l'incubation du bubon d'emblée, et qu'en se fondant sur l'époque où il apparaît pendant toute la durée du chancre mou, la latitude la plus grande est permise à toutes les hypothèses. Il est vrai que l'intervalle entre le début d'un chancre simple et l'apparition de l'adénite virulente est extrêmement variable; mais ce n'est pas ainsi qu'il faut entendre l'incubation du bubon. Elle ne doit compter qu'à partir du moment où le pus virulent pénètre dans les lymphatiques. Ce moment nous échappe presque toujours. Aucun phénomène ne l'indique d'une façon positive. Celui qui a le plus de valeur à cet égard, c'est l'hémorrhagie suite de déchirures dans l'ulcération chancreuse; on l'observe souvent dans les chancrelles du frein et du limbe, et ce sont ces chancrelles, surtout celles du frein, qui se compliquent le plus fréquemment d'adénites virulentes. Or, quand ce petit traumatisme ouvre la porte à l'inoculation ganglionnaire en déchirant les lymphatiques, si l'adénite doit se produire, ce qui n'a pas toujours lieu, elle ne tarde guère à apparaître.

Mais je reconnais que nous n'avons encore que des données cliniques très-incertaines sur l'incubation de l'adénite chancreuse, et malheureusement ce point obscur de l'histoire des chancres simples n'a pas été encore soumis à l'expérimentation. Est-ce une raison pour ne pas la déterminer approximativement? Ne devons-nous pas nous fonder sur ce qui se passe dans d'autres tissus lorsqu'on y dépose le pus chancrelleux? Immédiatement le travail morbide commence, et, si ses effets sont obscurs pendant trois ou quatre jours, au bout de ce délai ils deviennent de la dernière évidence. Pourquoi les choses se passeraient-elles autrement quand c'est un ganglion lymphatique qui est inoculé?

Dans le bubon d'emblée, l'incubation ne devrait donc pas dépasser huit ou dix heures au plus, et c'est peut-être là une trop large mesure, mais je tiens compte des circonstances qui peuvent s'opposer à ce que le pus virulent se mette, dans les premières heures qui suivent la contamination, en contact direct et intime avec le ganglion.

La troisième condition est celle du processus. Il faut que l'inflammation du bubon d'emblée, comme celle du bubon virulent consécutif au chancre, parcoure très-rapidement ses périodes, qu'en un ou deux septénaires elle aboutisse à cette purulence dans toute la masse de la tumeur ganglionnaire, qui est si caractéristique ; qu'elle se comporte enfin dans sa marche, sa durée et sa terminaison, exactement comme si elle s'était développée selon son mode habituel. Comment voudriez-vous admettre qu'un bubon qui a mis six semaines, deux mois à évoluer, fût un bubon primitivement virulent? S'il devient chancreux, n'est-on pas en droit de supposer que c'est parce qu'il a été inoculé après coup, soit par l'instrument qui l'a ouvert, soit par les linges qui ont servi à le panser?

Quant à l'inoculation, c'est une condition si indispensable pour le diagnostic qu'il me paraît inutile d'en faire ressortir l'importance. Je n'ai voulu m'occuper ici que des conditions d'étiologie, d'incubation et de processus, qui constituent les trois bases pathologiques sans lesquelles l'existence du bubon d'emblée chancrelleux restera toujours problématique.

(1) Dans quelques cas, comme je l'indiquerai plus loin, les symptômes du bubon virulent sont moins aigus et sa marche est plus lente.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 août 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une nouvelle communication de M. le docteur Dechaut (de Montluçon) sur le rôle du mucus utérin dans la fécondation.

### PRÉSENTATIONS

M. LUYS présente, au nom de M. le docteur Brochin, deux articles extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, intitulés l'un, *Maladies et affections nerveuses*, et l'autre, *Nécroses*; de la part de M. Gaétan de Launay, une brochure intitulée : *Études de physiologie comparée*.

M. BOULEY offre en hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Toussaint chargé du cours de physiologie à la Faculté de médecine de Toulouse, une brochure intitulée : *Recherches expérimentales sur la maladie charbonneuse*, et un rapport sur une *Mission dans la Beauce*.

M. BOULEY, à ce propos, donne lecture d'une note par laquelle M. Toussaint s'attache à répondre au dernier mémoire de M. Colin, lu dans la séance du 29 juillet, mémoire qui lui paraît dirigé spécialement contre lui.

Le professeur de Toulouse rappelle que le point de départ des recherches de M. Colin est essentiellement différent de celui des siennes, puisque M. Colin suppose pour le charbon un virus liquide, tandis qu'il est lui-même parti de cette idée que la bactéridie était la cause unique du charbon, son seul agent de transmission.

M. Colin croit que la virulence commence dans les ganglions infectés quelques heures avant que les bactéridies n'y apparaissent. M. Toussaint croit avoir prouvé le contraire.

M. Colin n'a retrouvé les bactéridies dans le sang d'un animal inoculé que de la dix-septième à la vingtième heure; M. Toussaint en a découvert dès la septième. Enfin M. Toussaint a démontré, il y a plus d'un an, que les résultats des inoculations charbonneuses varient suivant les espèces animales. Chez quelques-unes, les ganglions, autres que ceux qui sont rapprochés de la piqûre, restent absolument privés de bactéridies, bien qu'ils puissent se tuméfier.

M. Toussaint attribue la plus grande importance aux recherches microscopiques. Suivant lui, par ce seul procédé, on arrive immédiatement au ganglion infecté, tandis qu'ayant méconnu l'utilité du microscope dans ces études, M. Colin ne pouvait aboutir qu'à des incertitudes, ainsi qu'on peut le voir dans son dernier travail.

COMMUNICATION

**M. VULPIAN** communique une note sur *l'action des ferments digestifs employés dans le traitement de la dyspepsie* à l'occasion d'un mémoire manuscrit d'un de ses élèves, M. Mourrut, sur les digestions artificielles.

Le savant doyen de la Faculté de médecine de Paris avait pris cette année, pour objet de son cours, l'étude des sécrétions dans l'état normal et dans l'état pathologique. Il avait été amené ainsi, à propos des sécrétions qui concourent à l'accomplissement des actes de la digestion, à parler des dyspepsies et des divers moyens employés pour tenter d'y remédier.

Au nombre de ces moyens se trouvent les ferments digestifs, la pepsine, la pancréatine, auxquels on peut joindre la diastase végétale.

M. Vulpian s'est convaincu, par des expériences de digestion artificielle, que les diverses préparations de pepsine étaient loin d'avoir un degré égal de puissance digestive. Il en est qui modifient si lentement et si faiblement l'albumine cuite avec laquelle on les met en contact qu'on ne voit pas de quelle utilité serait leur administration à des dyspeptiques.

D'une autre part M. Vulpian s'est assuré que l'addition d'alcool à une solution de pepsine ou du suc gastrique, dans une digestion artificielle faite en dehors de l'estomac, retardait toujours la digestion. Il est à remarquer pourtant que les conditions des digestions artificielles sont très-différentes de celles des digestions naturelles, de telle sorte qu'il est possible que la pepsine alcoolisée soit plus active dans l'estomac que dans les verres à expérience. Mais M. Vulpian manifeste sa préférence bien marquée pour les préparations sans alcool.

Une autre question abordée dans son cours est celle de l'influence d'un milieu légèrement acide tel que le suc gastrique sur l'action de la diastase et de la pancréatine, beaucoup moins actives en cas pareil que quand elles sont mises dans un milieu neutre.

M. Vulpian, ne pouvant poursuivre ces recherches aussi loin qu'il l'eût désiré, a chargé M. Mourrut de les compléter, en suivant un programme tracé par lui, Entre autres points qu'il signalait à son attention, il lui semblait qu'il serait très-intéressant d'examiner ce que deviendraient la diastase et la pancréatine, après avoir séjourné dans le suc gastrique artificiel ou naturel pendant un certain temps, et de voir si, en neutralisant l'acidité du mélange au bout de ce temps, on rendrait à ces substances leur activité digestive; en d'autres termes, de savoir si la diastase et la pancréatine, après avoir été en contact avec le suc gastrique dans l'estomac, recouvrent toute leur activité dans le duodénum. Dans le mémoire présenté aujourd'hui à l'Académie, M. Mourrut a résumé les résultats de ces investigations.

Dans la première partie de son travail, après avoir reconnu qu'un centigramme de diastase saccharifie complètement, en six heures, à la température de 37 à 40 degrés, 40 grammes d'empois contenant 5 p. 100 de son poids d'amidon, il a constaté que, si l'on a additionné l'empois de 2 gouttes d'acide chlorhydrique, la transformation n'est obtenue qu'au bout de trente heures, et qu'il en est à peu près de même dans du suc gastrique artificiel ou naturel.

Dans une seconde partie du manuscrit, il indique les résultats d'expériences semblables, portant sur la pancréatine; tandis que 20 centigrammes de cette substance avaient saccharifié en dix-huit heures 40 grammes d'empois contenant 3 1/2 p. 100 d'amidon; après l'addition de deux gouttes d'acide chlorhydrique, il n'y a eu aucune transformation après quarante-huit heures d'étuve.

En remplaçant l'empois par de l'albumine cuite, on a constaté de même que la pancréatine perdait toute action sur cette substance dans un milieu acidulé.

Dans une troisième série d'expériences, M. Mourrut, ayant neutralisé exactement les liquides des expériences précédentes, a vu la diastase recouvrer alors toute son activité, tandis que la pancréatine ne reprend plus jamais ses propriétés saccharifiantes après que le liquide acidulé dans lequel elle était contenue avait séjourné deux heures dans l'étuve. Quant à son action peptonante sur l'albumine, on n'a pas encore pu établir nettement par les experiences faites à ce sujet si elle était ou non perdue dans les mêmes conditions.

M. Mourrut, en outre, a constaté que, parmi les vins ou élixirs de pepsine, il en est qui renferment à peine quelques traces de cette substance.

**M. CHATIN**, à ce propos, s'élève contre les spécialités pharmaceutiques.

**M. VULPIAN** et **M. PETER** parlent dans le même sens.

**M. BOUCHARDAT** dit que la question des digestions naturelles est complexe; que certains médicaments, incapables d'ailleurs de faire du mal par eux-mêmes, sont utiles dans les dyspepsies, ne fût-ce qu'en permettant d'insister davantage sur le régime à suivre, régime qui est la grande condition de la guérison.

**M. BURTY** est depuis longtemps du même avis que MM. Vulpian et Mourrut relativement aux préparations de pepsine.

LECTURE

**M. MOURA-BOUROUILLON** lit un travail intitulé : *Statistique mathématique des diverses parties des lèvres vocales ou de la glotte.*

RAPPORTS

**M. PLANCHON** lit une série de rapports sur des remèdes secrets et nouveaux, rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

A quatre heures et demie, la séance est levée.

## BIBLIOGRAPHIE

**Nouvelles leçons cliniques sur les maladies de la peau,** par le docteur E. Guibout, 1 vol. in-8°. Prix : 10 francs. Paris, G. Masson.

Le docteur E. Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis, vient de publier un deuxième ouvrage sur la dermatologie, intitulé : *Nouvelles leçons cliniques sur les maladies de la peau.*

Ce gros voulme de 840 pages est le complément du premier, avec lequel il forme, on peut le dire, un traité complet de dermatologie.

Nous le recommandons, non-seulement aux élèves, pour y apprendre la dermatologie, mais encore aux médecins, qui y trouveront les plus utiles et les plus intéressantes données théoriques et pratiques.

M. E. Guibout a divisé son nouvel ouvrage en deux parties. Dans la première, après avoir établi l'importance de la dermatologie, sans laquelle il n'y a pas de saine médecine possible, il envisage les maladies de la peau chez l'enfant et chez le vieillard : il fait ressortir de la manière la plus saisissante toutes les différences qui séparent les dermatoses de l'enfant de celles du vieillard : différences de causes, de caractères, de nature, d'évolution, de durée, et différences de traitement. Les dermatoses de l'enfance traduisent tout ce qu'il y a de vitalité excessive dans cette première phase de la vie; de même que les dermatoses du vieillard expriment le déclin et la dégradation des forces. De ces considérations nosographiques sont déduits des préceptes thérapeutiques qui nous ont paru d'une justesse rationnelle et irréprochable. Il y a, sur le traitement des enfants et des vieillards, des leçons que nous ne saurions trop recommander.

Dans la deuxième partie de son livre, M. Guibout fait l'histoire de toutes les maladies de la peau qui n'avaient pas trouvé place dans son précédent ouvrage. Les leçons se trouvent catégorisées de manière que chacune des affections qui en fait l'objet, étant rapprochée des autres affections avec lesquelles elle a des points de ressemblance, s'en détache cependant par des traits spéciaux et pathognomiques. C'est ainsi que les maladies hémorrhagiques, le purpura, le scorbut et l'hémophilie, sont traitées dans trois leçons successives. C'est ainsi encore que toutes les altérations hypertrophiques sont rapprochées; que toutes les altérations pigmentaires sont groupées, et que toutes les tumeurs malignes, cancroïde, mélanose, mycosis fongoïde, squirrhe, encéphaloïde, sont juxtaposées. Dans ces diverses catégories, les leçons sur l'éléphantiasis des Arabes, sur le scorbut, sur le vitiligo, nous ont paru très-remarquables. Cette dernière, en particulier, renferme des données intéressantes sur l'art et les divers procédés que les Romains employaient pour teindre leurs cheveux quand l'âge les avait blanchis, ou pour leur donner la couleur adoptée par la mode.

La dernière leçon, consacrée au traitement des écoulements vaginaux, pourrait être jugée comme un hors d'œuvre, peu à sa place dans un livre de dermatologie, si elle n'était pas tout naturellement amenée par des considérations physiologiques et pathologiques comparatives entre les muqueuses et la peau. Elle préconise un mode de traitement aussi simple qu'efficace pour la guérison de divers catarrhes vaginaux et utérins.

En résumé le nouveau livre de M. E. Guibout est une œuvre à la fois savante et pratique; il est, joint à celui qui l'a précédé, un exposé complet de toute la dermatologie; il se distingue par une remarquable clarté et par une forme que l'auteur a su rendre attrayante; il aura le même succès que le premier, car il possède toutes les qualités nécessaires pour vulgariser la science.

Docteur Passant.

---

Par décret en date du 11 août 1879, M. le docteur Vergely, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, a été nommé professeur de pathologie générale à la même Faculté.

— La Société médicale d'Amiens, dans sa séance du 6 août 1879, a décidé de mettre au concours les questions suivantes:

Pour l'année 1880: *du Vaginisme.*

Pour l'année 1881: *de la Fissure à l'anus.*

Une médaille d'or de la valeur de 200 francs sera attribuée à chaque question.

Une autre médaille d'or de la même valeur sera décernée au médecin du département de la Somme qui aura présenté le meilleur travail sur un sujet quelconque ayant trait aux sciences médicales.

Les mémoires, inédits, manuscrits et écrits lisiblement, doivent être envoyés dans les formes académiques au secrétaire de la Société, avant le 1er avril de chaque année.

Le Directeur: Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8568.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



---

## HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

### Plaie pénétrante de poitrine.

Ces jours derniers, est entrée dans notre service une jeune femme qui venait de tenter de se donner la mort (pour la seconde fois), en se portant un coup de tranchet dans la région précordiale du côté gauche. Elle s'était fait une blessure à deux travers de doigt de la ligne médiane, au-dessous du sein gauche. Elle fut amenée à l'hôpital peu de temps après l'accident.

L'interne de garde, sans être certain que la plaie fût pénétrante, crut cependant avoir entendu un bruit de glouglou, comme si l'air eût passé dans la plaie ; d'autre part, cette jeune femme n'étant pas chargée de tissu adipeux, la paroi thoracique n'était pas épaisse. Il prit donc prudemment des précautions, comme si l'on eût eu affaire à une plaie pénétrante de poitrine. Il recouvrit la plaie avec de la baudruche dont les bords étaient enduits de collodion. Il appliqua ainsi plusieurs couches de baudruche, afin d'obtenir l'oblitération de la plaie, sans empêcher complètement la sortie des liquides de la plaie, en laissant un des bords non collodionné.

C'est le pansement par occlusion, qui diffère de la réunion immédiate ; il empêche la communication de la plaie avec l'air extérieur, tout en permettant l'écoulement du sang, du pus, des liquides de la plaie. Ce pansement fut fait à cinq heures du soir.

Le lendemain matin, lors de la visite, nous avons trouvé cette femme dans un état assez grave : anxiété, malaise évident, respiration pénible. Elle ne pouvait tousser sans ressentir une vive douleur ; elle accusait une douleur violente au niveau de la plaie, mais surtout à la partie postérieure du thorax. Le pouls était accéléré, mais régulier. Le nombre de respirations avait doublé.

Nous avons évidemment respecté les couches de baudruche, et nous nous sommes bien gardés de les enlever pour voir directement la plaie ; cependant il était facile de constater que les lamelles de baudruche superposées étaient boursouflées, et formaient une saillie d'au moins un centimètre au-dessus de la surface de la peau ; mais que ce qui les soulevait ainsi était non pas du liquide, mais de l'air, lequel ne pouvait venir que de la cavité pleurale. C'était donc la preuve que la plaie était pénétrante, et intéressait non-seulement la plèvre, mais encore le poumon. La percussion de la portion gauche du thorax nous donna une matité considérable, occupant les deux tiers de la hauteur de la plèvre gauche ; l'auscultation révéla un souffle d'une rare intensité presque dans toute la hauteur. Il y avait donc un épanchement pleurétique à la suite de la plaie. Notre diagnostic était donc naturellement établi : plaie pénétrante de poitrine ayant ouvert la plèvre à la portion antérieure et inférieure gauche, siégeant en dedans et en bas de la mamelle gauche ; la blessure a dû atteindre le cul-de-sac antérieur de la plèvre, tout près du péricarde, mais elle a dû toucher aussi la pointe du poumon à ce niveau. Ce qui est aussi fort remarquable, c'est qu'un coup porté en cette région n'ait pas lésé le péricarde. Si cette séreuse avait été blessée, nous aurions observé, sans aucun doute, des troubles de la circulation, etc.

L'instrument, un tranchet de cordonnier, avons-nous dit, a pénétré entre les côtes, entre la cinquième et la sixième probablement, en un point où les espaces intercostaux sont très-étroits. Enfin il a atteint un gros vaisseau, car l'épanchement que nous avons constaté ne peut être simplement séreux, il doit aussi être sanguin. Nous avons donc un hémato-hydrothorax. En effet, de cinq heures du soir à neuf heures du matin, c'est-à-dire en seize heures, il ne peut jamais se produire un épanchement séreux occupant les deux tiers de la plaie ; il faut qu'un autre liquide se soit épanché dans la plèvre en même temps que celle-ci, irritée par le traumatisme, faisait un épanchement. La difficulté est de savoir d'où pouvait venir le sang : les artères intercostales, au niveau de la blessure, en avant, près du sternum, sont peu volumineuses, mais, à ce niveau, l'artère mammaire interne leur envoie des branches intercostales qui s'anastomosent avec les premières, et qui sont parfois d'un calibre assez considérable. D'ailleurs, le sang aurait pu être fourni par la blessure du poumon ; car, lors même que le poumon n'est blessé qu'à la périphérie, et qu'il n'y a pas de crachement de sang, c'est-à-dire pas de blessure d'une bronche d'un calibre assez important, il peut se faire des hémorrhagies assez considérables.

Nous avons employé comme traitement : injection hypodermique de chlorhydrate de morphine pour calmer la douleur ; vaste vésicatoire au niveau du scapulum ; pilules d'opium. Si le mouvement fébrile s'était accentué, j'avais recommandé qu'on fît une saignée du bras, ce procédé me paraissant excellent dans les cas d'inflammations légitimes et franches du poumon. Il n'a pas été nécessaire de recourir à cette thérapeutique : la nuit fut bonne ; la température, le soir, était à 39° (vingt-quatre heures après l'accident). Le lendemain, la fièvre était tombée. Le surlendemain, la température est normale.

De même, l'auscultation donne, en même temps que l'exploration thermométrique, la preuve de l'amélioration : la matité est évidemment diminuée, et le souffle ne s'entend plus dans une si grande étendue ; l'égophonie est distinctement perçue vers le milieu de la hauteur du poumon.

C'est un fait remarquable d'observer ce phénomène d'un épanchement aigu, traumatique *sans fièvre*. C'est qu'en effet la plèvre, comme toutes les séreuses, est assez analogue aux mailles du tissu cellulaire, dans lequel un épanchement sanguin peut se faire sans provoquer de la réaction fébrile. On voit, tous les jours, des contusions suivies d'épanchements considérables de sang, de sérosité, dans le tissu sain, dans un organisme sain. C'est, pour ainsi dire, une bosse sanguine de la plèvre.

J'ai bien conservé le souvenir d'un fait analogue : il s'agissait d'un malade dont la poitrine fut traversée de part en part par une balle : un foyer pneumonique se développa autour du trajet de la balle, dans un rayon de trois travers de doigt environ, et il ne se développa pas de fièvre. Cette plaie était traitée par l'occlusion.

Cette observation me conduit à vous parler des plaies pénétrantes de poitrine, et à vous dicter une règle de conduite que vous devrez suivre irrévocablement dans ces cas toujours embarrassants. En effet, depuis le temps où les premiers hommes ont eu l'idée de se battre, on a observé des plaies pénétrantes de poitrine. Et, de tout temps on s'est demandé s'il fallait explorer la poitrine pour faire le diagnostic. Cette pratique a prévalu pendant des siècles ; aujourd'hui encore, on en trouverait des vestiges dans la trousse des vieux praticiens qui renferme certainement encore la fameuse sonde de poitrine. Actuellement on est d'accord sur ce point, qu'il ne faut jamais introduire un stylet dans une plaie pour faire le diagnostic de son étendue et de ses dimensions. Mais on a discuté beaucoup pour savoir comment il faut se comporter en présence d'une plaie de poitrine. Doit-on boucher la plaie, ou doit-on la laisser béante ? doit-on la suturer ?

Il y a, en effet, une grande différence entre boucher la plaie et la suturer : autrefois, on obturait la plaie avec des tentes, des bourdonnets de charpie, comme on bouche un tonneau.

Depuis, la réunion immédiate a été remise en honneur. Enfin, si l'on n'emploie pas de mèches actuellement, on a proposé d'autres corps étrangers à introduire dans la plaie.

La conduite à tenir varie suivant que l'on aura affaire à des plaies récentes ou à des plaies déjà anciennes.

Que doit-on faire dans les cas de plaies pénétrantes de poitrine récentes ?

On a essayé la suture : c'est un mauvais moyen, parce que, dans un certain nombre de cas, le sang, l'air, la sérosité, restant accumulés dans la plaie, amènent des abcès, et la suture manque.

Mais, si l'on renonce à la suture, on ne s'impose pas pour cela la nécessité de laisser la plaie à découvert. Une troisième méthode de pansement est l'occlusion. Elle consiste à mettre devant la plaie une sorte de rideau qui l'empêche de communiquer avec l'extérieur, sans toutefois obliger les liquides à y rester stagnants. L'occlusion se fait de plusieurs manières, soit avec les bandelettes de baudruche superposées, en laissant un petit espace pour recevoir les liquides, soit avec les pansements ouatés. Ainsi, il y a un an, nous avons eu dans ce service un peintre en bâtiments qui perdit l'équilibre en travaillant à la devanture d'une boucherie, et en tombant se trouva accroché par un des crochets qui servent à suspendre les quartiers de viande. Ce croc s'enfonça dans la poitrine, en fracturant une côte ; alors, dégagé, le peintre tomba sur le sol. Apporté à l'hôpital, il était dans un état de suffocation alarmant; la plèvre était ouverte, les bords de la plaie étaient gonflés, la communication avec l'extérieur était peu large. Sans nous inquiéter des esquilles, nous avons appliqué un pansement ouaté de trois pouces d'épaisseur, avec un bandage serré de diachylon.

Les accidents disparurent rapidement ; en quarante-huit heures, ce blessé était hors de danger. L'appareil ouaté ne fut levé que vers le vingt-cinquième jour ; le malade guérit rapidement.

De même, en 1871, j'ai traité un soldat qui avait la poitrine traversée par une balle : de la baudruche fut appliquée en avant et en arrière, sur chaque orifice de la plaie ; il guérit sans difficulté.

Donc, dans les plaies de poitrine récentes ordinaires, si elles sont légères, on applique de la baudruche maintenue avec du collodion ; si elles sont plus vastes, on fait le pansement ouaté, comme on l'emploie dans les cas de fractures compliquées, après avoir recouvert la plaie de baudruche.

Telle est la pratique que j'ose recommander, quoique mon expérience personnelle soit limitée à quelques observations ; mais ces faits sont tellement probants qu'ils emportent la conviction.

Dans les plaies anciennes, alors que le pus s'est accumulé, que l'on a affaire à des empyèmes traumatiques, l'indication principale est d'évacuer le pus, de désinfecter la cavité. C'est alors le lieu d'employer les divers corps étrangers qu'on introduit dans les plaies, les drains, les sondes molles. Le drainage de la plèvre se faisait, depuis des siècles, avec des canules par lesquelles Boyer et ses contemporains recommandaient de faire des injections d'eau miellée, qu'ils considéraient comme un liquide antiphlogistique.

Le vin était injecté de la même façon depuis les Arabistes. L'iode fut employé plus tard.

Mais, à propos de ces injections iodées, je m'empresse de condamner une pratique malheureusement quotidienne encore de notre temps. Quand on a ouvert une collection purulente, on ne se presse guère de faire les injections antiseptiques, iodées ou autres ; on les remet volontiers au lendemain, sinon plus tard encore ; c'est-à-dire qu'on laisse bénévolement au pus le temps de devenir putride. On perd ainsi tous les bénéfices de la méthode antiseptique. On doit, pour ainsi dire, avoir le trois-quarts d'une main et la seringue pour l'injection antiseptique de l'autre main. Dès qu'on aura pénétré dans la cavité pleurale pour y porter un drain, on devra immédiatement commencer le lavage. Il faut qu'en un ou deux jours la désinfection soit terminée, et qu'on ait réalisé la modification particulière du

tissu qui suppurait, et du liquide contenu dans la cavité.

Le premier jour, on ne doit pas hésiter à faire deux, trois, quatre injections antiseptiques.

C'est à cette condition que le traitement de ces plaies des séreuses, des articulations, sera suivi de succès. J'attribue à cette promptitude les résultats magnifiques que nous avons obtenus dans ce service.

Dans les plaies récentes, il est de règle que l'interne doit appliquer le pansement occlusif, aussitôt que le blessé est apporté à l'hôpital, et sans attendre la visite du lendemain pour me faire voir la blessure. Je me garde bien de mettre la plaie à découvert : c'est, à mon avis, la condition du succès.

Cette condition a été réalisée pour notre jeune malade : la fièvre a disparu, son état général est bon, elle est jeune et bien portante ; le pronostic me paraît complètement favorable.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

**Du phagédénisme (1).— Diagnostic différentiel du phagédénisme syphilitique et du phagédénisme scrofuleux.**

V

Étant donné une des lésions phagédéniques que nous avons étudiées dans nos dernières conférences, comment dire qu'il s'agit d'un phagédénisme syphilitique ou d'un phagédénisme scrofuleux ?

Cherchons à élucider cette question, véritablement majeure, dont l'importance n'échappera à aucun praticien.

Il m'a semblé utile de classer par catégories les principaux éléments de diagnostic qui peuvent être utilisés pour ce diagnostic différentiel.

A. signes objectifs. Le diagnostic, syphilis ou scrofule, est-il possible exclusivement par les signes objectifs, *de visu ?* Oui et non.

Oui, si la lésion a conservé le caractère propre de son origine ; alors, le plus simple coup d'œil suffit à un médecin expérimenté pour reconnaître l'une ou l'autre diathèse. Mais il est des cas où même le plus expert est obligé de demander le secours d'autres signes de diagnostic.

La physionomie de la lésion se décompose en caractères tirés de sa configuration, de son auréole, de ses bords, de l'état du fond de la plaie, du caractère des croûtes, des lésions périphériques.

1° La *configuration* générale de la lésion ne présente rien d'absolument fixe; cependant elle peut être d'un très-utile secours pour le diagnostic. Insistons seulement sur deux particularités : *a.* Les formes circulaires ou dérivées du cercle sont infiniment plus communes dans la syphilis que dans la scrofule. Le phagédénisme scrofuleux est moins asservi à ces types corrects, aux contours irréprochables ; il pousse à droite et à gauche des pointes irrégulières. *b.* En général, le phagédénisme scrofuleux est moins expansif que le phagédénisme syphilitique ; à ce dernier appartiennent les grands cercles, les grandes arcades. Le phagédénisme scrofuleux est plus concentré, plus ramassé.

En résumé, si la configuration de l'ulcère n'offre que des différences de plus ou de moins, elle fournit des présomptions bonnes à recueillir.

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 juillet.

2° L'*auréole*, dans les cas types, est très-différente. Dans la syphilis, elle est toujours d'un rouge foncé, brun sombre, couleur de vieux jambon sec ; dans la scrofule, l'auréole est violacée avec un reflet bleuâtre.

3° Les *bords*, dans le phagédénisme syphilitique, ont des caractères constants : ils sont toujours délimités, avec une arête, un bourrelet circonférentiel. Au contraire, l'ulcère scrofuleux n'a pas toujours des bords qui méritent ce nom ; c'est une circonférence ulcéreuse, sans bourrelet, sans limite exacte.

Les bords de l'ulcère syphilitique sont saillants, épais, engorgés, infiltrés, durs. L'ulcère scrofuleux a des bords non saillants, amincis, « comme usés » (Lailler). Un meilleur signe encore est que, dans la syphilis, les bords sont nettement entaillés, abrupts, tantôt à pic, tantôt à biseau, quelquefois extrêmement élevés, « en falaises ». L'entaillure syphilitique est toujours nette. Dans la scrofule, les bords sont taillés d'une façon infiniment moins accentuée; ils sont plats, déprimés, usés.

La syphilis produit des bords toujours adhérents, tenant à l'ulcération, jamais décollés. La scrofule a des bords très-habituellement décollés sur une certaine étendue, les ulcères étant séparés par des ponts de peau décollée, presque flottants, sous lesquels on peut passer des stylets.

4° L'*état du fond de l'ulcère* est aussi assez caractéristique. L'ulcère syphilitique est toujours déprimé, toujours creux, en excavations plus ou moins profondes, toujours ayant produit une perte de substance. Il est inégal, anfractueux, raviné, étagé. Sa couleur varie d'aspect ; mais elle est ordinairement grisâtre, avec lambeaux gangreneux.

Le fond de l'ulcère scrofuleux est moins profond, en général; il est bien moins déprimé, souvent complètement au même plan que les tissus voisins. Quelquefois il se gonfle et s'exhausse; parfois on voit le lupus scrofuleux exubérant, condylomateux, faire une saillie papuleuse produite par l'hyperplasie de la région qu'il occupe; le nez peut ainsi doubler de volume. Cette forme de lupus est à peu près pathognomonique de la scrofule. La syphilis peut quelquefois produire des lésions exubérantes et des touffes de boutons charnus, des végétations frambœsioides (*ulcus elevatum* tertiaire de M. Verneuil). Mais c'est tout à fait exceptionnel, et cela ne s'est pas encore vu sur le nez, comme la lésion analogue de la scrofule.

Le fond de l'ulcère scrofuleux est inégal, anfractueux ; mais c'est par production d'une série de bourgeons charnus, de végétations, de granulations.

Le fond de l'ulcère syphilitique a mauvaise mine ; il est gris, lardacé, avec des bourbillons blanchâtres; ce n'est plus comme dans la scrofule un aspect rose pâle, frais, la couleur d'une plaie en voie de réparation que l'on pourrait croire prête à se cicatriser. Toutefois il n'en est rien : cette plaie d'une bénignité apparente présente une malignité réelle.

L'ulcère scrofuleux saigne facilement; l'ulcère syphilitique ne saigne pas, ou difficilement.

5° Le *caractère des croûtes* présente aussi des différences : les deux ulcères s'encroûtent facilement. Celles de la syphilis sont plus épaisses, plus proéminentes que celles de la scrofule. Les premières sont étagées, coniques, comme des écailles d'huître (ostréacées). Ces croûtes syphilitiques sont mieux formées, plus homogènes, plus complètes, plus dures, plus adhérentes que celles de la scrofule, qui sont friables et fragiles. Les croûtes syphilitiques ont deux couleurs de

prédilection, brun chocolat foncé, ou, plus souvent, vert, vert foncé, teinte du bronze florentin. La scrofule a des couleurs plus variables, mais moins sombres, mêlées fréquemmment de tons blanchâtres, plâtreux sur quelques points.

6° Les *lésions périphériques* de l'ulcération servent aussi au diagnostic : sur la lisière de la lésion, on voit l'avant-garde du phagédénisme. Les tubercules de la syphilis et ceux de la scrofule se différencient par plusieurs caractères. Notons d'abord la différence de couleur : le tubercule syphilitique est rouge sombre, couleur « jambon » ; celui de la scrofule est rouge fauve, jaune « sucre d'orge » ; cette teinte a une haute valeur pour le diagnostic. La différence d'aspect est aussi remarquable : les tubercules scrofuleux se couvrent de squames minces, de poussière furfuracée, d'une couche pityriasiforme qui manque tout à fait dans la syphilis.

Tels sont les principaux signes objectifs que l'on peut utiliser pour le diagnostic différentiel ; ils sont nombreux, assurément, et, si on les trouve réunis, rien ne sera plus simple que le diagnostic qui s'imposera ici comme il s'impose dans la rougeole, la scarlatine, etc. Malheureusement ce ne sera pas dans tous les cas ; parfois le problème s'obscurcit, les lésions arrivent à se ressembler en perdant leur physionomie propre. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point : les plus compétents, les Ricord, les Bazin, ont reconnu que les lésions de la syphilis et de la scrofule peuvent se ressembler à tel point qu'il n'est possible à personne d'en faire le diagnostic différentiel par les signes objectifs seuls. Ce qu'ils ont consigné dans leurs écrits, je puis vous le démontrer par l'examen de ces pièces : l'une représente un lupus nasal phagédénique, l'autre une syphilide phagédénique du nez. Or ces deux pièces ne sont-elles vraiment pas identiques? Siège, configuration, étendue, coloration, aspect des croûtes, etc., rien ne manque à la ressemblance. Si nous perdions les étiquettes qui leur correspondent, je ne sais assurément pas qui pourrait rétablir le diagnostic.

B. ÉVOLUTION MORBIDE. Elle fournit un ordre de signes plus constants. Sauf des cas rares, les deux phagédénismes ont une marche différente. La syphilis implique une évolution hâtive, accélérée, galopante même. La scrofule se caractérise par une évolution lente, compassée, marquée au coin de la chronicité. Les destructions et les mutilations que fait la syphilis en quelques semaines ou quelques mois, la scrofule les produit en des années. La syphilis, passez-moi la comparaison, c'est le lièvre ; la scrofule est la tortue.

Si vous voyez un nez dévoré en l'espace de deux mois seulement, cela vous suffit pour éliminer la scrofule, et admettre la syphilis. Inversement, si l'on vous dit que la maladie a débuté depuis deux, trois, cinq, huit, dix ans, qu'elle marche pas à pas, lentement, chroniquement, vous affirmerez la scrofule. Cependant cette loi n'est pas absolument rigoureuse. La syphilis peut affecter une lenteur relative, et la scrofule avoir une évolution hâtive. Ce sont toutefois des exceptions très-rares.

C. SYMPTÔMES CONCOMITANTS. Ils jetteront, le cas échéant, une utile lumière sur le diagnostic. En présence d'un phagédénisme douteux, on peut voir coexister des accidents franchement syphilitiques ou franchement scrofuleux, qui mettront le médecin sur la piste du diagnostic. Le bon sens et la clinique vous diront qu'en général deux lésions existant sur le même sujet, il est bien plus probable qu'elles dérivent de la même diathèse. Récemment je vous ai montré, à la salle Saint-Thomas, une femme qui paraissait atteinte d'un lupus syphilitique avec de grandes arcades ; mais à la face elle présentait un lupus scrofuleux absolument caractéristique ; j'ai donc rapporté les deux lésions à la scrofule. De même à la salle Saint-Louis, on pourrait diagnostiquer un lupus scrofuleux de la face, si des exostoses syphilitiques des tibias n'avaient été des arguments décisifs en faveur du diagnostic de la syphilis, confirmé, d'ailleurs, par les effets rapides du traitement spécifique.

D. ANTÉCÉDENTS MORBIDES. Ils sont la base du diagnostic. Il faut toujours les rechercher avec soin, car ils peuvent nous apprendre que le malade a eu la vérole à telle ou telle époque, ou qu'il a eu déjà des accidents scrofuleux. On peut alors, en toute probabilité, rattacher les lésions actuelles à cette diathèse. Mais il y a des causes d'erreur dont je citerai les trois principales : 1° la possibilité de la coexistence des deux diathèses : il est évident que rien n'empêche un scrofuleux d'avoir la syphilis ; ce cumul n'est que trop permis et trop fréquent ; 2° la possibilité de l'existence d'une syphilis ignorée, méconnue ou dissimulée. C'est l'éternelle histoire des syphilis ignorées, dont nous voyons ici de nombreux exemples ; 3° la possibilité de l'apparition d'une scrofule fixe primitive, qui, au lieu de marcher étapes par étapes, des accidents les plus légers aux plus graves, se localise immédiatement en provoquant des accidents graves d'emblée, non précédés ni suivis de manifestations scrofuleuses, à la façon de la syphilis, qui peut d'emblée arriver aux lésions tertiaires.

E. EXAMEN GÉNÉRAL DU MALADE. — L'âge du malade fournira une première indication capitale. Le phagédénisme scrofuleux est presque exclusivement l'apanage de l'enfance et de l'adolescence, il a son grand maximum entre quinze et vingt-cinq ans. Inversement le phagédénisme tertiaire apparaît à un âge plus avancé ; il faut avoir dépassé l'âge auquel d'habitude on attrape la vérole, et avoir vieilli assez pour arriver à la période tertiaire. Si vous voyez un phagédénisme chez un enfant ou un adolescent, vous penserez à la scrofule, et, chez un sujet de trente, quarante-cinq ou cinquante ans, la syphilis est indiquée. Ce ne sont, bien entendu, que des présomptions, car vous n'ignorez pas que le phagédénisme syphilitique peut atteindre des enfants qui sont entachés de syphilis congénitale, ou qui l'ont gagnée en nourrice, etc., de même la scrofule a ses manifestations tardives dans la vieillesse.

La *constitution* du malade, son tempérament, son habitus extérieur, sa personnalité, en un mot, sont des indices utiles. Sans doute la syphilis frappe tous les tempéraments ; mais la scrofule a sa constitution propre et son tempérament ; elle choisit ses victimes. Vous la reconnaîtrez à l'aspect extérieur du malade, aux lèvres épaisses, à la coloration rosée ardente du visage, à la fraîcheur du teint qui est l'apanage de ce que l'on a appelé la beauté scrofuleuse, au refroidissement des extrémités, aux engelures, aux glandes cervicales, etc.

Ici se termine l'exposé des éléments d'ordre clinique qui serviront à vous tracer le diagnostic différentiel entre le phagédénisme scrofuleux et le phagédénisme syphilitique. Ils vous suffiront dans les quatre cinquièmes des cas. Mais, en dépit de cette richesse d'indications, il vous restera un cinquième des cas où vous n'aboutirez qu'à des présomptions sans pouvoir juger définitivement le débat entre la scrofule

et la syphilis. Dans les cas de ce genre, quand le médecin se trouve à bout de l'arsenal séméiologique, il lui reste une ressource précieuse qu'il ne doit pas négliger pour le salut des malades, c'est l'épreuve thérapeutique. Il doit alors administrer le traitement spécifique de la vérole comme critérium, comme pierre de touche du diagnostic. Il jugera la nature de la lésion par les effets du traitement. S'il constate une action curative rapide, il est légitimement autorisé à juger la lésion d'origine syphilitique. S'il n'observe aucun effet, il peut mettre la syphilis hors de cause.

Il faut recourir à cette épreuve dans un bon nombre de cas, dans les cas douteux, quand, en dépit de tous les signes, il reste la moindre incertitude, la moindre arrière-pensée. C'est une règle absolue; cette médication s'impose au médecin comme un véritable devoir professionnel. Le médecin ne doit laisser échapper aucune des chances qui peuvent être utiles à son malade. On ne peut, d'ailleurs, lui faire à ce propos aucune objection; le traitement spécifique est dans tous les cas inoffensif. Employé avec circonspection, il ne peut jamais nuire. Voit-on l'iodure de potassium, et même le mercure, nuire aux scrofuleux, quand on le leur administre pendant une aussi courte durée? Et, s'il s'agit de syphilis, la guérison est assurée,

En tout cas, la médication spécifique est donc, à tous égards, indiquée dans les cas douteux de phagédénisme.

---

## SECTION TRAUMATIQUE DU TENDON D'ACHILLE

ÉCARTEMENT DES EXTRÉMITÉS TENDINEUSES D'ENVIRON 8 CENTIMÈTRES; RÉUNION TROIS JOURS APRÈS L'ACCIDENT; GUÉRISON.

Par le docteur PAQUET (de Roubaix).

Au mois de septembre 1876, je fus appelé à Linselles chez un contre-maître de l'établissement de M. Lefebvre, qui avait eu le tendon d'Achille divisé trois jours auparavant en passant le pied au travers d'une glace-dalle d'un centimètre et demi d'épaisseur.

M. le docteur Bonenfant, immédiatement appelé après l'accident, avait parfaitement rempli les indications de maintenir le pied dans l'extension forcée au moyen de la pantoufle de J.-L. Petit et d'immobiliser le membre inférieur.

Je fus mandé le quatrième jour au matin, après l'accident; la plaie cutanée était cicatrisée; absence d'accidents locaux et généraux. En examinant attentivement la région lésée, on y découvrait une dépression longitudinale de 8 centimètres, en forme de gouttière, et large de 3 centimètres, limitée en bas par un bourrelet dur, résistant, qu'il était aisé de reconnaître pour l'extrémité inférieure du tendon divisé; en haut, on ne pouvait parvenir à trouver l'extrémité du tendon.

Le blessé me priait de remédier à cette infirmité; j'y consentis d'autant plus volontiers qu'il était en bonne santé, vigoureux et entouré des meilleurs soins; j'étais aussi encouragé à faire la réunion des bouts tendineux, connaissant les succès de réunion dans les cas de sections tendineuses traumatiques, même anciennes.

Aidé de mon collègue, je pratiquai une incision longue de 6 centimètres, parallèle à la direction du tendon d'Achille; cette incision ne mit pas à découvert l'extrémité tendineuse supérieure; mais on pouvait la sentir en introduisant le petit doigt dans une sorte d'étui constitué par la gaîne du tendon; je l'attirai en bas au moyen d'une pince à griffe et je pus constater qu'elle présentait un renflement annulaire de 1 millimètre.

Pendant qu'un aide imprimait au pied un mouvement d'extension forcée, je traversai le centre des deux extrémités tendineuses, ainsi que les parties latérales, à 1 centimètre de la surface de section, par des fils à ligature cirés dont les chefs furent ramenés au dehors.

La piqûre du tendon fut très-douloureuse, au point que le blessé me suppliait de ne pas continuer; mais je dois faire observer qu'elle fut passagère. Je dois aussi faire remarquer que les deux extrémités tendineuses ne purent être affrontées exactement; il y avait entre les deux sections tendineuses un écart de 1 à 2 millimètres.

Après en avoir fait la suture tendineuse, je recouvris le tendon des feuilles de la gaîne synoviale et des lambeaux cutanés en les maintenant immobiles par des sutures entortillées qui n'intéressaient que la peau.

La plaie fut ensuite recouverte d'une mince couche d'ouate sur laquelle fut fait un badigeonnage au collodion, formant occlusion; le pied fut maintenu dans l'extension forcée et le membre inférieur dans l'immobilité complète.

Les jours suivants, il y eut suppuration; celle-ci fut évacuée par une petite fenêtre pratiquée à la carapace collodionnée, puis refermée par une nouvelle application de collodion.

J'eus quelque crainte au sujet de la réunion; car il n'y avait eu ni affrontement, ni avivement préalable des sections tendineuses; néanmoins, au bout de onze jours, le quatorzième jour après l'accident, je pus obtenir des mouvements d'extension, et, en posant le doigt au niveau de la section, on pouvait s'assurer, dans les mouvements du pied, que le tendon suivait ces mouvements.

Le pansement fut alors relevé, et je trouvai, presque à la superficie du tendon, les anses de fil que j'y avais implantées profondément pour la suture. La guérison était obtenue le vingt-sixième jour après l'accident; malgré l'apparence de solidité de la cicatrice tendineuse, je recommandai au blessé de continuer à garder le repos.

Sans tenir compte de mes avis, il rentra à l'atelier, et, pour gagner un pari, il souleva un poids d'environ 100 kilos; au moment de déposer cette charge sur un camion, un craquement se fit entendre, il y avait rupture du tendon d'Achille; chose remarquable, la rupture n'eut pas lieu au niveau de l'ancienne section, mais à 1 centimètre environ au-dessus d'elle.

Inutile de dire que la guérison s'ensuivit au bout de quelques jours.

Cet accident fut pour nous une bonne fortune : c'était l'occasion d'observer ce qui se passe dans la régénération du tendon sans affrontement complet des extrémités divisées.

Nous pouvons comparer ce qu'on observe dans ce cas à la réunion osseuse après une fracture avec déplacement; il se formerait un cal tendineux, au centre duquel se régénère le tendon, la portion périphérique au tendon étant destinée à disparaître avec le temps. En effet, en revoyant notre blessé huit mois après l'accident (25 mai), nous avons pu observer que le gonflement périphérique au tendon avait disparu, et, autre fait important, que le tendon était mobile sous la peau, malgré le travail qui avait suivi la réunion.

*Résumé.* — 1° La piqûre du tendon d'Achille est très-douloureuse; la douleur est passagère.

2° La réunion des sections tendineuses s'effectue, alors même qu'il n'y a ni avivement ni affrontement exact.

3° Le tendon d'Achille est susceptible de redevenir mobile sous la peau, alors même qu'il y a eu suppuration de la plaie.

4° Il y a un cal tendineux dans la réunion secondaire analogue au cal osseux.

5° Les appareils des auteurs sont inefficaces quand il y a division complète du tendon, d'autant plus qu'il y a tendance constante à l'écartement.

---

## PUSTULE MALIGNE

TRAITÉE PAR LE CAUTÈRE ACTUEL ET LE SUBLIMÉ CORROSIF,

Par le docteur Léon SORBETS, d'Aire (Landes).

Mme L..., âgée de cinquante-huit ans, éprouve, vers onze heures dans la nuit du 10 au 11 juillet 1879, une vive démangeaison sur la face dorsale de la main droite, avec lourdeur du bras et gonflement de la main.

Appelé vers sept heures du matin, le 11 juillet, je constate l'existence d'une petite tumeur noirâtre placée au centre d'un œdème douloureux de la main. La malade, accusant de la douleur qui irradie le long de l'avant-bras, est en proie à une anxiété assez vive.

Immédiatement je cautérise profondément et avec énergie la pustule à l'aide d'un cautère allongé rougi à blanc. De la sérosité s'écoule le long du cautère. Applications de compresses trempées dans l'eau froide, et main et avant-bras recouverts de feuilles fraîches de noyers.

Vers onze heures, nouvelle et profonde cautérisation. Eau froide et feuilles fraîches de noyer.

L'œdème de la main a gagné l'avant-bras. Pouls à 100. Temp. axillaire 39° : soif vive. Douleurs dans les bras, les jambes; frissons erratiques.

Enfin, à quatre heures, le cautère est encore appliqué sur la petite tumeur noirâtre.

Chaleur générale. Temp. axillaire à 40°. Pouls à 120. Bouffées de chaleur pénible. Administration de 0g,60 centigrammes de sulfate de quinine comme antiseptique et antipyrétique.

A dix heures du soir, application sur la tumeur cautérisée d'un petit carré de sparadrap de diachylon sur lequel j'ai déposé, après l'avoir préalablement chauffée, une petite couche de *sublimé corrosif*, le tout maintenu par des bandelettes de taffetas agglutinatif.

Le 12 juillet, ce topique enlevé à sept heures du matin a produit un excellent résultat. La fièvre est tombée, 84 pulsations : la température diminuée 38°, et l'œdème, de dur qu'il était, présente une certaine mollesse. Le pansement consiste à laver la plaie avec de l'huile d'olive, et en un cataplasme de farine de graine de lin.

A onze heures, lors de ma seconde visite, je constate une grande amélioration dans l'état local et général. La pustule ne s'est pas agrandie : l'eschare occupe le centre de la plaie : gonflement et rougeur de la main diminués.

0g,60 centigrammes de sulfate de quinine administrés le matin.

Le 13, eschare formée, régulière : rougeur et gonflement non douloureux de la main.

Manuluves avec décoction de feuilles de noyer : cataplasmes. Pouls à 80. Temp. 38°. Purgatif salin.

Le 14, nouvelle cautérisation au fer rouge : manuluves avec décoction de feuilles de noyer.

Le 15, vive névralgie lombo-abdominale du côté gauche. La douleur est si vive qu'elle arrache des cris à la malade.

Injections hypodermiques à l'aide de la seringue de Pravaz, et avec chlorhydrate de morphine.

Les 16 et 17, douleurs névralgiques terminées. Main améliorée.

Le 18, chute de l'eschare. Légère hémorrhagie par la plaie, état général satisfaisant : la malade se lève. Constipation. Purgatif salin.

Les 19, 20 et 21 la convalescence s'établit, et la cicatrisation de la plaie est complète après quelques jours de repos.

Une remarque importante doit être faite à propos du *sublimé corrosif*. Littré et Robin (*Dict. de Nysten*, 11e édition, page 288) disent que c'est un véritable protochlorure de mercure, appelé à tort bichlorure ou deutochlorure de mercure ou chlorure mercurique. Pour éviter toute équivoque, nous lui avons conservé le nom de sublimé corrosif.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 août 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### COMMUNICATIONS

**De l'incision transversale du voile du palais, pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens.** — M. Bœckel (de Strasbourg) a eu l'occasion d'employer quatre fois cette méthode comme opération préliminaire pour l'extirpation des polypes pharyngiens. Cette incision transversale, d'une longueur de 2 à 3 centimètres, permet de voir le pharynx aussi bien que la base du crâne ; en outre, pendant le cours de l'ablation du polype, le sang ne coule pas dans la gorge, et reflue plutôt par les narines. La tumeur enlevée, M. Bœckel suture la plaie du voile du palais, qui généralement se réunit par première intention. Il a même vu cette plaie se fermer rapidement, sans sutures : l'incision du voile se pratique soit avec le bistouri, soit avec le thermo-cautère.

**Uréthrotomie.** — M. Horteloup rapporte l'observation d'un homme de quarante-deux ans, qui entra dans son service pour une tumeur du périnée qui n'était autre qu'un abcès urineux. Cet homme a fait autrefois une chute sur le périnée, il en était résulté une fistule urinaire qui avait fini par se fermer. Lorsque ce malade entra à l'hôpital, M. Horteloup ne put introduire dans sa vessie qu'une bougie n° 6. Quelques jours après, il pratiqua l'uréthrotomie externe. Le malade présentait des accidents de néphrite, il fallait donc intervenir promptement. Le résultat de l'opération fut des plus satisfaisants ; la miction devint facile, et l'on pratiqua la dilatation graduelle du canal, qui fut obtenue sans difficultés. Un mois après, M. Horteloup passait facilement dans le canal une bougie n° 42. La guérison s'est maintenue depuis. Il fit, dans ce cas, l'uréthrotomie sans conducteur. Pour aller à la recherche du canal, M. Horteloup, au lieu d'une seule incision verticale sur le périnée, fait deux incisions courbes qui se rejoignent en avant, sur la ligne médiane.

**Fracture provoquée par le chirurgien comme moyen de ramener les mouvements à la suite d'une luxation de l'épaule non réduite.** — M. Desprès propose ce procédé, qui pourra paraître audacieux, mais qui, dans deux cas, a donné de bons résultats. Ce procédé consiste à fracturer l'extrémité supérieure de l'humérus, et à placer simplement le membre dans une écharpe, sans l'immobiliser. Dans les deux cas, il s'est produit un cal osseux. Néanmoins l'une des malades, âgée de cinquante ans, a recouvré une partie de ses mouvements ; l'autre est encore en traitement. M. Desprès pense donc que, dans les luxations anciennes irréductibles, le chirurgien est autorisé à fracturer l'extrémité supérieure de l'os.

M. Duplay croit que la mobilité obtenue chez la malade de M. Desprès est due à un cal fibreux qui s'est formé entre les deux fragments.

M. Terrier repousse la pratique de M. Desprès, parce qu'elle ne repose que sur deux faits, et qu'ensuite il n'est pas facile de fracturer l'humérus en un point voulu.

**Des mydriatiques contre les récidives du strabisme** (1). — M. Boucheron rappelle à la Société qu'il lui a soumis, le 17 juillet 1878, un nouveau procédé de strabotomie, basé sur la disposition particulière des adhérences aponévrotiques des muscles droits avec la capsule de Tenon. D'après M. Boucheron, la clef de la strabotomie consiste dans la section proportionnée au strabisme des adhérences du muscle droit, avec la capsule de Tenon.

Les résultats obtenus après soixante strabotomies pratiquées par ce procédé justifient les conclusions énoncées dans le premier mémoire.

Dans deux cas où les malades étaient menacés d'une *récidive* de leur strabisme, parce que l'opération avait laissé un peu de strabisme intermittent, l'auteur a utilisé un moyen très-simple qui fit cesser la tendance à la récidive.

Chez les jeunes enfants atteints de strabisme convergent, intermittent, M. Boucheron emploie les instillations suffisamment prolongées d'atropine pour guérir sans opération ce strabisme commençant. Le mécanisme de cette guérison est le suivant : les yeux affectés de strabisme convergent sont généralement hypermétropes. Ils em-

(1) Comptes-rendus de l'Académie des sciences (séance du 17 mars 1879), *Pathogénie et traitement sans opération du strabisme convergent intermittent par les mydriatiques et les myosiques.*

ploient pour la vision de près un excès d'accommodation auquel correspond un excès de convergence, d'où le strabisme. *Comme l'accommodation gouverne la convergence,* en supprimant l'accommodation, on supprime du même coup la convergence et le strabisme, pourvu que le strabisme soit intermittent, c'est-à-dire qu'il n'y ait pas encore de rétraction vicieuse des muscles, auquel cas l'opération est nécessaire.

Mettant à profit ces notions physiologiques et thérapeutiques, M. Boucheron a instillé de l'atropine à ses opérés encore enclins au strabisme intermittent, et la guérison définitive s'est effectuée chez un enfant en un mois et demi, chez un adulte en deux mois.

#### PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. REVERDIN (de Genève) présente : 1° une aiguille à suture, qui est une heureuse modification de l'aiguille de Bruns ; 2° un pulvérisateur composé de trois poches de caoutchouc, d'une application très-pratique et très-commode, mais qui a pour inconvénient de mouiller un peu trop les parties sur lesquelles on dirige le jet.

La séance est levée à cinq heures un quart.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 11 août 1879, un concours s'ouvrira le 15 février 1880, pour un emploi de chef des travaux chimiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— *Hôpitaux de Paris.* — *Concours de l'internat.* — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 8 octobre, à *midi précis*, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie, de deuxième et de troisième année, sont prévenus qu'en exécution du règlement ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptées, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 4 septembre jusqu'au mardi 23 septembre inclusivement.

*Concours de l'externat.* — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le jeudi 9 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 6 septembre jusqu'au samedi 27 du même mois inclusivement.

*Avis spécial.* — Les candidats qui justifieront de leur engagement volontaire d'un an à partir du 1er novembre prochain seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Les engagés volontaires qui doivent être libres le 1er novembre prochain, et qui se seront fait inscrire pour prendre part au concours, seront appelés à subir la première épreuve à partir du 12 novembre.

— Le dimanche 31 août 1879, il sera procédé, dans l'une des salles de la mairie du 19me arrondissement, à l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance.

Le scrutin sera ouvert à midi, et fermé à quatre heures.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Études de biologie comparée basées sur la nutrition et l'évolution,** anatomie et physiologie, par le docteur Gaëtan DELAUNAY. 2 vol in-8°. — Paris, Ve A. Delahaye.

**De l'action physiologique du salicylate de soude sur la calorification, la circulation et la respiration,** par le docteur H. OLTRAMARE, ancien interne des hôpitaux de Lyon. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Octave Doin.

**De l'herpès traumatique,** par le docteur Paul ROUX. Gr. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Octave Doiu.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8584.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une communication de M. Personne sur un sesquioxyde de fer soluble, dit dialysé, puis une série de rapports sur des remèdes secrets ou nouveaux ont rempli cette courte séance.

Dr Victor REVILLOUT.

## HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

### Accidents produits dans une fabrique par l'emploi de l'essence de térébenthine.

I

Dans la salle des femmes accouchées, se trouve une fille âgée de vingt-huit ans, atteinte d'une anémie profonde : on est frappé de la pâleur de son visage, de la décoloration des muqueuses, de son amaigrissement. Comme on peut bien s'y attendre, on trouve un souffle continu intense dans les vaisseaux, de même à la base du cœur. Le pouls est mou, dépressible, brusque ; néanmoins on ne constate aucune altération d'organes, les fonctions digestives se font d'une façon normale et satisfaisante. On est immédiatement amené à rechercher les causes de cette anémie excessive. On pourrait d'abord l'attribuer à une perte de sang considérable qu'elle a éprouvée il y a quelque temps, à la suite d'un accouchement prématuré, survenu au sixième mois de sa grossesse. Cependant, depuis cinq semaines, elle se trouve rétablie et dit qu'elle se sent à peu près dans le même état qu'avant sa grossesse et son accouchement.

Il faut donc chercher ailleurs l'explication de cette anémie qui se chiffre par un nombre exceptionnellement faible de globules sanguins, sans augmentation du nombre des globules blancs, et avec cette seule circonstance particulière qu'il y a une quantité considérable de globulins.

Cette femme travaille depuis l'âge de onze ans, c'est-à-dire depuis dix-sept années, dans une fabrique de parapluies ; elle est occupée au vernissage des tiges de fer employées pour cette fabrication. On croirait, au premier abord, que c'est là une profession bien inoffensive, et c'est là cependant que nous allons trouver des conditions insalubres tout à fait exceptionnelles. En effet, dans le cours de ces dix-sept années, cette fille raconte qu'elle a vu passer dans cet atelier plus de cent à cent cinquante ouvrières ; une seule a échappé aux accidents graves que produit cette occupation, et cette privilégiée, c'est elle-même. Son travail consiste à tremper dans une cuve étroite, remplie de vernis, les tiges de fer, puis à les déposer parallèlement sur des claies que l'on porte ensuite au four pour les sécher.

Le vernis est constitué par de l'essence de térébenthine, une matière grasse et du noir de fumée. L'essence de térébenthine a le rôle le plus important; elle y entre pour plus d'un tiers.

Les tiges de fer vernies sont déposées dans l'atelier ou dans le four, qui aboutit aussi à l'atelier, de façon que l'évaporation de l'essence de térébenthine se produise. Or, par une nécessité fort malheureuse de la fabrication, on ne peut ventiler l'atelier parce que le vernis, desséché trop vite, perd ses qualités. Il faut, de plus, entretenir, été comme hiver, une température élevée dans ce local. On peut évaluer à plusieurs kilogrammes la quantité d'essence de térébenthine ainsi évaporée quotidiennement. Sur trois ou quatre femmes qui sont employées à ce travail, il y en a toujours une qui est plus ou moins gravement malade, et obligée d'interrompre son travail. Aucune des ouvrières qui entrent à l'atelier n'est restée deux jours sans éprouver des accidents, vertiges, maux de tête, coliques très-violentes, dès les premiers moments. Puis, si l'intoxication continue, surviennent des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements et des attaques : la malade pousse un cri, tombe à terre, se raidit, se tord, présente des secousses souvent d'un seul côté du corps, fait entendre des râles, des ronflements, écume, puis revient à elle. Ces attaques se répètent à de courts intervalles, tous les quatre à huit jours. Aussitôt que les ouvrières quittent cet atelier pour travailler dans une autre partie de la fabrique, presque toutes sont guéries. Un très-petit nombre y restent quelque temps. Souvent, après quatre, cinq, six jours, elles s'en vont. Cependant les plus résistantes continuent leur travail et s'accoutument à subir ces accès. Plus tard, si elles vont aux ateliers voisins, les accès disparaissent. Parmi les femmes qui ont travaillé dans cette salle, puis ont quitté ce travail pour aller, dans la même fabrique, faire une autre sorte de besogne, il en est deux

qui ont continué à avoir des accès, quoiqu'elles se soient soustraites à la cause de ces accidents. L'une des deux est la sœur de notre malade. Elle présente des attaques d'une autre nature que l'attaque véritablement épileptiforme que nous avons décrite, et qui est commune à toutes les malades de l'atelier. Chez cette jeune fille, âgée de dix-huit ans, l'attaque prend le type hystérique : elle a été pendant quatre années sans avoir d'attaques, elle n'avait éprouvé que l'amaigrissement considérable qui se produit chez toutes les malades, quand le premier accès est survenu. Pas de cri initial, pas de perte de connaissance, mais des mouvements très-violents et désordonnés, des crises d'excessive agitation. Telle a été la marche de l'intoxication; pendant plusieurs années elle n'a eu que ces phénomènes, puis s'est déclarée la véritable chute épileptique : elle a quitté l'atelier, mais a conservé encore maintenant ces accès d'épilepsie.

Notre malade n'a pas eu ces accidents nerveux graves; pas de troubles convulsifs. L'amaigrissement est très-rapide : les femmes les plus florissantes, dit-elle, ayant des figures de nourrices, deviennent pâles et décolorées en quatre ou cinq jours.

Un autre accident plus rare est l'amblyopie, très-prononcée chez quelques malades. Tout ce tableau nous a fait désirer de nous éclairer davantage sur l'hygiène de cette fabrique; mais vous savez que les recherches de ce genre sont difficiles à mener à bonne fin; toujours les patrons cachent aux médecins les inconvénients de leurs procédés de fabrication. Nous devons nous en tenir à ce que nous a raconté cette malade, qui, d'ailleurs, est très-intelligente et n'a pu nous tromper, car il faut avoir vu les faits qu'elle nous raconte pour pouvoir les exposer avec la netteté et la précision qu'elle a apportées dans sa narration.

Ces accidents produits par la térébenthine ne sont pas connus : on sait bien que l'essence de térébenthine est un produit dangereux, mais on n'avait guère déterminé la nature de cette intoxication.

Au commencement de ce siècle, on reconnut que la térébenthine, absorbée par le tube digestif ou par les voies pulmonaires, produisait des maux de tête et des étourdissements. On observa, en Angleterre, chez ceux qui ingéraient l'essence de térébenthine comme tænifuge, des symptômes analogues à ceux de l'ivresse. On administrait alors l'essence de térébenthine à la dose de une ou plusieurs onces (30 à 90 grammes), dose à laquelle elle agissait en même temps comme purgative.

On savait bien que les personnes qui habitent des appartements récemment peints éprouvaient des coliques violentes et des céphalalgies intenses. Mais on attribua ces accidents au plomb renfermé dans les vernis. On remarqua même que toutes les chambres récemment peintes n'avaient pas la même propriété nuisible, mais que les accidents étaient surtout marqués dans celles où les vernis renfermaient de l'essence de térébenthine. Cependant, conservant l'explication par l'intoxication saturnine, on justifia cette dernière particularité en disant que, l'essence de térébenthine étant très-volatile, elle entraînait plus facilement les parcelles de plomb, ce qu'on appelait alors les effluves saturnines.

Mialhe, le premier, comprit que le plomb n'était pour rien dans les accidents produits par l'évaporation des peintures : le plomb reste, il n'y a pas de vapeurs plombifères, tandis que l'essence de térébenthine se dégage très-abondamment dans l'atmosphère. Il prouva donc que les accidents devaient être attribués à cette essence, et non pas au plomb. Quelque temps après ces recherches, en 1856, Marchal (de Calvi) observa un fait analogue : il fit avec Mialhe des expériences sur des animaux : en les exposant à des vapeurs de térébenthine, ils déterminèrent des accidents nerveux, des troubles de la circulation, des désordres dans l'appareil cérébro-spinal, des convulsions, puis des paralysies, et même la mort en quelques heures. La térébenthine, absorbée par inspiration, produit donc des accidents graves : ces accidents étaient d'ailleurs analogues à ceux qu'avait éprouvés la dame observée par Marchal (de Calvi); il s'agissait d'une femme de trente ans, qui, ayant habité une pièce récemment peinte, avait ressenti des coliques intenses, excessivement violentes, accompagnées de maux de tête aussi douloureux. Ces accidents s'étaient arrêtés là, parce qu'on avait supprimé la cause qui les avait déterminés.

En 1861, Ménière, dans le *Journal de chimie*, publia une observation d'empoisonnement. Par un singulier hasard, on avait laissé tomber dans un puits une bonbonne de cinquante litres d'essence de térébenthine. L'eau étant devenue absolument impossible à supporter, on pratiqua le curage du puits : trois puisatiers se disposaient à cette opération. Le premier descendit dans le puits, mais, au bout de quelques instants, il se mit à crier, à vociférer, à pousser des hurlements furieux, puis, tout à coup, il se tut et s'affaissa. Un deuxième puisatier descend immédiatement pour lui porter secours : il était à peine arrivé au fond du puits qu'il est pris d'un accès violent d'hilarité, d'un rire convulsif qui cesse bientôt et est suivi d'une profonde stupeur. Le troisième ne put les retirer qu'avec beaucoup de peine, et lui-même échappa aux accidents : les deux malades furent saignés et guérirent. Sans doute, dans l'air des puits, on trouve beaucoup de gaz nuisibles; néanmoins on ne peut guère ici refuser à la térébenthine une part des accidents.

Un médecin allemand, Lirsch, a observé des phénomènes analogues chez plusieurs de ses clients : il a répété des expériences sur des animaux; des petits mammifères et des insectes sont promptement tués lorsqu'on les place dans une atmosphère saturée de térébenthine. Chez les plus grands animaux, on arrive moins promptement à la mort : on observe de l'agitation, du vertige, des vacillations en tout sens, des paralysies des extrémités des membres du train postérieur. Si l'on poursuit l'intoxication plus loin, les convulsions apparaissent, l'accélération de la respiration, etc. Il conclut à un effet névro-paralytique, analogue d'ailleurs à l'action des vapeurs de carbone.

Les hygiénistes eux-mêmes n'ont guère observé de faits se rapportant à cette intoxication : Hirtl (de Breslau) indique que, chez les vernisseurs, les peintres et les teinturiers, on trouve des coliques, des vomissements et de la constipation, par l'effet des vapeurs de térébenthine. Il croit, en outre, que ces ouvriers sont prédisposés à la phthisie; mais, comme il ne l'appuie sur aucune statistique, cette assertion purement théorique n'a guère de valeur.

Proust met en doute ces affirmations. Cependant ces faits me paraissent incontestables; car j'ai pu, sur moi-même, constater des effets analogues. N'ayant pu me faire fabriquer des instruments selon mes indications, je me décidai à les fabriquer moi-même, et je me servis de térébenthine pour les vernir. Je faisais cette besogne pendant une partie de la nuit; chaque fois, le lendemain, je ressen-

tais de violentes coliques que je ne puis guère attribuer qu'à la térébenthine, puisque je ne les ai pas éprouvées en dehors de cette circonstance.

---

### HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

#### Du rétrécissement du rectum d'origine syphilitique; son traitement.

La malade qui va faire le sujet de cette leçon est cette jeune femme de la salle du n° 2 Sainte-Adélaïde et qui est entrée dans le service il y a quelques semaines, pour un rétrécissement du rectum datant déjà d'un certain temps.

Ce rétrécissement, qui est de nature inflammatoire, et le résultat de la transformation fibreuse du tissu cellulaire sous-muqueux, peut-être même de la muqueuse elle-même, consécutivement à l'inflammation de ces parties; ce rétrécissement, dis-je, me paraît avoir eu pour origine une rectite consécutive à des chancres de l'anus.

J'appelle cela la rectite syphilitique et je donne au rétrécissement qui en est la conséquence le nom de rétrécissement syphilitique. Ce qui ne veut pas dire du tout que cette triste manifestation soit sous la dépendance de la diathèse syphilitique; mais ce qui signifie tout simplement que l'origine de la rectite est un chancre qui a amené une inflammation de l'anus, laquelle s'est ensuite étendue dans l'intérieur du rectum, soit simplement par la propagation de l'inflammation, soit, peut-être, parce qu'il s'est ajouté à l'inoculation de l'anus des circonstances mécaniques qui sont venues joindre leur action à celle du chancre.

C'est un phénomène assez bizarre, assez singulier, que cette rectite d'origine syphilitique. Certains médecins refusent de l'admettre comme telle; mais j'ai pu suivre d'assez près cette affection, alors que j'étais à l'hôpital de Lourcine, pour être convaincu que les choses se passent réellement de la sorte.

Il se produit exactement, dans ce cas, ce qui a lieu pour ce jeune homme du n° 14 de la salle Sainte-Vierge qui est entré dans le service avec une adénite sous-maxillaire et sous-mastoïdienne, avec un gonflement considérable du cou et une inflammation du tissu cellulaire périphérique extrêmement accusés; toutes ces lésions formant, par leur ensemble, un adéno-phlegmon consécutif à un gonflement avec rougeur de l'amygdale droite. Ce malade, en effet, a été traité à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Simonnet, pour des plaques muqueuses de la gorge. Eh bien, avec ces plaques muqueuses, se rattachant à l'existence de la syphilis constitutionnelle, il a eu un érythème du pharynx, une amygdalite parenchymateuse, à droite, et, sous l'influence de cette amygdalite et de cet érythème, les ganglions du cou se sont enflammés.

Cela ne veut pas dire que cet homme a un adéno-phlegmon syphilitique, mais simplement qu'il a une adénite survenue à la suite d'une des manifestations de la syphilis.

Il en est de même chez notre malade : elle n'a pas une rectite syphilitique, mais simplement une inflammation du rectum développée sous l'influence d'un chancre, c'est-à-dire d'un des modes de manifestations de la diathèse syphilitique.

Certains auteurs, et, entre autres, M. Fournier, essayent toujours de mettre la rectite et le rétrécissement du rectum sur le compte immédiat de la diathèse syphilitique et s'efforcent de combattre ces affections par un traitement spécifique. C'est une erreur. On peut bien obtenir par l'administration de l'iodure de potassium une légère amélioration de l'état local, mais on ne réussit jamais par ces moyens à rendre à l'intestin son calibre primitif.

Le rétrécissement du rectum est une affection extrêmement grave, parce qu'il retentit rapidement sur l'économie tout entière et que, malheureusement, la chirurgie n'a pour le combattre que des moyens purement palliatifs.

En effet, le rétrécissement du rectum, comme le rétrécissement de l'urèthre, d'ailleurs ne guérit pas. Comment en effet faire disparaître des modifications analogues à celles qui résultent de la transformation des muqueuses qui tapissent ces conduits en un tissu fibreux inextensible, en une sclérose, comme on dit aujourd'hui? On aura beau inventer des théories, dire que le rétrécissement du rectum consiste dans une prolifération cellulaire, dans une néoplasie, dans une sclérose, cela ne fera pas que le tissu fibreux soit remplacé par le retour à l'état normal pur et simple du tissu sous-jacent et de la muqueuse.

Ce qu'il faut bien savoir aussi, c'est qu'au-dessous, au niveau et surtout au-dessus de cet anneau fibreux inextensible qui constitue le rétrécissement, il existe presque toujours une grande exulcération due à la destruction de la membrane épithéliale qui tapisse la muqueuse et de cette enveloppe elle-même.

Je n'ose pas dire que cette exulcération se rencontre chez tous les sujets qui ont un rétrécissement; je n'ose pas dire non plus qu'elle est un phénomène aussi important que la transformation fibreuse elle-même de l'intestin, car je n'ai pas assez d'observations, par-devers moi, pour soutenir cette opinion; mais ce que je sais, c'est que, chez cinq ou six individus ainsi atteints de rétrécissement, dont j'ai eu l'occasion de faire l'autopsie, j'ai pu constater une plaie plus ou moins étendue à ce niveau.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, il est possible que certains de ces malades guérissent; mais, ce que mon esprit se refuse à comprendre, c'est la reconstitution d'un épiderme et d'un derme qui n'auraient été même que légèrement entamés par un travail ulcératif.

Puisqu'il en est ainsi, que pouvons-nous faire pour cette malade? Elle a un rétrécissement très-étroit qui admet à peine le passage de l'index; elle a des symptômes fonctionnels très-accusés de rectite au dessus, au niveau et au dessous de ce rétrécissement, savoir, des besoins fréquents d'aller à la garde-robe; elle a du ténesme, des selles liquides mélangées de pus et de sang; de l'inappétence, enfin une perturbation profonde des fonctions digestives : quelles sont donc chez elle les indications que nous devons chercher à remplir?

Nous ne pouvons pas la guérir, c'est entendu; mais nous pouvons améliorer assez l'état de cette femme, par un traitement particulier et longtemps continué, pour qu'elle recouvre l'appétit, pour que ses fonctions digestives reprennent leur activité, pour lui permettre enfin de résister à la tuberculisation qui menace tous les individus qui ont un rétrécissement du rectum.

Pour cela, il faut employer la dilatation et prescrire les toniques.

Jusqu'à ces dernières années, je me contentais de dilater le rectum quand le rétrécissement était peu étroit et peu étendu; dans le cas contraire, je faisais une série de petites rectotomies internes avec le bistouri. Maintenant, j'emploie assez volontiers le traitement qui a été préconisé par

M. Verneuil, et qui consiste dans la section complète des parties rétrécies. M. Verneuil a pensé, et non sans raison, qu'on avait par ce moyen plus de chances d'empêcher, sinon le retour du rétrécissement, du moins de prévenir une récidive rapide.

C'est à cette opération que nous nous sommes arrêté chez cette femme. Seulement, comme le bistouri dont se sert M. Verneuil expose à des hémorrhagies, comme il rend l'opération lente et douloureuse, et que, d'autre part, quand il n'y a pas de perte de substance, on arrive beaucoup plus rapidement, par le moyen suivant, à la réunion des deux bords de la solution de continuité, j'ai pensé qu'il y avait quelques avantages à substituer aux incisions avec l'instrument tranchant des cautérisations au moyen de l'appareil de Paquelin.

Jusqu'à présent les suites de l'opération ont été assez simples; la fièvre n'a pas été très-considérable, et je pense que cette malade sera moins exposée aux accidents inflammatoires, très-rares d'ailleurs dans cette région, que si nous nous étions servis de bistouri.

Si les choses se passent bien, que va-t-il résulter de cette intervention? Il va se faire un travail de réparation; les parois du rectum vont se reconstituer au moyen d'un tissu inodulaire et qui, bien qu'il doive se rétracter à la longue, donnera, je l'espère, à l'intestin, un calibre assez large pour que les fonctions puissent s'exécuter librement.

Nous aurons, d'ailleurs, à combattre la tendance de rétrécissement à se reproduire, par la dilatation employée d'une manière intermittente et continuellement. En effet, grâce à ce moyen, on réussit à entretenir pendant un certain temps une largeur suffisante pour s'opposer à la rétention des matières fécales. Pour cela, nous engagerons le malade à revenir nous voir de temps en temps, et à s'habituer elle-même à dilater son rectum au moyen d'un dilatateur que nous lui donnerons. Mais c'est une opération extrêmement douloureuse, qui exige un véritable courage, et devant lequel les femmes reculent très-souvent.

Malheureusement, nous n'agissons pas, par ces moyens, contre l'ulcération qui existe au-dessus du rétrécissement. Ils permettent cependant aux matières purulentes, qui se forment aux dépens de la plaie, de ne plus être retenues à l'intérieur et de s'écouler au dehors. Ce serait un grand avantage déjà si, en même temps, les malades n'avaient des pertes involontaires de matières fécales et si ces pertes ne les obligeaient à se garnir continuellement.

Le rétrécissement du rectum est donc une maladie grave, parce que, plus on l'étudie, plus on arrive à cette conclusion qu'on ne peut le guérir complètement. Tout ce que l'on peut faire, c'est de mettre les malades dans des conditions moins fâcheuses, de prolonger leur existence en attendant le développement des tubercules et en permettant aux fonctions digestives de s'accomplir un peu mieux.

---

**HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.** — M. Bouchut.

### Phénomènes produits par la formation des thromboses dans les sinus de la dure-mère (1).

IX

Voici maintenant deux cas de septicémie, l'un par gangrène de la bouche, l'autre par diphthérite, et un cas de cachexie scrofuleuse dans lesquels la vie s'est terminée brusquement, une fois par syncope, les deux autres au milieu de convulsions, avec perte de l'intelligence et de la sensibilité. Dans ces trois cas, la thrombose des sinus de la dure-mère a été la cause de la mort.

Obs. — *Thrombose cachectique des sinus de la dure-mère, suite de diarrhée vermineuse, de bronchite chronique et diphthérite ultime.* — G..., âgée de trois ans, entrée le 25 janvier 1879 au n° 41 de la salle Sainte-Catherine. Elle est malade depuis longtemps, a de la diarrhée avec lombrics qu'elle rend par en haut et par en bas. Elle a une bronchite chronique et dans la suite elle prend une diphthérite du pharynx. A ce moment, au bout de deux jours, elle est prise de convulsions avec déviation conjuguée des yeux en haut et à gauche. Elle meurt au bout de quelques heures.

A l'*autopsie* je trouve une thrombose jaune, ambrée, transparente, du sinus longitudinal supérieur, une thrombose noire énorme du sinus transverse et du sinus pétreux s'étendant au golfe de la veine jugulaire. Avec cela, œdème énorme de la pie-mère, suffusion séreuse des ventricules et forte congestion du cerveau.

Obs. — *Gangrène de la bouche. — Convulsions ultimes. — Œdème cérébral. — Thrombose des veines méningées. — Anémie du cerveau.* — X..., âgée de deux ans, morte le 7 décembre 1874, était entrée, salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut, pour une gangrène de la bouche, suite de rougeole. Elle fut prise de convulsions dans le côté droit pendant vingt-deux heures, et elle mourut.

La *pie-mère* est exsangue, infiltrée de sérosité comme les ventricules latéraux, dont les plexus choroïdes sont pâles, décolorés, privés de sang. L'anémie de la pie-mère et du cerveau sont très-remarquables. Il y a seulement à la surface de l'hémisphère gauche quelques veines méningées où se trouvent des caillots, mais il n'y a rien dans les sinus.

Pas de tubercules du cerveau.

Les *poumons* sont remplis de noyaux de pneumonie lobulaire et le cœur présente à la mitrale un peu d'endocardite végétante.

L'*œil*, étudié pendant la vie à l'ophthalmoscope, présentait une anémie du nerf optique avec état filiforme des veines de la rétine et anémie choroïdienne, lésions semblables à celles du cerveau.

Obs. — *Scrofule et cachexie scrofuleuse. — Convulsions finales. — Thrombose des sinus de la dure-mère.* — S..., âgée de cinq ans, entrée le 30 octobre 1875, morte le 25 janvier.

Cette enfant, entrée à l'hôpital pour une *carie du cubitus* avec suppuration de l'articulation du coude et fistule cutanée, était dans un état de cachexie considérable. Elle toussait beaucoup, avait à la partie inférieure du poumon gauche de la matité avec du souffle caverneux et du gargouillement. Elle avait de plus des alternatives de constipation et de diarrhée et le gros ventre. Après quelques semaines de séjour, elle a été prise de convulsions générales qui ont duré plusieurs heures.

Dans le fond des yeux se voyait une dilatation énorme des veines avec une névrite optique diffuse, et elle a succombé.

*Autopsie.* — Le *cerveau* présente un œdème considérable de la pie-mère, une thrombose presque générale de toutes les veines méningées. La thrombose des sinus de la dure-mère est considérable.

Le sang est généralement noirâtre, mais en certains points décoloré, jaunâtre et jaune ambré. Point de tubercule du cerveau.

Les *poumons* présentent quelques noyaux apoplectiques à gauche avec granules tuberculeux, jaunes, crus, disséminés à l'intérieur. Çà et là existent quelques tubercules crus. Dans le poumon droit, à la base, existe une pleurésie sèche avec épaississement énorme, cartilagineux ou fibreux de la plèvre. On trouve une énorme caverne vide, tapissée d'une néo-membrane organisée avec de nombreuses ouvertures communiquant avec les bronches et sans suppuration. Au-dessous de la caverne le tissu du poumon est dur, carnifié, ratatiné, percé de nombreuses ouvertures des bronches dilatées. Là se trouve un noyau tuberculeux cru. Les ganglions bronchiques sont hypertrophiés, tuberculeux.

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 juillet 1879.

Le *cœur* présente une endocardite vigilante, mitrale.

Dans l'*intestin* on trouve çà et là, au-dessous de la muqueuse non ulcérée, entre cette membrane et le péritoine, des plaques, des granulations tuberculeuses. Une de ces plaques avait bien un centimètre de diamètre.

Tous les *ganglions du mésentère* sont hypertrophiés, infiltrés de matière tuberculeuse dure comme du mastic. Point de péritonite.

Le *foie* est hypertrophié, un peu décoloré, graisseux.

L'articulation du coude est ouverte, communique largement avec l'extérieur. Les cartilages sont détruits et les surfaces osseuses à nu creusées par la suppuration et la carie.

L'extrémité supérieure du cubitus offre une cavité remplie de matière jaune, comme du mastic, entourée d'une zone osseuse d'infiltration grise, et au-delà d'une bouillie rouge, grisâtre, de la substance médullaire. L'olécrâne est presque entièrement détruit, ainsi que la partie inférieure des condyles de l'humérus.

*Angine couenneuse grave septicémique. — Thrombose des sinus de la dure-mère. — Mort. — Autopsie. — Hémorrhagie méningée.* — Célestine S..., âgée de neuf ans, entrée le 25 juillet 1878, au n° 15 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut. Morte le 28.

Cette enfant a eu deux sœurs atteintes d'angine couenneuse, guéries dans mon service, et deux frères pris de la même maladie, jointe au croup. L'un a été opéré et est mort. L'autre a guéri.

Celle-ci, qui a aujourd'hui une angine couenneuse grave, a eu, du 29 juin au 7 juillet, une angine couenneuse scarlatineuse dont elle a guéri, mais elle présente encore aujourd'hui sur les mains les traces d'une desquamation scarlatineuse. Elle était venue dans mes salles pour cette scarlatine, et c'est là sans doute qu'elle a contracté le germe de la nouvelle angine couenneuse qui la ramène et dont elle va mourir.

A son entrée, plaques blanches petites sur la luette et les amygdales sans dysphagie, mais avec adénite cervicale et fétidité de la bouche.

La maladie s'est étendue rapidement, n'a pas produit de croup, s'est compliquée d'albuminurie et de septicémie qui ont entraîné la mort en trois jours, le 28 juillet, après une crise de convulsions.

*Autopsie.* — Le *sinus longitudinal supérieur* est dans toute son étendue obstrué par un caillot fibrineux, blanc, résistant, et dans les autres sinus le sang est moitié liquide, noir, et moitié coagulé, mais les caillots sont cruoriques.

Les veines méningées aboutissant au sinus longitudinal supérieur sont également gonflées, remplies de caillots, et l'une d'elles à gauche est rompue de façon à expliquer une hémorrhagie sous-arachnoïdienne couvrant une surface de 15 centimètres environ et formant une nappe très-mince, noire au centre, rouillée à la circonférence.

La *pie mère* est infiltrée de sérosité, et le *cerveau*, un peu ramolli, renferme une notable quantité de sérosité ventriculaire.

Le *cœur* présente une endocardite végétante mitrale et tricuspide avec thrombose cardiaque, surtout marquée à droite et dans l'artère pulmonaire.

Les *poumons* sont remplis d'infarctus noirs apoplectiformes assez volumineux, de forme conique, à base tournée vers la plèvre.

*Larynx et bronches* sans fausses membranes qui n'existent que dans l'arrière-gorge et dans les fosses nasales.

Les *reins* sont hypertrophiés et la substance corticale grisâtre épaissie.

Le *foie* et la *rate* ne présentent rien de particulier.

**Cas exceptionnels de convulsions finales sans thrombose, mais avec œdème de la pie-mère et encéphalite.**

Ce que je viens de dire précédemment au sujet des convulsions finales des maladies de l'enfance causées par la thrombose des sinus de la dure-mère est la règle. Cela s'est passé ainsi 32 fois sur 35 malades. Mais on rencontre quelques cas exceptionnels où la thrombose des sinus n'existe pas et se trouve remplacée par la stase et la réplétion exagérée sanguine des sinus gênant la circulation cérébrale et produisant l'œdème de la pie-mère ou l'encéphalite, ce qui explique bien chez certains enfants les convulsions observées pendant la vie.

Voici ces faits :

Obs. — *Coqueluche. — Pneumonie. — Mort. — Convulsions ultimes. — Pas de thrombose des sinus de la dure-mère. — Congestion énorme de tout le système veineux du crâne.* — En 1871, le 18 novembre, je fis l'autopsie d'une enfant de trois ans qui, dans le cours d'une coqueluche avec pneumonie, anasarque, durant depuis longtemps, fut prise de convulsions éclamptiques et succomba au bout de six heures.

A l'*autopsie*, pneumonie avec hépatisation du côté droit et pneumonie lobulaire à gauche; partout des tubercules miliaires, gris, demi-transparents. Des granulations semblables dans le *péricarde*, le *foie*, la *rate*, les *reins*. Dans le *cerveau* et dans les méninges, point de tubercules ni de granulations; dans les sinus de la dure-mère, il n'existe pas de caillots, soit récents, soit d'une origine plus ancienne. On constate seulement l'œdème de la pie-mère.

Seules, les veines méningées, les capillaires de la pie-mère sont gorgés de sang et sans caillots; dans les ventricules latéraux, les veines du corps strié ont une dimension considérable; toute la substance cérébrale est le siège d'une hyperémie très-intense qui se révèle à la coupe par un piqueté rouge très-confluent. En somme, ce n'est qu'une congestion très-considérable du cerveau et des méninges.

Obs. — *Convulsions finales de pneumonie. — Déviation simultanée des yeux à droite. — Contracture droite, puis contracture générale. — Mort. — Autopsie. — Hydropisie méningée. — Réplétion sanguine des sinus.* — Marie D..., âgée de deux ans, entrée le 2 décembre 1873 pour une pneumonie datant de quinze jours, caractérisée par la matité et le souffle bronchique du lobe inférieur gauche et depuis hier compliquée d'état convulsif.

A part les phénomènes généraux et locaux de la pneumonie, je constate :

L'amaigrissement cachectique, le renversement de la tête en arrière, le mâchonnement des lèvres, la déviation conjuguée des yeux à droite, la perte de connaissance, de sensibilité et de mouvement volontaire, la contracture du bras droit et de la main correspondante. Sensibilité réflexe conservée.

L'*ophthalmoscope* révèle l'existence d'un double œdème papillaire avec dilatation énorme des veines rétiniennes, dilatation plus marquée à gauche qu'à droite, ce qui indique une énorme stase du sang dans les veines et dans les sinus méningés.

L'enfant vécut ainsi quinze jours. Seulement la contracture diminua un peu, et en même temps s'amoindrit la dilatation des veines rétiniennes. La déviation conjuguée des yeux cessa, puis reparut. Alors la contracture devint plus forte et plus générale; elle s'étendit aux quatre membres, et l'enfant succomba.

A l'*autopsie*, je trouvais les *sinus* gorgés de sang et toutes les veines méningées remplies et distendues, sans caillot intérieur.

Des thromboses existent dans l'artère basilaire et les sylviennes, mais sans faire d'obstruction complète.

Il existe une hydrocéphalie arachnoïdienne considérable qui soulève la dure-mère en comprimant le cerveau et dont le liquide séreux clair s'écoule à l'ouverture de la dure-mère. La quantité peut être évaluée à 100 grammes.

La pie-mère est également infiltrée de sérosité en quantité considérable.

Il y a aussi du liquide dans les ventricules latéraux qui sont dilatés, mais la quantité n'est pas très-considérable et les parois ventriculaires ne sont pas ramollies.

La substance cérébrale est ferme, partout normale, un peu congestionnée, sans hémorrhagie, sans ramollissement partiel et sans aucune granulation tuberculeuse.

Les *poumons*, qui ne renferment aucune granulation tuberculeuse, offrent, dans le lobe inférieur gauche, une pneumonie interstitielle à l'état chronique. Les autres parties sont saines, mais dans

le lobe supérieur il y a superficiellement deux petits noyaux noirs d'embolie pulmonaire.

Les *ganglions bronchiques* sont gonflés, mais non tuberculeux.

Le *cœur* offre une endocardite végétante mitrale très-légère et un peu d'endocardite aortique avec thrombose cardiaque droite.

Le *foie* est énorme et son petit lobe remplit l'hypochondre gauche. Il est jaune clair, et son tissu infiltré de graisse présente à la coupe une teinte uniforme sur laquelle on ne distingue rien de la substance normale du foie. On dirait la surface d'un morceau de marbre jaune et lisse.

Dans cette observation, les convulsions finales de la pneumonie ont été produites par la stase veineuse des méninges et par l'hydrocéphalie arachnoïdienne, seules lésions encéphaliques constatées sur le cadavre de l'enfant.

Ce qu'il y a de curieux, c'est que ces lésions ont pu être diagnostiquées à l'aide de l'ophthalmoscope, qui, révélant l'œdème papillaire et la dilatation des veines de la rétine, a permis d'affirmer que des lésions semblables existaient dans le crâne.

Obs. — *Coqueluche. — Broncho-pneumonie. — Convulsions ultimes sans thrombose des sinus de la dure-mère avec encéphalite.* — Marie D..., trois ans, entrée le 10 mars 1872 à l'hôpital des Enfants-Malades, service de M. le docteur Bouchut, salle Sainte-Catherine, n° 36. Malade depuis trois mois. Tousse en coqueluche. N'a pas eu encore de quintes depuis son entrée (examen du soir). Vomit quelquefois. N'a pas craché de sang. Pas de diarrhée.

Absence d'ulcérations sur le frein de la langue.

11 mars. — Les quintes de coqueluche ont apparu ce matin. Râles sous-crépitants aux deux bases de la poitrine. T. 38°,2.

12 mars. — Cette nuit l'enfant, après une quinte violente de toux, a été prise vers minuit de convulsions générales. Cette crise dure encore ce matin, mais à un bien plus faible degré (nystagmus, déviation conjuguée des yeux, soubresauts des tendons, etc.).

*Examen ophthalmoscopique.* — Congestion rétinienne intense. Turgescence et dilatation des vaisseaux. Stase veineuse considérable dans tout le réseau choroïdien.

*Mort* à onze heures du matin.

*Autopsie* faite à dix heures, le 13 mars (vingt-trois heures après la mort).

1° *Cœur* petit, fibres pâles. Les parois du ventricule gauche paraissent relativement plus épaisses que normales, comparées à celles du ventricule droit. La valvule mitrale présente quelques petites végétations anciennes. On en retrouve aussi, mais en plus petit nombre, sur le bord libre de la valvule tricuspide.

Épanchement de sérosité dans la cavité du péricarde, pouvant être évalué à 80 grammes, sans traces d'exsudats inflammatoires à la surface de la séreuse.

2° *Poumons.* — Les poumons sont insufflables dans toute leur étendue, sauf à la base gauche. Le poumon droit présente une particularité qui nous semble digne d'être notée : c'est sa division en quatre lobes. La partie inférieure du lobe supérieur de ce poumon paraît également hépatisée.

Engorgement des *ganglions bronchiques* (adénite caséeuse). Ces ganglions compriment surtout la bronche gauche; à droite on ne trouve qu'un seul ganglion du volume d'une grosse noisette comprimant la veine cave supérieure; celui-ci, à la coupe, est violacé, sa tuméfaction paraît de date récente.

A la base du *poumon gauche*, le parenchyme est induré par places, et à côté de lobules sains on en trouve d'autres hépatisés; quelques-uns même présentent des noyaux de matière caséeuse sans aucune trace de tubercules. (Pneumonie alvéolaire et lobulaire devenue caséeuse.) Le reste de l'organe est parfaitement sain. On trouve sur le bord postérieur du *poumon droit* quelques ecchymoses sous-pleurales.

3° *Crâne et encéphale.* — Les *sinus crâniens*, incisés tous successivement, ne présentent aucune coagulation sanguine. Les veines qui rampent dans la profondeur des anfractuosités des hémisphères sont gorgées de sang fluide sans aucun caillot.

La *pulpe cérébrale* est manifestement ramollie, mais non diffluente. On n'y trouve pas à la coupe ce piqueté sanguin si caractéristique de la congestion encéphalique. En revanche, si on essaie de détacher la pie-mère de la surface des hémisphères, on n'y parvient qu'en enlevant des lambeaux du parenchyme encéphalique. L'adhérence est manifeste et étendue.

Les deux *sinus latéraux* sont remplis de sang liquide.

Le *bulbe* n'est pas congestionné, sa consistance est normale. Les autres organes paraissent sains.

Le *foie* est un peu gros et de transformation adipeuse.

La *rate* a son volume et sa consistance ordinaires.

---

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE LAIT ET DE SUCRE

Par MM. R. Moutard-Martin et Ch. Richet.

Il s'agit d'expériences relatives au mécanisme de la mort consécutive à des injections *massives* de lait dans le système circulatoire.

Après avoir recherché quel est, dans ce cas, l'organe lésé ou la fonction atteinte, et remarqué des troubles considérables apportés au fonctionnement du bulbe, MM. Moutard-Martin et Richet se sont attachés à déterminer si la mort était due à l'arrêt du cœur ou de la respiration. Ils ont constaté que l'injection de lait poussée dans l'artère coronaire ne modifie pas la contraction de la fibre musculaire cardiaque, et par suite que l'arrêt du cœur ainsi provoqué ne pouvait être attribué à une action immédiate, directe, sur la fibre elle-même; ils ont noté, d'ailleurs, que la section du pneumogastrique permettait au cœur de reprendre ses mouvements alors qu'ils venaient de s'arrêter.

Tous ces faits sont bien en faveur d'une action sur le bulbe que viennent encore accuser les phénomènes suivants, notés après chaque injection : tels sont des vomissements, de la polyurie, des mouvements de déglutition, et, plus tard, des cris aigus, des troubles de l'innervation respiratoire, de la contracture des membres et l'arrêt du cœur. Ces différents symptômes se rencontrent dans les cas où les animaux sont tués par hémorrhagie; ils indiquent une anémie bulbaire qui est mortelle dans le cas présent, et que l'on peut rapporter à différentes causes : oblitérations capillaires dans le bulbe, dilution du sang, affinité pour l'oxygène des substances contenues dans le lait.

Au point de vue thérapeutique, l'injection intra-veineuse de lait doit donc être proscrite comme étant une opération inutile et dangereuse.

L'injection de ferment lactique a paru ne produire aucun effet.

Quant au sucre contenu dans le lait, il était intéressant de savoir si bon nombre de phénomènes observés ne devaient pas lui être rapportés, et si l'injection d'une quantité massive de sucre ne produisait pas des effets analogues à l'injection massive du lait. MM. Moutard-Martin et Richet se proposent de revenir sur ce sujet et se contentent pour le moment de signaler l'existence d'une polyurie très-marquée, et, à l'autopsie, la présence d'ecchymoses sous-endocardiques également rencontrées dans les injections intra-veineuses de lait.

Voici les conclusions de leur note :

1° L'injection d'une grande quantité de lait tue par anémie bulbaire.

2° L'introduction de ferment lactique dans les veines d'un animal paraît être sans effet.

3° L'injection de solutions concentrées de sucre tue par anémie bulbaire.

4° Le lait injecté dans le système veineux n'a aucune action immédiate sur la circulation pulmonaire, ni sur la contractilité musculaire, ni sur les centres nerveux cérébraux ou les nerfs.

5° Le sucre injecté dans les veines est très-rapidement excrété par

l'urine, et provoque une polyurie intense et une sécrétion intestinale abondante.

6° Les symptômes qui suivent les injections massives de lait sont des vomissements, de la polyurie, des mouvements de déglutition et plus tard des cris aigus, des troubles de l'innervation respiratoire, de la contracture des membres et l'arrêt du cœur.

7° A l'autopsie des animaux morts par injection de lait ou de sucre, on constate une congestion intestinale marquée, et, d'une manière constante, des ecchymoses sous-endocardiques.

8° Au point de vue thérapeutique, l'injection de lait est une opération inutile, dangereuse, qu'il faut absolument proscrire.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 août 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend une série de brochures envoyées par M. le docteur Onimus pour le concours du prix Desportes.

### PRÉSENTATION

M. Chatin présente, au nom de M. Trouette, une brochure intitulée : *De l'introduction et de l'acclimatation des quinquinas à l'île de la Réunion.*

### COMMUNICATION

M. Personne communique à l'Académie le résultat de ses recherches sur les préparations de fer dit dialysé. Ce qu'on nomme fer dialysé est un sesquioxyde de fer, soluble en apparence, découvert il y a plus de vingt-cinq ans par M. Péan de Saint-Gilles dans le laboratoire de M. Pelouze. Cet oxyde est soluble dans le perchlorure de fer. Au moyen de la dialyse, on peut le débarrasser de ce perchlorure de fer, qui traverse par endosmose les membranes dialysantes, tandis que le fer dit dialysé ne les traverse pas. Il se fait donc alors exactement le contraire de ce qu'on croit habituellement. Le fer dialysé n'est soluble qu'en apparence. Quand on y ajoute un acide quelconque, il se précipite aussitôt, différant par là du fer réduit, du carbonate de fer, des oxydes ordinaires de fer et de toutes les préparations qui se dissolvent si aisément dans l'acide chlorhydrique, l'acide sulfurique, l'acide gastrique.

Aussi, quand on en administre à des animaux en digestion, il devient impossible de retrouver la moindre trace de fer dans les liquides alimentaires, du moins si l'on a employé du fer dialysé chimiquement pur. Le fer dialysé du commerce est loin d'avoir cette pureté. Il peut contenir un mélange de 7 à 8 centièmes de perchlorure de fer et environ 1 centième de sulfate de peroxyde de fer, sels qui sont solubles, absorbables et incontestablement actifs.

M. Berthelot exprime une opinion semblable à celle de M. Personne sur le sesquioxyde de fer, dit *fer dialysé*.

M. Hardy ne veut pas contester les résultats chimiques obtenus par M. Personne ; il dit seulement que les résultats thérapeutiques ne sont pas toujours complètement conformes à ce que semble enseigner la chimie, et que d'ailleurs fort souvent une très-petite dose de fer peut produire un effet favorable sur l'économie animale, ainsi que le prouve l'administration utile d'eaux minérales ferrugineuses contenant une très-petite proportion de fer.

### RAPPORTS

M. Planchon lit, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans observation.

A quatre heures et demie la séance est levée.

*Hôpitaux de Nancy.* — MM. Bubendorf, Ganginetty et Goubault sont nommés internes titulaires ; MM. Léchaudel et Vallois, internes provisoires.

MM. Simon, Hutin, Petit, Jacquinot, Mosimann, Bernard, Bernardy, Ricoux, Mancotel, Blocq, Doillon, Baratte, Knoll, Géhin et Valat sont nommés externes ; MM. Maguin, Krantz et Katz sont nommés externes provisoires.

**Contributions à la chirurgie des voies urinaires,** suivies de mémoires sur divers sujets de médecine et de chirurgie, par le docteur F.-G. Guillon père. In-8° de 232 pages avec figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

**Morphologie du cerveau,** pour l'étude des localisations des centres excito-moteurs des hémisphères et de l'opération du trépan, par le docteur E. Gavoy, médecin-major de première classe. In-8° avec 18 planches coloriées. — Prix : 3 francs. — Paris, Octave Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8591.

**Ce journal paraît trois fois par semaine**
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

**Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57**
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Dilatation énorme du duodénum par suite d'un étranglement interne à marche insolite. Phénomènes cérébraux; attaque épileptiforme; mort. Autopsie.

Il est plus d'un point digne de remarque dans l'histoire pathologique d'un homme qui vient de mourir, à l'âge de trente ans, dans le service de M. Delpech, à l'hôpital Necker, et au sujet duquel un diagnostic précis n'a été possible qu'à l'autopsie.

Cet homme, qui jusqu'alors habitait en Bourgogne, dans une des parties les plus saines de cette contrée réputée à bon droit pour les conditions hygiéniques excellentes qu'on y rencontre, présentait l'aspect le plus florissant lorsqu'il arriva à Paris, il y a un mois environ.

Très-robuste, capable de soulever sans peine de lourds fardeaux, ayant un embonpoint suffisant, le teint coloré, le regard clair, il paraissait jouir d'une santé parfaite.

Le lendemain de son arrivée, il fut pris de vomissements très-abondants, d'abord alimentaires, puis surtout bilieux, vomissements que toute ingestion d'un liquide quelconque ramenait aussitôt. La constipation était absolue.

Le malade, qui était descendu chez des parents, fut obligé de garder le lit, mais se préoccupa fort peu d'abord de ce qu'il éprouvait. Il était sujet, disait-il, depuis bien des années déjà, à des crises de ce genre, crises caractérisées par des vomissements et de la constipation, qui cessaient aussitôt que le cours des matières s'était rétabli et dont les plus longues avaient duré une douzaine de jours. Il s'attendait à ce qu'il en serait ainsi, cette fois, comme les précédentes.

Mais bientôt aux vomissements vinrent se joindre des maux de tête; la respiration prit un caractère particulier: elle devint lente et faible, avec de profondes inspirations par intervalles; les réponses étaient tardives; elles se faisaient attendre comme si les questions mettaient plusieurs secondes avant d'être perçues par l'intelligence; il y eut de l'agitation et du délire, surtout la nuit; le malade se levait sans motif, voulait sortir, disait des phrases incohérentes; la langue était sale, la soif ardente.

Sous l'influence de lavements additionnés de sulfate de soude, il y eut, vers le dixième jour, une sorte de débâcle intestinale avec selles abondantes. Les vomissements se suspendirent momentanément à cette époque; mais aucune amélioration dans l'état général ne s'ensuivit. Au contraire, le lendemain, cet homme, s'étant levé sans but, comme il le faisait souvent, tomba tout à coup comme une masse, en jetant un grand cri, et eut, sous mes yeux, les convulsions d'abord toniques, puis cloniques, suivies de ronchus et de stertor, qui constituent une véritable attaque épileptiforme. Quelques heures plus tard, sa mère, appelée de province et pour laquelle il avait toujours manifesté l'affection la plus vive, venait pour le soigner. Il la reconnut très-bien, mais l'accueillit avec la plus grande indifférence. Il se plaignait surtout d'un violent mal de tête, mais il n'accusait aucune douleur du côté des voies digestives.

La sensibilité et la motricité étaient également intactes. Il n'y avait pas de fièvre. Le visage avait pris un air d'hébétude qu'accentuait encore la lenteur si remarquable des réponses. Mais ces réponses étaient justes, et, malgré cette agitation délirante dont nous avons déjà parlé et qui se reproduisait par instants, surtout la nuit, l'intelligence, en somme, paraissait conservée.

Transporté à l'hôpital Necker, ce malade y fut repris de vomissements bilieux aussi incoercibles que ceux des premiers jours. Rien ne passait, pas même un peu de glace. Du reste, la température ne s'éleva pas au-dessus de 38°; le pouls ne dépassa pas 90 pulsations par minute.

La mère de cet homme et sa belle-sœur, interrogées sur les antécédents, confirmèrent pleinement ses dires. Elles racontèrent qu'à diverses reprises elles l'avaient vu ainsi pris de vomissements durant quelques jours. Au mois de janvier de l'année 1871, il avait été très-malade pendant douze jours environ. Cette maladie avait commencé par des vomissements et en même temps par une diarrhée extrêmement abondante. La diarrhée n'avait duré que deux ou trois jours, puis avait été remplacée par une constipation opiniâtre. Quant aux vomissements, ils avaient persisté jusqu'au moment où le cours des matières s'était rétabli par le bas, c'est-à-dire jusqu'au douzième ou treizième jour. Jusqu'à ce moment aucun aliment, aucun liquide nutritif n'avait pu être supporté. Mais, à partir du jour où un peu de bouillon

put être pris sans être rejeté aussitôt, la convalescence avait été extrêmement rapide; les forces s'étaient rétablies et l'embonpoint était revenu à vue d'œil.

En 1877, au mois de décembre, les choses s'étaient passées exactement de même. Au début, il y avait eu, en même temps que les vomissements, de la diarrhée, puis de la constipation. Le mal de tête avait été des plus intenses, à un point tel qu'on avait eu recours à des applications continuelles de glace sur le crâne. Vers le douzième jour, les vomissements avaient cessé, ainsi que la constipation, et le rétablissement ne s'était pas fait attendre.

Telles avaient été les deux plus graves indispositions dont on eût gardé le souvenir; mais, en outre, on se rappelait que, depuis l'enfance, cet homme vomissait parfois. Chaque année à peu près, cela lui arrivait pendant deux, trois, quatre ou cinq jours de suite. Dans l'intervalle, il digérait bien, quoique un peu lentement peut-être. Il ne se plaignait jamais de souffrir du ventre ou de l'estomac.

Après un séjour d'une semaine à l'hôpital Necker, il mourut dans la nuit, presque subitement. La veille, il n'avait pas paru être plus mal que d'ordinaire.

Comme il laissait un petit enfant et une sœur encore très-jeune, pour la santé desquels on avait des craintes, les parents consentirent à l'autopsie.

Les résultats en furent les suivants :

Du côté des centres nerveux on trouva une forte congestion des méninges cérébrales et une certaine quantité de liquide dans les ventricules. Mais la cause de la mort n'était pas là.

En ouvrant l'abdomen, on vit qu'il existait à la suite de l'estomac une poche oblongue, d'une contenance à peu près aussi considérable, constituée par le duodénum extraordinairement dilaté. Cette dilatation se terminait au niveau d'un étranglement qui paraissait complet. Une anse de l'intestin grêle, dans la partie inférieure, tout près de la valvule iléo-cæcale, avait causé cet étranglement, et par suite la dilatation du duodénum, en venant presser sur l'extrémité supérieure du jéjunum sur lequel elle passait. Cette anse intestinale était fixée à gauche, contre la partie postérieure du péritoine pariétal, par des brides fibreuses déjà anciennes et très-solides; elle se terminait à droite sur le cæcum, qui avait été déplacé de gauche à droite, de manière à se trouver très-rapproché de la ligne médiane; il paraissait comme tiraillé dans cette nouvelle position.

La masse de l'intestin grêle, à partir du point du jéjunum sur lequel portait la compression, avait beaucoup perdu de son calibre.

D'une autre part, l'orifice pylorique, très-dilaté, établissait un passage des plus faciles entre la poche duodénale et l'estomac, de telle sorte que la bile, versée dans le duodénum, refluait sans peine dans ce viscère, d'où elle était rejetée par les vomissements.

Ainsi, en négligeant la forte congestion des méninges cérébrales, phénomène surajouté et secondaire, on se trouvait en présence d'une affection, très-ancienne d'origine, qui, peu à peu, avait amené une dilatation énorme du duodénum et du pylore, et un effacement simultané, une diminution parallèle de tout le reste de la masse intestinale.

Maintenant comment faire cadrer la permanence de la lésion du tube digestif avec le maintien d'une santé excellente, interrompue seulement, à de longs intervalles, pendant quelques jours, par un étranglement aigu, pour ainsi dire ?

Comment expliquer le mal de tête, la lenteur extrême des réponses, l'air d'hébétude, l'indifférence à la vue d'une mère tendrement aimée, les caractères spéciaux de la respiration, enfin l'attaque épileptiforme, sans précédent, survenue tout à coup alors que ces symptômes, cérébraux d'apparence, étaient le plus marqués ?

Quant à l'attaque épileptiforme, je crois qu'elle est d'ordre réflexe. Les épilepsies périphériques, ou du moins d'origine extracérébrale, non encéphalique, ont été indiquées à peu près de tout temps. Dans mes leçons sur l'épilepsie dont la *Gazette des hôpitaux* a publié le résumé en 1863, j'ai montré combien vieille était l'opinion de ceux qui attribuaient à des causes tout extérieures certaines crises convulsives; j'ai spécialement mentionné, d'après d'anciens auteurs, « la survenance d'accès épileptiques à la suite de quelque éruption supprimée, de quelque ulcère cicatrisé, ou bien de certaines affections telles qu'une aménorrhée ou une jaunisse, *ou bien d'un accident telle qu'une blessure, une luxation*, ou, comme l'a vu Fabrice de Holden, l'introduction d'un corps étranger dans l'oreille ».

J'ai discuté la portée réelle de ces anciennes observations en les rapprochant du fait plus récent de Schrœder van der Kock et des expériences de M. Brown-Séquard sur la production artificielle d'une zone épileptiforme par des blessures médullaires (1).

Si une blessure, une luxation, un choc extérieur, l'excitation morbide d'un nerf périphérique peut amener des accidents épileptiformes, à plus forte raison sans doute une lésion telle qu'un étranglement interne de l'intestin. Ne sait-on pas, en effet, qu'il suffit d'un simple pincement d'un pli intestinal dans une hernie commençante pour mettre en jeu les actions réflexes les plus étendues, pouvant aller jusqu'à la perte de connaissance, peut-être plus loin?

Cette interprétation, qui convient à merveille pour l'attaque d'épilepsie, s'applique-t-elle également bien aux maux de tête, à l'hébétude, à l'agitation, au subdelirium?

Il est possible que ces symptômes relèvent surtout d'une autre cause, l'absence d'alimentation. Depuis quelques années, on a étudié avec soin le sous-délire, ou le délire accompagné parfois d'agitation vive, mais le plus souvent d'un certain degré d'hébétude, qui résulte d'une nutrition par trop insuffisante. Dans la dernière période des cancers de l'estomac, on a noté ce genre de délire, qui avait tout autant de raison pour se produire chez notre malade, puisqu'il est resté plusieurs semaines sans absorber aucun aliment.

Reste à savoir comment l'étranglement interne a pu se manifester à diverses reprises par des vomissements opiniâtres et plusieurs fois se terminer par une guérison, complète en apparence.

Je crois que l'explication de ce fait insolite se trouve dans le déplacement considérable du cæcum. L'anse intestinale, qui venait presser sur le duodénum, peut être en effet comparée à une corde fixée par une extrémité sur le cæcum, et tirée de l'autre par des brides cicatricielles qui tendaient toujours à se raccourcir. Quand le raccourcissement de ces brides avait atteint un certain degré, le passage

(1) M. le docteur Briand, dont le nom a été mal orthographié dans une précédente Revue clinique, a, depuis lors, rajeuni la question des épilepsies traumatiques par de nouvelles observations publiées, tant dans la *Gazette des hôpitaux*, années 1869, 1870, que dans sa thèse inaugurale (Paris, 1871).

des substances alimentaires entre le duodénum et le reste de l'intestin était complètement intercepté par cette corde fortement tendue ; on voyait alors apparaître tous les symptômes du pincement intestinal, puis de l'étranglement. Peu de jours après, le cæcum s'était porté de droite à gauche suffisamment pour que l'anse étranglante fût détendue, pour que les liquides contenus dans l'estomac et la poche duodénale pussent passer dans l'intestin grêle, pour qu'une digestion complète devînt possible. Alors survenait la convalescence, suivie d'un état de santé qui ne laissait rien à désirer jusqu'à une crise nouvelle, crise causée par le raccourcissement des brides péritonéales atteignant un certain degré, et se calmant après que les attaches du cæcum, tiraillées, avaient cédé de nouveau, toujours dans le même sens.

**Ulcérations occasionnées par l'inoculation du vaccin de génisse sur un sujet syphilitique.**

Voici un fait qui démontre à quel point il faut tenir compte du terrain quand il s'agit d'accidents locaux, développés à la suite d'une inoculation, de quelque nature qu'elle soit, chez un sujet syphilitique.

Le 15 juillet dernier, un charretier, âgé de soixante-trois ans, entrait à l'hôpital Necker, service de M. Blachez, salle Saint-Louis, n° 17. Il se plaignait d'une oppression qu'il rattachait à un accès d'asthme et il portait sur le bras gauche de larges plaques d'ecthyma. Cet ecthyma était de nature syphilitique. Le malade racontait qu'il avait contracté, vers l'âge de quarante ans, des chancres du gland, au nombre de quatre, et qu'il avait vu, peu de temps après, pour la première fois, apparaître une éruption tout à fait analogue à celle qu'il présentait encore actuellement. Les poussées éruptives s'étaient donc succédé à de courts intervalles depuis plus de vingt ans, sans qu'il y eût du reste jamais ni maux de gorge, ni gommes, ni exostoses, ni douleurs nocturnes ostéocopes, ni céphalalgies, etc.

Quatre jours après l'entrée de ce malade dans le service, il fut revacciné au bras droit, par trois piqûres, à l'aide de vaccin de génisse. La survenance de quelques cas de petite vérole avait motivé une vaccination générale à l'hôpital Necker.

Le bras vacciné ne présentait alors aucune trace d'éruption. Les syphilides étaient cantonnées sur le bras gauche, que le vaccinateur ne fit pas découvrir.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'inoculation, on put croire qu'elle resterait sans aucun résultat. Mais le dixième jour on vit paraître trois larges boutons d'un blanc nacré, beaucoup plus larges que les vésicules de vaccin normal et présentant une sorte d'ombilication vague, mal dessinée, très-différente de l'ombilication réelle du vrai vaccin.

M. Delpech examina ce malade avec grand soin à cette époque et les jours suivants, et c'est lui qui a bien voulu nous communiquer les détails que nous reproduisons ici.

Les trois piqûres avaient été faites sur une même ligne parallèle à l'axe du bras ; elles se trouvaient espacées de trois travers de doigt environ. Chacun des boutons devint le centre d'une zone de lymphangite qui s'étendit rapidement, et amena le gonflement de l'avant-bras et de la main.

Des ulcérations, ayant chacune deux centimètres au moins de diamètre, succédèrent bientôt aux pustules. A peu près régulièrement circulaires, elles se dessinaient sur le fond rouge constitué par l'inflammation du voisinage. On aurait pu facilement les confondre avec des chancres d'inoculation.

Quand je les vis pour la première fois, au commencement de la semaine dernière, elles étaient en voie de cicatrisation. La plus inférieure était même déjà presque entièrement fermée : mais les deux autres avaient encore 1 centimètre au moins de diamètre. Tout autour la peau était rouge ; mais cette rougeur ne s'étendait pas à plus de deux travers de doigt. La face interne du bras avait tout à fait son aspect normal ; l'avant-bras et la main étaient complètement dégonflés. En palpant la région de l'aisselle, on y sentait un petit ganglion à peine gros comme une noisette. Aujourd'hui les trois petites plaies sont guéries, mais on trouve dans l'aisselle une masse ganglionnaire dont le volume égale au moins celui d'une noix, et qui paraît formée de plusieurs ganglions.

Si, au lieu d'employer du vaccin de génisse, on s'était servi de vaccin humain, si la nature syphilitique de l'éruption qui existait sur le bras gauche au moment de la vaccination (et qui a disparu d'elle-même quelques jours plus tard) n'avait pas été aussi évidente, on aurait pu voir dans ce fait un nouveau cas de syphilis vaccinale, et incriminer l'inoculation comme cause réelle de ces ulcérations, dont elle avait été l'occasion seulement.

Il faut donc être très-prudent dans ses conclusions en pareille matière, et, quand on se trouve en présence d'ulcérations suspectes qui auraient succédé à des piqûres, rechercher avant tout si l'individu n'était pas préalablement syphilitique.

**Du traitement de la sciatique rebelle par les injections de nitrate d'argent.**

M. Damaschino a très-souvent recours à cette méthode de traitement, dont la première idée appartient à Luton (de Reims).

A l'aide d'une seringue de Pravaz, il injecte cinq gouttes d'une solution de nitrate d'argent au quart dans le tissu cellulaire sous-cutané, ordinairement au niveau du point d'émergence du nerf sciatique affecté de névralgie.

Le soulagement est immédiat, quand la guérison doit être obtenue, ce qui est le cas le plus habituel.

La névralgie cesse ; le malade ne ressent plus d'autre souffrance que la douleur, parfois très-vive, qui résulte de la piqûre et de l'inflammation locale causée par le nitrate d'argent dans le point du tissu cellulaire où il a été introduit. Il se produit autour de la piqûre un petit phlegmon, bien limité, qui souvent aboutit à la suppuration. Le pus formé s'écoule, en général, par l'orifice laissé par la piqûre, mais il est parfois nécessaire de recourir au bistouri pour lui donner une plus large issue. Il n'y a pas d'autre accident à craindre, et, comparées aux douleurs si pénibles de la sciatique, celles qui accompagnent l'évolution de ce phlegmon paraissent bien supportables quand elles subsistent seules.

C'est ainsi que les choses se sont passées chez un malade qui se trouve actuellement dans le service de M. Damaschino, à l'hôpital Laennec.

Cet homme, âgé de vingt-cinq ans, était entré, le 1er avril, pour une affection de poitrine. Deux mois plus tard, il était pris, à l'hôpital, d'une sciatique du côté gauche qui devint bientôt assez violente pour ne pas lui permettre de marcher autrement qu'appuyé sur deux cannes. La douleur était surtout vive quand, étant au lit, il essayait de se retourner sur le côté et quand il toussait.

Il raconta qu'il avait déjà eu, il y a deux ans environ, une sciatique double, qui, disait-il, était survenue brusquement, alors qu'il était dans la rue, et que cette sciatique, pendant six mois, avait persisté avec une intensité très-grande, rendant la marche extrêmement pénible (il exerçait alors l'état de ciseleur, ce qui lui permettait de rester assis presque constamment); puis, un beau jour, elle avait disparu subitement, comme elle était venue.

Mais cette dernière fois, la douleur avait débuté plus lentement, d'une façon graduelle : elle aurait mis un jour entier à acquérir toute son acuité. Il paraissait donc assez probable que la disparition n'en serait pas soudaine, si elle avait lieu spontanément.

M. Damaschino fit appliquer d'abord successivement trois vésicatoires, dont un morphiné. Mais il n'en résulta aucun soulagement. Ce fut dans ces conditions que, le 9 de ce mois, on injecta dans le tissu cellulaire sous-cutané qui recouvre le muscle fessier deux gouttes d'une solution de nitrate d'argent au quart. La douleur causée par l'injection hypodermique fut très-aiguë.

Mais il n'y eut plus, dès ce moment, la moindre trace de névralgie sciatique. Le malade eût marché aussi facilement qu'à l'état de santé sans la gêne que lui causait le petit phlegmon suppuré qui s'était développé au niveau de la piqûre. Comme l'ouverture laissée par l'aiguille de Pravaz donnait une issue insuffisante au pus formé, on ouvrit largement l'abcès, la semaine dernière, et depuis lors le malade peut aller et venir sans souffrir d'aucune manière.

Plusieurs observations semblables se trouvent dans la thèse de M. Dureau (Paris, 1877), thèse que M. Damaschino a inspirée.

Est-il nécessaire que l'injection hypodermique soit irritante pour qu'elle guérisse la sciatique?

On a prétendu le contraire ; on a cité des cas de guérison subite, à la suite d'injections d'eau pure.

Cela n'aurait en soi rien de plus étonnant que le soulagement si remarquable obtenu par M. Dieulafoy, par exemple, par l'introduction d'eau distillée en dessous de l'épiderme, en cas de rhumatisme articulaire aigu.

Mais la sciatique est une maladie dont la simulation est si facile que bien souvent on peut avoir des doutes sur la réalité de celles que l'on traite dans les hôpitaux.

Il n'en est pas ainsi, du moins, chez le malade dont nous venons de parler, et qui est entré à l'hôpital pour une maladie de poitrine dont il est loin d'être guéri.

Dr Victor Revillout.

---

**HOPITAL DU MIDI.** — M. Ch. Mauriac.

---

**Du bubon d'emblée** (1).

V

Si nous quittons maintenant le point de vue clinique pour nous placer sur le terrain de la physiologie, nous trouverons contre l'adénite virulente d'emblée des arguments qu'on n'a point encore réfutés. Comment les globules purulents pourraient-ils traverser la couche épithéliale qui recouvre le gland, le prépuce et l'anus, et à plus forte raison l'épiderme cutané? Évidemment, ce n'est pas par absorption qu'ils arriveront jusqu'au réseau le plus superficiel des lymphatiques. Par quel mécanisme traverseront-ils les parois de ces vaisseaux? Ceux-ci ne se terminent point par des bouches béantes à la surface des organes génitaux. Une pareille disposition n'a été constatée que dans les séreuses. Nous devons cette découverte aux belles recherches de von Recklinghausen, qui a démontré le premier que les vaisseaux lymphatiques du centre tendineux, du diaphragme chez le lapin, s'ouvrent directement dans la cavité péritonéale, et que ces lymphatiques, environ deux fois plus larges que les globules rouges, se laissent traverser pendant la vie et immédiatement après la mort, non-seulement par des liquides, mais encore par des particules figurées, telles que les globules du lait, des cellules sanguines, des grains de cinabre, etc. Si de pareils stomates existaient sur les parties externes de la génération, l'infection des ganglions inguinaux, soit par le pus chancreux, soit par le virus syphilitique, pourrait, en effet, avoir lieu directement et sans l'intermédiaire obligé du chancre simple et du chancre syphilitique. Mais il n'en est pas ainsi.

Il faut donc qu'il y ait effraction, déchirure, destruction des couches superposées aux vaisseaux lymphatiques, et de ces lymphatiques eux-mêmes. Mais comment se fait-il alors que le pus virulent traverse ces tissus dénudés, érodés ou déchirés, sans les inoculer et produire sur place un chancre mou avant de pénétrer dans les voies lymphatiques?

Et remarquez que cette pénétration, même quand on cherche à la produire artificiellement, n'est pas chose facile. MM. Jullien et Mollière, ayant déposé du pus chancreux sur la face antérieure de la cuisse, ont essayé, par des frictions avec le doigt, exercées pendant un certain temps, de mettre ce pus en rapport, aussi intime que possible, avec les éléments de la peau. Ils sont allés jusqu'à user les couches superficielles de l'épiderme, jusqu'à épiler la surface cutanée, sans parvenir une seule fois à faire naître la pustule chancreuse. Ce procédé expérimental n'a pas mieux réussi pour forcer les cellules de pus à s'insinuer dans les réseaux lymphatiques, puisqu'il n'est point survenu de bubon d'emblée.

Si ces vaisseaux étaient aussi perméables que le supposent les théories sur lesquelles repose la doctrine du bubon d'emblée virulent, pourquoi l'adénite chancreuse ne compliquerait-elle pas toujours la balano-posthite avec phimosis, symptomatique des chancres mous sous-préputiaux? Dans cette affection, en effet, la muqueuse glando-préputiale est baignée et comme macérée par le pus qui se trouve dans un contact incessant; presque toujours elle est dépouillée d'une partie de son épithélium. Les particules virulentes touchent presque sans intermédiaire les réseaux lymphatiques superficiels. Toutes les conditions les plus favorables à leur envahissement direct, et sans l'intermédiaire des chancres, se trouvent réunies, et pourtant l'inoculation ganglionnaire est peut-être moins fréquente dans cette affection que dans les petits chancres du filet et du limbe. N'est-ce pas là une preuve que la pénétration des cellules du pus ne peut se faire que lorsqu'il y a solution de continuité, par déchirure ou ulcération, de la paroi des vaisseaux lymphatiques?

On comprendrait moins difficilement l'infection ganglionnaire directe par l'absorption du virus syphilitique, parce que la sécrétion du chancre et des autres lésions contagieuses de la syphilis contient infiniment moins de particules figurées que le pus du chancre simple. Eh bien, là encore le bubon d'emblée spécifique ne se produit pas. Il a toujours le chancre infectant pour antécédent obligé. Et c'est un fait si solidement établi aujourd'hui que je n'ai pas voulu parler jusqu'à présent de cette variété du bubon d'emblée quoiqu'elle soit encore admise par quelques pathologistes. C'est une question jugée et sur laquelle il n'y a pas à revenir. Je pense qu'on trouvera comme moi que celle du bubon d'emblée chancrelleux l'est également, dans le même sens, et que son existence doit être rejetée.

Je pose donc les conclusions suivantes :

1° Parmi les rares observations de bubon d'emblée chancrelleux, aucune n'est complète et inattaquable.

2° Dans toutes il manque au moins l'une des conditions indispensables pour qu'on puisse admettre l'existence de cette espèce d'adénite virulente.

(1) Fin. — Voir le numéro du 14 août 1879.

3° Ces conditions étiologiques et pathologiques sont : *a.* l'intégrité, dûment constatée avant et après la contamination et jusqu'à l'apparition de l'adénite, des organes génitaux et de tout le territoire dont les vaisseaux lymphatiques se rendent aux ganglions inguinaux; — *b.* la brièveté de l'incubation; — *c.* la rapidité du processus; et enfin, comme critérium expérimental, l'inoculation.

4° Aucune donnée physiologique, aucune disposition anatomique ne permettent de croire que les cellules du pus chancrelleux puissent pénétrer directement et sans effraction dans le réseau des lymphatiques.

5° Du moment que le pus pénètre par une solution de continuité dans les lymphatiques, il est impossible qu'il ne la convertisse pas en chancre.

6° Le bubon d'emblée chancrelleux et le bubon d'emblée syphilitique ne doivent pas être admis.

Je me réservais de consacrer un chapitre à part au travail que M. le professeur Profeta (de Palerme) a publié, en 1876, sur le bubon d'emblée. Je n'en connaissais qu'imparfaitement les principales parties, lorsque j'ai écrit mon mémoire. Je savais pourtant que l'auteur concluait à l'existence du bubon et même de la syphilis d'emblée. Une autorité aussi considérable que celle de l'éminent syphiligraphe de la Sicile était bien de nature à ébranler d'avance mes convictions sur ce sujet, d'autant plus facilement que je l'avais abordé sans aucun parti pris et avec le seul désir d'arriver à la certitude, en partant de ce doute méthodique qui est obligatoire dans les questions litigieuses.

M. le docteur Profeta a eu l'obligeance de m'envoyer son mémoire, intitulé : *Bubbone ulceroso e sifilide di assalto*. Je l'ai étudié avec le plus grand soin; j'en vais exposer l'analyse et en faire la critique. Laissons de côté la question de la syphilis d'emblée; ne nous occupons que du bubon chancrelleux.

M. Profeta en rapporte deux cas où l'on n'a pas découvert de chancre préalable. Je les traduis textuellement :

« *Premier cas.* — Dix jours après avoir eu de nombreux rapports avec une prostituée de bas étage, un paysan âgé de trente-deux ans vit se développer dans l'aine gauche un bubon qui arriva peu à peu à suppuration. Le malade fut observé minutieusement trois fois et on ne lui trouva aucune lésion. Il n'en existait pas non plus la moindre trace quand, le 10 mai 1872, j'examinai avec tout le soin possible le gland, la muqueuse du prépuce, la peau de la verge et du scrotum, celle de la face interne des cuisses, du périnée, sans oublier la fosse naviculaire qui fut explorée avec une sonde et l'anus avec un spéculum. Le caractère soupçonneux de ce paysan était tel que, préoccupé de notre minutieux examen, il voulut partir après vingt-quatre heures; mais, fidèle à sa promesse de revenir, nous le revîmes à la consultation du 24 mai. Nous ne pûmes qu'aspirer avec une seringue de Pravaz, plongée dans l'abcès, du pus couleur chocolat, et nous perdîmes de vue ce malade. Son pus fut inoculé sur un sujet syphilitique, et il en résulta une ulcération dont le pus inoculé à son tour donna lieu à une seconde ulcération, et cette dernière à une troisième. Toutes les ulcérations ainsi formées prirent les caractères de l'ulcère non infectant et furent de longue durée. De semblables inoculations faites sur les mêmes sujets avec le pus d'un phlegmon ordinaire donnèrent des résultats négatifs. »

Eh bien! ce cas est-il convaincant? Non, parce qu'il est incomplet. Nous ne savons pas, en effet, combien de temps après le début du bubon le malade a été examiné par les médecins et par M. Profeta. C'est pourtant là un fait essentiel, car il pourrait fort bien se faire, si ce laps de temps était long, que le chancre, inaperçu du malade, eût eu le temps de disparaître. Quant à la période d'incubation, elle est correcte, et il n'y a rien à dire sur la nature du bubon, qui était évidemment chancrelleux. Mais la non-existence d'un chancre est loin d'être prouvée.

« *Deuxième cas.* — En décembre 1874, il se présenta chez moi L. M.., étudiant palermitain, âgé de quatorze ans, qui marchait difficilement à cause des souffrances que lui occasionnait à l'aine droite un gros bubon sur le point de s'ouvrir. Ce garçon me déclara que sa maladie était vénérienne, bien que ni lui ni moi ne fussions parvenus à découvrir la plus légère lésion, quoique nous eussions exploré à plusieurs reprises ses parties génitales et l'anus. Il fondait sa manière de voir sur ce que ses douleurs dans l'aine avaient débuté cinq jours après des rapports répétés plusieurs fois, en quelques quarts d'heure, avec une fille publique, et sur cet autre fait que deux de ses amis, qui avaient eu des rapports le même soir avec la même femme et qui étaient venus avec lui se faire visiter, avaient été affectés d'ulcères non infectants. Au moyen d'un bistouri qui n'avait pas encore servi, je donnai issue à une grande quantité de pus jaune et mêlé de lambeaux de tissu connectif mortifié, et je congédiai cet infortuné jeune homme, après avoir montré la manière de panser la plaie à un de ses compagnons de malheur qui manifestait de bonnes dispositions pour la chirurgie. Grande fut ma surprise quand, vingt-cinq jours après l'ouverture, mon client de quatorze ans revint chez moi avec une grande cavité ulcéreuse à la place du bubon, capable de recevoir une petite amande et entourée d'une douzaine au moins d'ulcères non infectants. Je calmai la colère du malade qui accusait mon incision de tout le mal, et je lui demandai si par hasard son jeune ami, qui avait assumé la responsabilité de le panser, n'avait pas déposé par inadvertance sur la plaie un peu du pus de l'ulcère qu'il avait à la verge. Il me répondit négativement; il s'était pansé lui-même dès le premier jour. »

Ce second cas est assurément, de tous ceux qui ont été publiés, le plus capable de faire croire à la possibilité du bubon d'emblée. L'incubation très-courte, la source de la contagion où deux autres individus avaient puisé des chancres simples non douteux, au même moment que le malade y contractait son bubon, le processus de ce bubon et son caractère manifestement chancrelleux : voilà bien des circonstances qui sont de nature à convaincre, si on remarque, en outre, que le cas a été observé par un médecin de premier mérite et très-versé dans la connaissance des maladies vénériennes. Il manque cependant des détails sur les antécédents de ce précoce garçon. N'avait-il rien eu avant son adénite? S'était-il exposé à la contagion? Et puis il n'est pas non plus absolument impossible que l'adénite soit devenue chancrelleuse après coup et par l'inoculation de la plaie.

Mais je laisse de côté ces objections. Prenons le fait tel qu'il est et tel qu'il nous est donné, comme un exemple irréprochable de bubon chancrelleux d'emblée.

Irons-nous jusqu'à dire, comme M. le professeur Profeta, qu'un pareil fait est tout naturel et que « le bubon ulcéreux et la syphilis d'emblée reposent sur la physiologie, l'analogie et la clinique » ?

Mais, si l'absorption du pus de l'ulcère infectant, par la peau et par les muqueuses, sans qu'il en résultât d'abord un chancre, était conforme aux lois physiologiques, pourquoi ne constaterions-nous pas ce fait tous les jours? Au lieu d'être une rareté extraordinaire, c'est par milliers que se compterait le bubon d'emblée. Aucun raisonnement ne peut prévaloir contre cette réponse que suggère toujours la minorité infinitésimale de cette dernière lésion, si tant est qu'elle existe.

Comme analogie, M. Profeta invoque les inoculations vaccinales qui ont préservé de la variole sans que des boutons se fussent manifestés au point d'inoculation. C'est une analogie qui n'a rien à voir avec la chancrelle et qui vise plutôt la syphilis. Nous n'avons donc pas à nous en occuper ici. Comme analogie plus topique, le savant professeur de Palerme invoque le fait suivant : « Chacun de nous, dit-il, observe tous les jours des boutons ulcéreux et des adénopathies syphilitiques consécutifs à des ulcères, et pourtant les vaisseaux lymphatiques restent intacts quoiqu'ils aient servi de transmission au pus ulcéreux et au virus syphilitique. Si ces deux liquides morbides peuvent traverser impunément toute la longueur d'un vaisseau lymphatique du gland à l'aine, pourquoi

prétendre qu'ils ne doivent pas traverser la peau et la muqueuse par l'ulcère ? »

Je ne vois pas à quoi conduit cette analogie très-défectueuse. Les vaisseaux lymphatiques deviennent le siège du chancre comme la peau, quand ils sont dépouillés de leur épithélium, ou que le pus séjourne dans les sinus de leurs valvules, au lieu de circuler rapidement dans leur intérieur.

Et à propos de la circulation des principes virulents dans les voies lymphatiques, M. Profeta croit qu'elle est beaucoup moins rapide qu'on ne le pense communément, et qu'il y a des cas, au contraire, qui prouvent son extrême lenteur. Il a vu une fois un bubon ulcéreux se former après la cicatrisation d'un ulcère non infectant. Ce sont là des faits qui nous fourniraient des documents précieux sur quelques points obscurs de l'histoire des chancres mous. M. le professeur Profeta rendrait un vrai service à la science en les publiant.

Comme je l'ai dit dans mon mémoire, nous ne savons pas quelle est l'incubation du bubon, c'est-à-dire combien il peut s'écouler de temps entre la pénétration du pus virulent dans les voies lymphatiques et le début de l'adénite. M. Profeta n'est pas éloigné de croire que ce pus virulent peut séjourner un temps indéfini sans produire aucun résultat. Il nous dit que Puche a vu un bubon ulcéreux se développer *trois ans après la cicatrisation* d'un ulcère non infectant. Il y a là une erreur : dans le fait de M. Puche le chancre n'était point cicatrisé quand est survenue l'adénite ; il durait depuis trois ans et était encore en pleine activité.

Je ne reviendrai pas sur les preuves cliniques dont j'ai longuement parlé précédemment.

Malgré tout l'intérêt que présente le travail de M. Profeta et la valeur que lui donne la haute personnalité scientifique de l'éminent professeur, je maintiens les conclusions par lesquelles j'ai terminé la deuxième partie de mon travail.

---

## OBSERVATION DE LIPOME

SIÉGEANT AU PLI DE L'AINE GAUCHE, ENLEVÉ AVEC L'ÉCRASEUR LINÉAIRE.

Par M. le docteur Félix Rizet.

Mme veuve D..., âgée de trente-sept ans, d'une assez bonne constitution, mère de deux enfants dont l'aîné a quatorze ans, porte depuis une douzaine d'années, dans le haut de la cuisse gauche, vers l'angle interne du triangle de Scarpa, une tumeur implantée au-dessus du point où la veine saphène interne s'abouche à la fémorale. Cette grosseur toujours indolente, sans aucune altération des ganglions de l'aine, développée sans cause connue, unique dans le reste de l'économie, pendant des années a très-peu varié ; de la grosseur d'un œuf de perdrix, elle n'inquiète ni n'incommode en rien la malade qui la porte. Il y a sept ans, elle triple de volume en quelques jours, sans que la peau en soit tiraillée ou amoindrie ; Mme D..., à la longue, s'était habituée à supporter cette tumeur dont le seul inconvénient était de provoquer sur le haut de la cuisse, après une longue marche, un érythème accompagné d'un suintement peu abondant.

Sans pouvoir fixer de date certaine, cette personne observe qu'à chaque retour des menstrues, ce corps de nouvelle formation semble quelque peu augmenter de volume et devient manifestement plus lourd. Blaes, cité par M. Broca dans son *Traité des tumeurs*, parle d'un lipome, sans indication de siége, qui augmentait visiblement à chaque époque menstruelle, et Littre, un autre siégeant à l'épaule qui s'accroissait chaque fois que le malade faisait des excès alcooliques.

Pour parer à l'inconvénient du tiraillement, cette dame se décide à faire confectionner une espèce de poche ou suspensoir prenant son point d'appui sur les reins et le haut de la cuisse, et dans laquelle elle place sa tumeur, en tout semblable à un gros œuf de poule.

Quand je vis pour la première fois Mme D..., avec mon confrère M. le docteur Bintot, c'était en 1876 ; la grosseur, à ce moment, molle, arrondie, sans pulsations, élastique et pédiculée, du volume d'un œuf de dinde, nous avait paru quelque peu réductible, et nous avions craint une communication plus ou moins directe par le fascia crebriformis ; aussi, malgré les instances de la patiente, avions-nous ajourné toute espèce d'opération.

Examinée de nouveau au commencement de l'année 1878, avec le même collègue, nous reconnûmes que, depuis notre dernière exploration, la grosseur avait presque doublé, que de plus elle s'était fortement pédiculée ; en outre, sur la peau qui la recouvrait, se dessinaient des veines nombreuses et assez volumineuses ; abandonnée à elle-même, elle descend jusqu'au tiers supérieur de la cuisse. Il n'y avait plus à hésiter ; après ce dernier examen, nous nous décidâmes à en débarrasser la malade.

Comme la peau de la cuisse chez cette femme à chairs molles était très-élastique et depuis longtemps tiraillée par cette masse, dont la vascularisation s'accentuait de plus en plus, en raison de sa forme pédiculée, nous préférâmes nous servir de l'écraseur linéaire, ayant présente à la mémoire l'observation de Cruveilhier, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, d'une tumeur graisseuse envoyant sous l'aponévrose profonde de nombreuses poussées lipomateuses.

Avant l'opération, et pour atténuer la douleur, à défaut de l'appareil de Richardson, nous entourâmes de charpie le pédicule, en projetant sur ce tampon, pendant quelques minutes, de l'éther sulfurique et en renouvelant le liquide au fur et à mesure de son évaporation.

L'écraseur une fois placé, l'opération dura vingt-cinq minutes ; nous donnions un tour de roue toutes les quinze secondes ; aucune particularité à signaler, si ce n'est toutefois, vers la fin, l'éclat de la chaîne qui fut immédiatement remplacée.

Mme D..., ne perdit pas une goutte de sang. L'opération terminée (3 avril 1878), nous réunîmes par première intention avec des épingles à insectes ; des fils de soie, un gâteau de charpie, soutenu par un spica de l'aine, complétèrent le pansement. Le 8 avril, les deux tiers de la plaie étaient presque cicatrisés, mais dès le lendemain, sans cause appréciable dans l'état général de la malade, malgré une aération parfaite, sa plaie, au lieu de son aspect rose, devint blafarde, et nous dûmes la cautériser vigoureusement avec le nitrate d'argent, car elle s'était recouverte à ses deux extrémités de membranes pultacées d'une persistance assez marquée.

Je ne m'étendrai pas sur la production ultérieure de la cicatrice, dont la marche régulière ne fut plus entravée, et ne réclama que la répression de quelques bourgeons charnus par trop exubérants ; la plaie, fermée à la date du 26, laissa à Mme D... la faculté de reprendre ses occupations dans une des plus importantes maisons de commerce de la capitale. La tumeur, pesée après son ablation, donnait 347 grammes ; elle était graisseuse, la peau qui la recouvrait n'avait contracté aucune adhérence avec le tissu cellulaire sous-cutané condensé, formant une espèce d'enveloppe peu résistante, à mailles très-lâches, produit de l'hypertrophie de plusieurs cellules. Placée sur un objet résistant, elle présentait l'aspect d'un sein de jeune fille avec sa consistance et sa souplesse, d'une densité partout égale, sans dureté aucune, contrairement à ce qui arrive, lorsque des sels calcaires se sont épanchés dans des interstices pleins de tissu graisseux. C'est pour nous un type parfait de lipome ne contenant que du tissu cellulaire adipeux.

Ce qui peut donner un certain intérêt à cette observation, c'est le siège même de la tumeur ; les lipomes se rencontrent souvent au tronc, aux épaules ; au lieu d'être pédiculés, ils sont plutôt arrondis à leur base d'implantation. Comme évolution, ce lipome a suivi la marche de leur formation, si bien décrite par Nélaton, c'est-à-dire par accroissements irréguliers et par saccades. Sa conservation à l'air libre, en raison de sa composition, aurait pu être presque indéfinie ; en effet, six semaines après son extirpation, cette tumeur avait à peine perdu quelques grammes de son poids, et la peau qui la recouvrait ne présentait aucune altération.

*Examen chimique pratiqué huit jours après l'ablation.* — Réaction acide, résultat probable de l'oxydation qui s'est produite depuis l'opération ; cette tumeur, coupée en plusieurs parties, tache le

papier comme toute matière grasse fixe. Aspect onctueux : elle semble plus jaune, plus huileuse, plus fluide que les suifs ordinaires ; remarquons ici que l'on a très-peu étudié l'aspect de la graisse pathologique ou normale.

*Solubilité*. — Complètement insoluble dans l'eau. 10 grammes sont dissous dans 20 grammes de chloroforme, il reste seulement comme résidu 0,4 décigrammes de membrane aponévrotique. Éther sulfurique à 62°. 10 grammes de cette graisse sont solubles dans 30 grammes d'éther sulfurique et laissent comme quantité et qualité un résidu identique à celui du chloroforme.

*Fusion*. — Fusible à une température qui ne dépasse pas 39°,2, point de fusion un peu inférieur à celui des suifs ordinires. Ce point, d'après Chevreul, donnerait une composition représentée par 66 0/0 d'acide oléique et 33 0/0 d'acides concrets. Chauffés à 130° pendant près d'une heure, 10 grammes de cette graisse ne perdent que 0,15, soit, pour 100, 1g,5c d'eau. Enfin l'alcool à 85° bouillant ne dissout qu'une faible portion de ce corps gras.

*Examen microscopique* (1). — Tumeur essentiellement composée de cellules adipeuses et de fibres conjonctives rares formant elles-mêmes les limites des lobules graisseux. Les cellules adipeuses sont très-volumineuses, puisqu'elles mesurent depuis 54 millimètres jusqu'à 96 millimètres. Presque toutes renferment dans leur intérieur des cristaux de margarine caractérisés par des aiguilles cristallines irradiant autour d'un point central. Il existe toutefois dans la science quelques observations de ce dépôt, entre autres celle relatée par MM. Moret et Prat, recueillie à la clinique de Sédillot, en 1878. Pour en finir avec toutes ces considérations, nous pouvons affirmer que la tumeur en question est un lipome pur, première espèce du genre lipome de la classification de MM. Cornil et Ranvier.

(1) Examen fait par M. le médecin-major Martin.

## CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL

DES SCIENCES MÉDICALES (6e SESSION).

*Règlement*. — ARTICLE PREMIER. — Le Congrès périodique international des sciences médicales (6e session, 1879) s'ouvrira à Amsterdam, le dimanche 7 septembre, à deux heures, et durera jusqu'au 13 septembre inclusivement.

ART. 2. — Le Congrès aura un caractère exclusivement scientifique.

ART. 3. — Le Congrès se composera des membres du corps médical, étrangers et nationaux, qui se seront fait inscrire et auront retiré leur carte d'inscription. Les membres du Congrès verseront une somme de 10 florins, en échange de laquelle ils recevront un exemplaire du compte-rendu des travaux de la session. Cette somme sera versée par MM. les adhérents en même temps qu'ils enverront leur adhésion; par les participants au moment où ils retireront leur carte. Les inscriptions et la distribution des cartes se feront, le 6 septembre, de midi à cinq heures; le 7 septembre, de neuf heures du matin à midi; les jours suivants, de huit heures à neuf heures du matin, dans les locaux du Congrès.

ART. 4. — Les travaux du Congrès se répartiront en dix sections.

ART. 5. — En retirant leur carte, MM. les membres se feront inscrire dans la section à laquelle ils désireront appartenir. Le comité constituera les bureaux provisoires des sections (un président et deux secrétaires). Les sections éliront leur bureau définitif.

ART. 6. — Le Congrès se réunira deux fois par jour : une première fois pour les travaux des sections, une seconde pour ceux de l'assemblée générale.

ART. 7. — Des rapporteurs désignés d'avance par le comité feront aux sections l'exposé des questions qui leur auront été départies. Cet exposé se terminera par des conclusions qui serviront de base à la discussion. Les sections disposeront du temps qui leur restera pour recevoir les communications ressortissant à la spécialité de chacune d'elles et étrangères au programme.

ART. 8. — Les séances générales seront consacrées : 1° à la communication des procès-verbaux des sections ; 2° à des communications sur des questions d'intérêt général.

ART. 9. — Les membres qui désireront faire une communication, dans une des séances générales, sur un sujet étranger aux questions du programme, devront en donner connaissance au comité, quinze jours au moins avant l'ouverture du Congrès. Le comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre suivant lequel elles seront faites.

ART. 10. — A la première séance, le congrès nommera son bureau définitif, qui se composera d'un président, de trois vice-présidents effectifs, d'un nombre indéterminé de présidents honoraires, d'un secrétaire général et de trois secrétaires des séances.

ART. 11. — Tous les travaux lus au Congrès, soit dans les sections, soit en assemblée générale, seront déposés sur le bureau. Le comité d'organisation, qui reprendra ses fonctions après la session pour procéder à la publication des actes du Congrès, décidera de l'insertion partielle ou totale ou de la non-insertion de chacun d'eux dans le compte-rendu.

ART. 12. — Le français et l'allemand sont les langues officielles du Congrès. Les séances générales seront conduites en français ; les séances des sections dans l'une des deux langues officielles. Les membres pourront également se servir d'autres langues. Lorsque le désir en sera exprimé, les communications ainsi faites seront résumées en français par l'un des membres présents à la réunion. Le temps accordé à chaque orateur sera limité à un maximum de vingt minutes. Cette disposition n'est pas applicable aux rapporteurs. Ceux-ci sont toutefois priés de rester autant que possible dans ces limites.

ART. 13. — Les règlements, les programmes et les conclusions des rapports seront publiés en français et en allemand.

ART. 14. — Le président dirige les séances et les débats suivant le mode adopté dans les assemblées délibérantes en général. Il arrête les ordres du jour en se concertant avec le bureau.

ART. 15. — Les personnes n'appartenant pas au corps médical, mais s'intéressant aux travaux du Congrès, pourront être admises par le comité comme membres extraordinaires, en versant la même cotisation que les membres effectifs. Les étudiants en médecine pourront obtenir des cartes d'admission en versant *fl.* 2,50. Ils ne seront pas admis à prendre la parole, et ne recevront les comptes-rendus des travaux de la session qu'en se faisant inscrire comme membre extraordinaire.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le *Shamrock* vient de terminer son armement au Havre. Ce bâtiment, le plus beau et le plus gros transport qui ait encore été construit en France, est surtout destiné à porter des troupes en Cochinchine et à ramener en France des malades et des convalescents.

L'hôpital proprement dit est divisé en trois parties : l'une pour les blessés, la seconde pour les malades dont l'état est grave, la troisième pour les malades moins gravement atteints de la dysentérie de Cochinchine.

On peut mettre trente-quatre malades dans les lits à roulis et cent dans le reste de l'hôpital ; cent trente-quatre convalescents trouveront place dans les couchettes de la batterie basse.

A l'avant du pont se trouve une salle dite de propreté dans laquelle on pourra donner des douches à l'équipage les jours de grande chaleur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ch. Laveran, médecin inspecteur des armées, ancien directeur de l'école du Val-de-Grâce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8599.

N° 98. — MARDI 26 AOUT 1879. 52e ANNÉE. MARDI 26 AOUT 1879. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Depaul.

### Liquide amniotique, glaires, hémorrhagies.

Vous serez souvent appelés en toute hâte auprès d'une femme qui, n'étant pas encore en travail, s'est réveillée subitement au milieu de la nuit, en se sentant mouillée abondamment. Ce flot de liquide tient, en général, à la rupture de la poche des eaux, et à l'écoulement du liquide amniotique, écoulement qui peut, comme je vous le disais dernièrement, se faire avant que les douleurs de l'accouchement se soient déclarées. Il y a des contractions utérines dont la femme n'a pas conscience, et qui suffisent parfois pour provoquer la rupture de la poche des eaux, avant que le col se soit effacé et dilaté. N'allez pas croire, en effet, que la dilatation soit faite parce que le liquide s'écoule. Au début de la dilatation du col, ses bords sont très-minces et à peine sensibles ; parfois on ne distingue que très-difficilement la petite dépression de l'orifice externe. On a cru ainsi le col effacé, et l'on a même appliqué le forceps dans des cas de ce genre. Il faut, pour être bien sûr du degré de dilatation, contourner l'orifice avec la pulpe du doigt, et introduire même l'extrémité du doigt entre les bords de l'orifice externe du col et la partie de l'œuf qui se présente, les membranes étant rompues ou non.

Lors même que l'écoulement du liquide amniotique a eu lieu prématurément, l'accouchement se fait régulièrement. Mais il importe de savoir si le liquide écoulé est bien du liquide amniotique. Les femmes peuvent perdre des eaux alors que les membranes ne sont pas encore ouvertes. Il se fait assez souvent ce qu'on appelle des hydrorrhées, à la suite de décollement de l'œuf en certains points de la cavité utérine.

Le médecin doit savoir distinguer à quelle espèce d'écoulement il a affaire.

Si le liquide présente un aspect un peu louche, si l'on y voit nager des grumeaux blanchâtres, constitués par des débris sébacés provenant de la peau de l'enfant, cela prouve qu'il était en contact avec l'enfant, et par conséquent que le liquide était contenu dans l'amnios.

Il s'écoule aussi par le vagin des glaires, des mucosités filantes, plus gluantes que le blanc d'œuf, s'attachant aux doigts de l'accoucheur et se collant au linge ; ces mucosités viennent du col utérin, et sont le produit de la sécrétion de cette série de glandes du col utérin, qui sont facilement aperçues, même à l'œil nu, sur le col de l'utérus des femmes enceintes. Ces glandes sont notablement hypertrophiées pendant la grossesse. On sent le liquide glaireux à leur surface pendant le toucher, le doigt s'en imprégnant plus ou moins, et, si la sécrétion est abondante, elles produisent un écoulement spontané. Ce liquide ne présente pas toujours la même coloration : quelquefois les glaires sont mélangées d'une petite quantité de sang, dont l'exhalation paraît intimement liée à cette production glandulaire ; quelquefois aussi, elles sont plus rosées et même rougeâtres. Dans d'autres circonstances, elles prennent un aspect jaunâtre et même jaune verdâtre : on dirait du méconium ; l'enfant n'en a pourtant point rendu, sans quoi il s'en retrouverait dans le liquide amniotique, et le doigt en ramènerait après le toucher.

Il n'est pas naturel que la femme perde du sang pendant cette période du travail : on ne doit pas voir de sang, à moins qu'il ne vienne de quelques éraillures ou de quelques tiraillements du col ; dans ces cas, on voit quelques petites gouttes de sang tout à fait insignifiantes.

S'il survenait un écoulement sanguin qui mérite l'attention, il faut immédiatement chercher d'où il peut venir. La cause en est généralement due au décollement du placenta, le plus souvent parce que le cordon est très-court.

A mesure que la tête descend sur le plancher du bassin, elle entraîne le cordon qui tiraille le placenta, et le détache de quelques-unes de ses insertions. Je me rappelle l'observation d'une jeune femme dont l'accouchement avait, jusque-là, très-bien marché : la tête venait à la vulve ; soudain du sang s'écoula entre les cuisses, en quantité égale à peu près à trois cuillerées. Je cherchai immédiatement si tout se passait bien dans la cavité utérine : je pratiquai l'auscultation, et j'entendis les battements du cœur du fœtus troublés et irréguliers. Il était évident que l'enfant souffrait ; il devenait dangereux d'attendre la terminaison régulière de l'accouchement, qui pouvait encore durer deux ou trois heures. La dilatation était complète : je persuadai vite à la jeune femme qu'il fallait terminer rapidement l'accouchement, et j'appliquai le forceps. Aussitôt l'enfant extrait, il

sortit du vagin cinq ou six caillots énormes, pesant environ deux livres. Il y avait eu décollement du placenta, et l'enfant aurait certainement succombé sans mon intervention. Il vint au monde respirant mal et étonné, mais quelques soins suffirent pour le faire respirer régulièrement.

N'oubliez donc jamais, dès que vous verrez survenir un écoulement sanguin, de vous assurer par l'auscultation de l'état de l'enfant, et, s'il y a lieu et si la dilatation le permet, hâtez-vous d'intervenir lorsque sa vie paraît en danger.

---

**HOPITAL NECKER. — M. Potain.**

**Accidents produits dans une fabrique par l'emploi de l'essence de térébenthine** (1).

II

La susceptibilité individuelle doit être aussi prise en considération : les femmes, qui ont le système nerveux plus impressionnable, devront être plus facilement intoxiquées que les individus du sexe masculin. J'ai observé ainsi une intoxication par la simple peinture sur porcelaine. Ayant été appelé un jour par un confrère pour examiner sa fille qui pâlissait tous les jours, éprouvait des coliques et des douleurs céphalalgiques, je reconnus que ces accidents pouvaient bien être attribués à l'essence de térébenthine qu'elle absorbait quand, dans ses loisirs, elle s'occupait de peinture sur porcelaine. Elle renonça à cette occupation, et les accidents disparurent.

Marchal a noté cette tolérance chez quelques-uns. Il n'est pas douteux que certains individus échappent à l'intoxication : les hommes, principalement, subiront une impression moindre. Ainsi, le seul homme qui a travaillé à cet atelier n'a pas été atteint ; mais, ce genre d'occupation ne lui plaisant pas, il quitta bientôt ce travail, qui, généralement, est laissé aux femmes.

Seule, notre malade n'a pas été sujette à l'intoxication : sans aucun doute, il faut y reconnaître l'effet de l'accoutumance, d'autant plus qu'elle s'est faite dans des conditions toutes spéciales. En effet, au début, la fabrique n'avait pas une grande extension ; lorsqu'elle est entrée, encore enfant, à cet atelier, elle n'agissait pas sur des masses de vernis comme maintenant, où c'est par milliers qu'elle compte les tiges de fer qui passent par jour dans ses mains. Auparavant elle les vernissait au pinceau ; elle employait une quantité beaucoup moindre de vernis : il se dégageait beaucoup moins de vapeurs de térébenthine. Elle s'est donc accoutumée peu à peu à cette intoxication.

Toutefois je dois faire ici une restriction formelle au sujet de l'accoutumance, dont on parle beaucoup trop. Elle n'est pas aussi complète qu'on veut bien le dire pour la plupart des poisons, et surtout pour un de ceux où on la prône le plus, pour la nicotine, il n'y a pas autant de tolérance qu'on le croit généralement. On ne s'accoutume jamais à la nicotine : les fumeurs s'intoxiquent tous les jours de plus en plus. Hier encore, j'en ai eu une preuve nouvelle. Un littérateur m'avait consulté pour des accidents complexes, nausées, vertiges, battements de cœur surtout, qu'il ressentait depuis quelque temps et dont il souffrait beaucoup. Il se croyait atteint d'une maladie de cœur : je reconnus que tous ces phénomènes étaient l'effet du tabac dont il usait largement. Il abandonna l'usage du tabac : tout allait mieux. Un ami vint le voir ; il lui offrit quelques cigares qui lui restaient du temps de sa vieille habitude : il eut le courage de s'abstenir pendant que son ami fumait. Mais, le soir, un cigare était resté ; la tentation fut violente, et il y succomba. A peine eut-il absorbé quelques bouffées qu'il se sentit horriblement malade. En effet, les anciens fumeurs n'éprouvent plus sans doute les nausées et les vomissements des novices bambins qui s'émancipent avec un cigare, mais il reste toujours une action plus profonde, celle qui agit sur le système nerveux et qui augmente progressivement son influence, à mesure que l'intoxication se continue quotidiennement. J'ai profité de cette occasion pour vous parler de l'accoutumance, parce qu'on l'exagère beaucoup trop ; revenons à l'essence de térébenthine.

Il y a, parmi les substances voisines, certaines essences qui produisent une action analogue ; c'est, par exemple, l'essence d'absinthe, dont la formule ne diffère que par $O^2$ de la formule de l'essence de térébenthine.

L'essence d'absinthe. . . . . . . = $C^{20}H^{16}O^2$.
L'essence de térébenthine. . . = $C^{20}H^{10}$

L'huile essentielle de citron est encore isomère de cette dernière.

Or, de même qu'on a attribué au plomb les effets des vernis à l'essence de térébenthine, on a, par la même erreur, attribué à l'alcool les ravages de l'absinthe. Marcé, le premier, distingua les méfaits de l'une et de l'autre substance. Il étudia les effets de l'absinthe sur les animaux : ses expériences furent reproduites par Amaury, etc. Magnan démontra aussi, par la méthode expérimentale, que l'intoxication (qu'elle se fasse par la voie stomacale, par la respiration, par l'injection intra-veineuse), amène toujours des frémissements, des secousses brusques, saccadées, limitées d'abord aux muscles du cou, puis gagnant les épaules et le reste du tronc. Si l'on pousse l'intoxication plus loin, l'animal tombe dans le trismus, le pleurosthotonos ; après les convulsions toniques, viennent les convulsions cloniques des membres, des mâchoires, l'écume à la bouche, les morsures de la langue, le stertor, les émissions d'urines et de matières fécales, en un mot l'absinthe produit à peu près l'accès d'épilepsie chez les animaux. Ces accidents se reproduisent toutes les dix ou vingt minutes ; les hallucinations sont aussi très-évidentes chez les animaux, qui aboient furieusement en se tournant dans les diverses directions où ils croient voir des êtres animés.

Chez l'homme, à la dose et à l'intensité près, les effets de l'absinthe sont analogues : mais ils ne se produisent évidemment qu'après un temps plus long. Les accidents épileptiformes arrivent et caractérisent même l'absinthisme en le distinguant de l'alcoolisme. Magnan a observé une preuve très-remarquable de cette différence chez un marchand de vins, alcoolique, qui se mit progressivement, pour exciter ses clients à la consommation, à boire l'absinthe. Les accès épileptiques, qui n'avaient pas existé auparavant, apparurent à la suite de ces excès. Soumis à un traitement dans un asile, cet homme perdit l'habitude de l'alcoolisme, les accès disparurent. Il rentra chez lui ; mais, par un entraînement fatal, il retomba bientôt dans l'alcoolisme d'abord, qui se manifesta par ses effets caractéristiques ; enfin il se livra à l'absinthe, et cette nouvelle intoxication donna lieu, une seconde fois, à la réapparition des crises épileptiformes.

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 août.

Quant à la dénutrition profonde, à l'anémie excessive que nous avons observée, elle tient surtout au mode d'absorption. Or il faut une moins grande quantité de poison pour intoxiquer par les voies respiratoires que par l'estomac. Cette assertion, qui paraît d'abord étrange, est cependant très-exacte. Pour l'essence de térébenthine, nous avons vu qu'on a pu la prescrire par onces, sans provoquer d'autres accidents que des coliques; au contraire, des ouvrières, séjournant dans une atmosphère saturée, n'en absorbent cependant que des quantités certainement plus faibles, et en éprouvent des accidents beaucoup plus désastreux. En effet, absorbée par les voies digestives, la térébenthine s'absorbe lentement et progressivement; pendant ce temps, elle s'élimine par les urines (qui prennent une odeur de violette) et par les voies respiratoires (l'haleine prend l'odeur de térébenthine). Si l'on respire les vapeurs de térébenthine, l'absorption se fait très-rapidement. Il suffit de traverser un amphithéâtre de dissection pour que les gaz intestinaux prennent une odeur de putridité caractéristique; récemment, nous traversions, à la visite du matin, pour aller de la salle des hommes à la salle des femmes, un bâtiment où les peintures étaient fraîches; il suffit de ce trajet pour nous faire absorber des vapeurs de térébenthine, et donner à nos urines l'odeur caractéristique de violette. Maîtres et élèves ont constaté cette particularité.

Si l'on observe une pareille rapidité d'absorption, et si, d'autre part, on en supprime la voie d'élimination la plus active, en plaçant les individus dans une atmosphère saturée de vapeur de térébenthine, l'élimination pulmonaire ne se fait plus, et tout le poison reste constamment accumulé dans l'organisme. C'est le cas des ouvrières dont nous nous occupons : on comprend la gravité de l'intoxication et sa rapidité.

Des accidents analogues sont dus à diverses essences émanant des fleurs. On a raconté que le mancenillier des Antilles était tellement vénéneux que, si l'on s'endormait sous cet arbre, on ne se réveillait plus. Un voyageur s'est exposé nu, sous cet arbre, recevant sur son corps la pluie qui avait passé sur les feuilles de l'arbre et qui avait dû se charger des sucs laiteux nuisibles. Cette expérience ne contredit pas complètement les assertions primitives : toutefois on peut accepter qu'il y a eu une exagération dans les effets toxiques de cette plante.

Je ne ferai que rappeler les migraines qu'on éprouve lorsqu'on séjourne dans un appartement où sont déposés des bouquets de fleurs. On raconte qu'une jeune fille, ayant reçu un bouquet de son amant, s'était endormie en gardant ce bouquet sur son lit, et qu'elle fut trouvée morte le lendemain, à côté de ce bouquet. Sans doute, ici encore, le roman a exagéré une influence nuisible qui existe certainement, mais qui ne peut guère produire des effets si tragiques. Il n'en est pas moins prudent d'éviter pendant la nuit le dégagement des diverses essences nuisibles dans des appartements où l'air ne se renouvelle pas, et qui sont d'autant plus dangereuses que le sommeil nous empêche de percevoir la sensation désagréable qui, pendant le jour, nous avertit du malaise et nous permet de l'éviter.

Il était utile d'insister un peu sur ces accidents, parce qu'ils ne sont pas connus, et que ce n'est que par la discussion qu'ils soulèvent qu'on arrivera à leur faire une place dans les études de l'hygiène des fabriques. Nous avons affaire à une industrie qui ne paraissait pas exercer d'influence nuisible sur la santé, et voilà que le hasard nous a mis sur la voie des accidents graves qu'elle détermine. Espérons que cette fabrication arrivera à modifier ses procédés. Nous avons assisté autrefois à une intoxication aussi inattendue et aussi nuisible : des ouvrières employées à jeter de la poudre de verre de cristal sur du verre préparé à cet effet, pour obtenir des préparations particulières, des verres mousseline, etc., ont éprouvé, par cette seule manipulation, des accidents saturnins très-graves; deux succombèrent à la Pitié. M. Archambault étudia cette question, et parvint à faire rendre cette manipulation moins dangereuse.

Il en est de même dans les débuts de toutes les industries; c'est pourquoi il importe de signaler et d'étudier les accidents afin que les progrès dans la fabrication des appareils soient dirigés vers les améliorations hygiéniques que nécessite la santé des ouvriers des manufactures.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Vidal.

### De la couperose.

I

Au nº 19 de la salle Saint-Jean, nous venons d'examiner un malade dont la figure présente un aspect caractéristique par sa couleur d'un rouge très-prononcé. Cet homme robuste, âgé de trente-quatre ans, exerçant la profession de tonnelier, raconte que, depuis dix-huit mois, son attention a été attirée sur la rougeur permanente qui avait apparu d'abord sur ses pommettes, au-dessous des yeux, puis qui s'était étendue sur les parties voisines, nez, joues, menton et front. Outre la rougeur du tégument, des boutons se sont élevés, formant des pustules qui se sont développées, chacune isolément suivant son évolution propre durant une dizaine de jours; lorsqu'une pustule avait disparu, elle était remplacée par une autre, et ainsi de suite.

La maladie, en effet, se continue progressivement et perpétuellement, parce que les causes occasionnelles aussi sont continuellement renouvelées.

Car cette affection, fréquente chez les tonneliers, est excitée non-seulement par les vapeurs d'alcool qui se dégagent sans cesse dans l'atmosphère où vivent les gens de ce métier, mais aussi par l'absorption d'alcooliques, qui est aussi le tribut obligé de cette profession. Cependant il ne faudrait pas croire que la couperose soit le partage des gens qui boivent beaucoup; on la rencontre aussi chez des hommes et des femmes qui mènent une vie très-sobre. Pour les gens du monde, c'est à tort que la couperose, qu'ils diagnostiquent facilement, est considérée comme un stigmate de l'ivrognerie.

Ce terme de « couperose » englobe tous les degrés de cette affection : mais on lui a aussi appliqué d'autres dénominations. Le nom d'*acné rosacea* ne la désigne légitimement que lorsqu'il y a des pustules ; mais, soit au début, soit à la fin de la maladie, on ne voit pas encore ou l'on ne voit plus les pustules, il n'y a que la teinte couperosée.

Dans les dernières périodes, lorsqu'on n'a plus la période érythémateuse simple, mais un état variqueux de la peau épaissie, ou même, à la fin, une hypertrophie, un éléphantiasis véritable du nez, on a désigné assez justement cet état sous le nom d'*acné hypertrophique*.

Cependant, à ces différentes dénominations, dont chacune ne correspond qu'à une seule période de l'affection, je pré-

fère le terme pittoresque de *couperose*, qui désigne un état connu, un processus général que chacun se représente bien à l'esprit. Il peint la maladie, comme le mot de *lupus* a survécu à toutes les oscillations de la théorie et de la synonymie.

La couperose est connue de longue date ; dans les satires de Juvénal on la trouve déjà citée ; les Grecs la confondaient avec l'acné pustuleuse. Ætius d'Amines la décrit sous le nom d'*acmé efflorescens.* Sans doute, une erreur de copiste aura transformé ce nom d'acmé, qui désigne bien la maladie, une élevure, en celui d'*acné*, qui a prévalu dans la suite.

La première description en a été donnée par Lorry, au dix-septième siècle : il avait déjà remarqué les relations qui existent entre cette affection et la goutte, et il la désigne sous le nom de « *gutta rosea* », rapport déjà indiqué par A. Paré, dans son chapitre : « *De rubore et tumoribus* ».

Devergie l'appelle « acné rosea, rosacea » ; puis on passe aux dénominations de goutte rose, de couperose, qui ont été conservées. L'épithète de « bacchia » confirme l'idée qu'on se faisait de l'origine de cette forme d'acné.

M. Hardy lui donne le nom d'acné érythémateux.

La couperose débute par les pommettes et le nez : souvent elle apparaît à la pointe du nez, au-dessous du lobule, où elle commence par une rougeur limitée, à bord indécis, comme un érythème quelconque. Ce n'est que de la congestion. Cette congestion est d'abord passagère ; différentes circonstances l'aggravent progressivement par le retour des mêmes causes occasionnelles. Au début, ce n'est que de la fluxion de la face après le repas, après l'absorption d'excitants, de vins, de liqueurs, de café, etc. Puis cette congestion disparaît pendant quelques heures pour reparaître ensuite plus fréquemment. Enfin, elle reste permanente, constituée seulement par un flux congestif. L'air, le vent, le froid, les émotions morales, viennent s'ajouter aux autres causes pour entretenir cette congestion chronique.

A ce degré, apparaissent des pustules d'acné : une rougeur plus vive se fait en un point, plus prononcée en divers endroits que dans les autres, avec un noyau dur, produisant des douleurs lancinantes ; puis apparaît une pustule jaunâtre. Les pustules se multiplient sous l'influence de diverses circonstances, telles que la menstruation, qui suffit pour provoquer une exacerbation assez vive. La pustule s'ouvre, se recouvre d'une croûte qui tombe bientôt par exfoliation.

Mais, dans le premier degré de la couperose, la pustulation n'est pas fatale ; il peut n'exister que l'état congestif, la couperose proprement dite.

Plus tard, on a, sur un fond rouge de congestion chronique, une éruption d'acné très-abondante.

Le siège le plus fréquent de la couperose est la joue, au niveau des pommettes d'abord, puis les parties voisines des ailes du nez, le lobule du nez ; enfin, le reste du nez. Puis l'affection s'étend parfois au front ou sur sa partie moyenne, tandis que l'acné pustuleux envahit plutôt les régions latérales des tempes et des joues. Exceptionnellement, elle va sous le menton et vers le cou. Je l'ai observée à la nuque, mais c'est un fait très-rare : la couperose appartient exclusivement à la région de la tête, et surtout à la face.

A la période érythémateuse succède le deuxième degré, la période vasculaire, variqueuse. Quand cette congestion chronique a persisté longtemps, les vaisseaux se dilatent ; apparaissent des varicosités, des arborisations sur la peau de la région, puis les glandes sébacées, au milieu de cette atmosphère congestive permanente, en éprouvent aussi un retentissement qui exagère leur activité sécrétoire ; on observe la séborrhée, qui n'est cependant pas aussi abondante que dans les cas d'impétigo du cuir chevelu. Les orifices des glandes sébacées sont largement dilatés ; ils atteignent un diamètre quatre ou cinq fois plus grand que leur diamètre normal.

Outre la congestion plus grande des vaisseaux existants, on voit aussi se développer des vaisseaux de nouvelle formation. On comprend dès lors que l'épaississement de la peau est la conséquence naturelle de cet état anatomique ; le nez se déforme déjà à cette période ; il devient plus gros, et prend une coloration violette bien connue. Elle se montre plus rarement chez les femmes, à moins que celles-ci ne soient adonnées à l'alcoolisme, dont cette coloration paraît un indice assez exact. Elle se manifeste surtout chez les hommes qui, par profession, sont exposés aux excitations internes et externes, non-seulement de l'alcool, mais aussi des intempéries de l'air, etc. : ainsi les cochers, ainsi les tonneliers, etc.

C'est par ce processus continué que nous arrivons au troisième degré. L'état subinflammatoire de la région s'aggrave de plus en plus, et se propage aux vaisseaux lymphatiques. L'œdème chronique amène une nouvelle complication, la prolifération du tissu conjonctif qui s'organise en tissu fibreux et fait une véritable pachydermie, l'éléphantiasis du nez, qui bourgeonne, ainsi que les régions voisines, au point d'atteindre le volume énorme de ces tumeurs dont je vous présente les exemples moulés, conservés au musée de notre hôpital. De ces bourgeonnements, les uns sont plus ou moins pédiculés et constitués par des tubérosités ayant le volume du poing ; les autres sont sessiles et moins nettement limités. Dans d'autres cas, l'hypertrophie se fait en masse, et l'organe conserve sa forme, quoi qu'il ait un volume dix, vingt fois supérieur à son volume normal.

Sur ces vastes bourgeonnements, vous pouvez apercevoir les larges orifices des glandes sébacées, constitués par une excavation de près d'un centimètre de diamètre, et par conséquent très-visibles sur ces tumeurs. C'est à ce degré que plusieurs auteurs ont donné le nom d'*acné hypertrophique*.

L'anatomie pathologique nous montre, au premier degré, la congestion des tissus. Ces fluxions successives se réitèrent sous l'influence d'un grand nombre de causes ; elles se relient donc à différents symptômes généraux ou à l'état analogue d'autres organes, qui se congestionnent par l'effet d'autres causes. Par exemple, chez les femmes, l'éruption acnéique commence souvent à l'époque de la puberté, qui détermine dans leur organisme une tendance physiologique à la congestion ; cela arrive dans les cas de couperose héréditaire.

C'est plus souvent à l'époque de la ménopause qu'apparaît l'éruption. La plupart de ces femmes ont souffert de migraines, d'hémicrânies, de mouvements congestifs divers : elles se plaignent d'étouffements, d'étourdissements, etc. Hardy a remarqué qu'elles se plaignaient souvent d'avoir toujours les pieds froids. Ces déterminations congestives vers la face sont, le plus ordinairement, l'apanage des femmes anémiques ou chlorotiques : ce fait paraît d'abord paradoxal, mais il n'est que le signe d'un défaut d'équilibre dans la circulation : la congestion de la face dénote une circulation peu active vers les extrémités, chez les individus à habitudes sédentaires. La constipation prolongée, enfin, joue un rôle capital dans cet état : constipation et froid aux

pieds sont les phénomènes que l'on rencontre presque fatalement chez les malades atteints de couperose.

Quant aux manifestations diathésiques concomitantes, elles sont assez variables : chez les hommes, on retrouve les tempéraments sanguins ; chez les femmes, ce qui domine, c'est l'état nerveux, l'irritabilité la plus vive ; enfin, ce que l'on rencontre le plus fréquemment, ce sont les symptômes latents de l'hérédité arthritique, les troubles gastralgiques, les dyspepsies, etc. ; les formes larvées de goutte et de rhumatisme. Ces malades sont souvent descendants de goutteux et de rhumatisants.

Les lésions anatomiques de la peau sont au premier degré, nous l'avons dit, la congestion. Si, en effet, on peut faire l'examen histologique, on trouve les vaisseaux qui commencent à se dilater au voisinage des glandes sébacées ; ils sont plus abondants qu'à l'état normal. Comme dans l'acné simple, c'est surtout à la base de la glande qu'on voit les vaisseaux de nouvelle formation, entourés de leucocythes qui prolifèrent : le pus vient le long de l'enveloppe de la glande, à son pourtour, jusque sous l'épiderme qu'il soulève, et par où il se fait jour à l'extérieur. L'inflammation n'est pas dans la glande elle-même : elle est à son pourtour. Quelle que soit la cause, qu'elle vienne de l'intérieur ou de l'extérieur de la glande, le liquide s'écoule toujours en dehors de la glande. Il n'en est pas de même dans l'acné pilaris : c'est l'inflammation du follicule pileux lui-même, comme on le voit très-bien dans les planches de l'ouvrage de Neumann.

Outre cet état variqueux des vaisseaux, qui est une des lésions de l'alcoolisme, et qui se rencontre en même temps dans d'autres organes, et notamment dans le foie, on observe aussi la formation de nouveaux vaisseaux qui produisent l'épaississement de la peau, car cette excitation vitale retentit sur le tissu conjonctif que l'on trouve hyperplasié et se développant d'une façon anomale.

C'est la même lésion, dans les cas d'éléphantiasis du nez, que dans les cas de pachydermie de la jambe, comme on en observe à la suite des varices ulcérées ; tout ce qui amène un œdème chronique détermine cette même prolifération des cellules du tissu conjonctif. C'est une lésion tellement identique à la pachydermie, qu'on en a toutes les formes dans la couperose ; la forme lisse, ou la forme tubéreuse, qui donne ces nez monstrueux qu'on a comparés, par un rapprochement trivial, mais exact, à une grosse pomme-de-terre.

---

## OPHTHALMOLOGIE.

### Un nouveau cas de chromhidrose,

Par le docteur G. Camuset.

La chromhidrose (*de* χρῶμα, *couleur*, et ἱδρώς, *sueur*) est une affection rare, très-rare même, puisque la science n'en possède guère qu'une trentaine d'observations dont la majorité a servi de base au mémoire de M. Leroy de Méricourt publié en 1863 dans les *Annales d'oculistique*.

Rappelons en quelques lignes les symptômes de cette curieuse affection, observée presque constamment chez des femmes, et dans laquelle on a cru voir l'effet d'une simulation. Présomption au moins singulière, car il n'entre pas dans les habitudes du beau sexe de s'enlaidir à plaisir, et rien n'est plus choquant que l'aspect d'une jeune femme atteinte de chromhidrose.

La chromhidrose se manifeste par une coloration noirâtre ardoisée de la peau de certaines régions, mais principalement des paupières inférieures. Elle s'étend souvent jusqu'au milieu de la joue et sur les paupières supérieures, d'une façon symétrique des deux côtés. Exceptionnellement elle se montre en d'autres points du visage. On l'a constatée aussi sur la face antérieure du corps, dans les régions où la sueur se montre le plus facilement, telles que les aisselles, la région sternale, le bas-ventre, la face interne des cuisses, etc.

La chromhidrose est caractérisée anatomiquement par l'exsudation d'une matière noire amorphe, douée d'un pouvoir colorant intense, comparable à celui du noir de fumée. Soumis à l'examen microscopique, ce pigment ressemble, en tant que forme, à des fragments de vernis desséché (Ch. Robin et Ordoñez). Pour le recueillir, on emploie un linge imbibé d'huile, substance qui seule permet de nettoyer complètement la peau sur laquelle l'exsudation noire se reproduit après un temps qui varie de quelques minutes à plusieurs jours.

*La production de cette matière se fait dans les follicules glomérulés sudoripares.* Elle n'a rien de commun avec les granulations pigmentaires du derme, qui siègent dans les cellules de la couche profonde de Malpighi.

La chromhidrose débute par les paupières inférieures, puis elle se manifeste en divers points du corps signalés plus haut. L'intensité de la coloration varie suivant certaines circonstances de l'état général du sujet, et, en particulier, elle augmente au moment des règles. La durée de l'affection est aussi très-variable, de quelques mois à plusieurs années, avec des rémittences et parfois des intermittences absolues. Enfin les paupières inférieures sont encore le dernier point qu'abandonne la maladie en voie de guérison.

Elle affecte en général les jeunes femmes ; mais ceci n'a rien d'absolu, car elle a été observée quelquefois sur des hommes âgés de plus de quarante ans (A. Duval).

Quant au traitement, les lotions huileuses n'ont d'autre effet que de permettre de débarbouiller momentanément les parties atteintes. Il faut plutôt s'attacher à rétablir les fonctions menstruelles ou digestives qui sont presque toujours altérées. L'usage des eaux sulfureuses, déjà indiqué avec avantage, celui des eaux ferrugineuses arsenicales (eau de la Dominique), devra être conseillé. Un changement radical des conditions d'existence a amené la guérison dans plusieurs cas. Mais, en somme, les sujets d'étude sont trop rares pour qu'on ait pu trouver le remède spécifique de cette sécrétion pathologique.

La plupart des caractères pathognomoniques de la chromhidrose se retrouvent dans l'observation suivante, que j'ai eu l'occasion de faire tout récemment :

Observation. — Le 12 juillet dernier, je rencontre chez une de mes clientes une jeune personne dont la physionomie singulière attire de suite mon attention. Sous sa voilette à demi baissée apparaissent deux yeux démesurément agrandis par les cercles noirs qui les entourent et que j'aurais volontiers attribués à une contusion, n'eût été leur coexistence symétrique. Je demande la permission de l'examiner, et, après avoir reconnu la nature du phénomène, je recueille les renseignements suivants :

Mlle B. de Saint-P..., âgée de vingt et un ans, d'origine méridionale ; cheveux châtain foncé, teint pâle et maladif, complexion en apparence délicate. Pas d'antécédents héréditaires à noter. Réglée très-jeune, vers l'âge de douze ans, puis suppression des règles pendant quatre ans. A l'âge de seize ans, les menstrues reparaissent, irrégulières, parfois très-abondantes, avec un carac-

tère métrorrhagique. Les fonctions digestives, de leur côté, sont très-capricieuses; après plusieurs années d'un dégoût insurmontable pour la viande, se montrent un appétit non moins violent pour les viandes saignantes et une intolérance absolue de l'estomac pour le veau et les viandes blanches, qui provoquent des vomissements.

En août 1876, au cours d'un voyage en Suisse, subitement, un matin, M[lle] de Saint-P... constate que ses deux paupières inférieures sont devenues noires. Cette teinte gagne progressivement les joues et acquiert une telle intensité que M[lle] de Saint-P.... n'ose plus sortir sans avoir le visage couvert, chacun se retournant avec surprise sur son passage. Puis viennent des alternative de mieux et de pire, mais sans que les paupières aient jamais recouvré leur coloration normale. De temps en temps apparaissent de larges plaques noirâtres sur la poitrine, le ventre et la partie interne des cuisses. A ces moments-là, la coloration des paupières diminue; elle est toujours plus marquée quand elle a bien dormi. Cet état dure depuis trois ans. « Aujourd'hui, dit-elle, ce n'est plus rien. » Ce *plus rien* qui avait si impérieusement attiré mon attention !

En dehors de la médication instituée contre l'état précaire des fonctions digestives et la chloro-anémie, aucun traitement plus spécial n'a été dirigé contre la chromhidrose. Fait à noter, les lotions huileuses n'ont jamais réussi, chez M[lle] de Saint-P..., à faire disparaître complètement la coloration noire; il reste toujours une teinte faiblement estompée qui n'est pas sans charme; témoin les koheuls employés par les Orientales. Mais l'excès en tout est un défaut, et, lorsque la coloration devient trop intense, M[lle] de Saint-P... dissimule cette gênante singularité sous une couche de cold-cream et de blanc de fard. Petit moyen, aurait dit Piorry.

## REVUE DE LA PRESSE

**Corps étranger dans le rectum.** — Une queue de cochon avait été introduite, par le gros bout, dans le rectum d'une fille publique, et, quand on voulut la retirer, les soies causèrent des douleurs intolérables. Ambroise Paré introduisit un tube dans lequel la queue fut reçue, ce qui permit de la retirer.

En présence d'un corps dont les aspérités se sont implantées dans le rectum, il faut d'abord en déterminer la position au moyen du spéculum de l'anus et procéder ensuite aux opérations chirurgicales. (*Journ. de méd. de l'Alg.*)

Cette observation appartient à Marchettis (*Observations rares*, traduites en français par Auguste Warmont, 1858. Thèse de Paris).

« Je me rappelle, dit-il, avoir vu une fille publique dont la vie fut en danger dans les circonstances suivantes. Des étudiants lui avaient introduit dans l'anus une queue de cochon raidie par la gelée, et voici comment ils s'y étaient pris. Ils avaient coupé à mi-longueur les poils de cette queue, ce qui les rendait plus piquants; puis, après l'avoir enduite d'huile, ils l'avaient fait entrer de force dans l'anus de cette femme. Une partie de cette queue, longue de trois doigts, faisait saillie au dehors, et quelques médecins avaient tenté de la retirer; mais, dans leurs tentatives, les poils qui se trouvaient à rebours s'enfonçaient dans l'intestin et causaient à la malade des douleurs intolérables. On lui donna des médicaments par la bouche; on appliqua le spéculum pour dilater l'anus et retirer cette queue, mais ce fut en vain, si bien que la malade demeura six jours sans pouvoir aller à la selle avec des vomissements, de la fièvre et des douleurs dans tous les intestins. Je fus mandé, et, m'étant rendu compte de ce qui s'était passé, je pris un roseau long de deux ou trois palmes, bien poli à son extrémité et je le perçai; puis je liai étroitement avec un fil fort l'extrémité de la queue qui faisait saillie hors de l'anus et ayant fait passer le fil dans la cavité du roseau, j'introduisis ce dernier dans l'anus. Alors en retirant à moi le fil par le tube que formait le roseau, je fis sortir cette queue sans léser l'intestin. Une grande quantité de matières fécales s'échappa aussitôt, ce qui soulagea la malade. Pendant deux ou trois jours on fit dans l'anus des injections de lait de chèvre deux ou trois fois par jour: puis la douleur, qui avait été très-violente, étant apaisée, j'injectai du gros vin pour raffermir les parties, et la malade fut complètement guérie. » Pourquoi, ajoute l'auteur, Velpeau veut-il que cette bizarre aventure se soit passée à Goettingue? » (*Méd. opér.*, t. IV, p. 757.)

L'auteur anonyme (Barbeu du Bourg ou du Monchaux) des Anecdotes de médecine, S. 1, 1762, in-12, pris tout à coup d'une certaine velléité de pudeur, a cité cette observation en latin, pour ne pas choquer, dit-il, la délicatesse de certaines personnes; il se contente de dire à ceux qui n'entendent pas cette langue qu'il s'agit d'un bâton épineux fiché dans le dernier des intestins (page 119).

Dans les œuvres d'Ambroise Paré nous n'avons pas trouvé d'observation analogue, mais nous rappellerons ici, dans le même ordre d'idées, l'intéressante histoire d'une « cagnardière feignant d'être malade du mal Saint-Fiacre, et lui sortoit du cul un long et gros boyau fait par artifice (*Œuvres d'Ambroise Paré*, Malgaigne, 1841, t. III, p. 50). M. Fléalle, docteur de la Faculté de médecine, homme sçavant et bien expérimenté, me pria un jour de l'accompagner au village de Champigny, deux lieues près de Paris, où il avoit une petite maison. Où estant arrivé, cependant qu'il se promenoit en sa cour, vint une grosse garce, en bon poinct, luy demandant l'aumosne en l'honneur de monsieur sainct Fiacre, levant sa cotte et chemise, monstrant un gros boyau de longueur d'un demi-pied et plus qui lui sortoit du cul, duquel découloit une liqueur semblable à de la bouë d'apostème qui lui avoit teint et barbouillé toutes ses cuisses, ensemble sa chemise devant et derrière, de façon que cela estoit fort vilain et déshonneste à voir. L'ayant interroguée combien il y avoit de temps qu'elle avoit ce mal, luy fit réponse qu'il y avoit environ quatre ans; alors ledit Fléalle, contemplant le visage et l'habitude de tout son corps, conneut qu'il estoit impossible (étant ainsi grasse et fessue) qu'il peust sortir telle quantité d'excrémens, qu'elle ne devint émaciée, seiche et hectique, et alors d'un plein saut se ietta de grande cholère sur ceste garce, luy donnant plusieurs coups de pied sous le ventre, tellement qu'il l'atterra et luy fit sortir le boyau hors de son siège, avec son et bruit, et autre chose, et la contraignit luy déclarer l'imposture; ce qu'elle fit, disant que c'estoit un boyau de bœuf noué en deux lieux, dont l'un des nœuds estoit dans le cul et ledit boyau estoit rempli de sang et de laict meslés ensemble, auquel avoit fait plusieurs trous afin que ceste mixtion découlast. Et de rechef, connaissant cette imposture, luy donna plusieurs autres coups de pied dessus le ventre, de sorte qu'elle feignoit estre morte. Lors estant entré en maison pour appeler quelqu'un de ses gens, feignant envoyer quérir des sergents pour la constituer prisonnière, elle, voyant la porte de la cour ouverte, se leva subit en sursaut, ainsi que si elle n'eust point esté battue, et se print à courir et iamais plus ne fut veuë audit Champigny. »

**Recherches cliniques et expérimentales sur les épanchements sanguins du genou par entorse.** — M. Paul Segond, aide d'anatomie à la Faculté, résume ainsi les conclusions de son travail sur cette importante question de pathologie externe :

I. L'entorse du genou peut se compliquer d'un épanchement intra-articulaire constitué par du *sang pur*.

II. Cette hémorrhagie intra-articulaire est due soit à la communication des aréoles spongieuses du fémur ou du tibia avec l'intérieur de la cavité articulaire, soit à la rupture des rameaux de l'articulation moyenne et des petits vaisseaux que renferme le ligament adipeux. Ces conditions se trouvent réalisées lorsque les ligaments croisés arrachent leurs points d'insertion ou se déchirent, lorsqu'il y a rupture du ligament adipeux, et lorsque la fissure osseuse se produit en arrière et au-dessus du tubercule du jambier antérieur. Cette dernière lésion ne peut être observée que dans les entorses par rotation forcée en dedans; les deux autres se produisent indifféremment dans presque tous les mouvements forcés de la jointure.

III. Il n'est pas exact de dire, avec Bonnet, que l'exagération des mouvements de rotation du genou laisse toujours intacte l'articulation et détermine fatalement la fracture des deux os de la jambe. L'exagération des mouvements de rotation entraîne, au contraire, des lésions très-caractéristiques du côté de l'articulation du genou et figure à l'étiologie dans la très-grande majorité des entorses de cette articulation.

IV. L'abondance de l'épanchement, la rapidité de sa production, la lenteur souvent excessive de sa résorption, tels sont les principaux traits cliniques de l'hémarthrose du genou.

V. Dans le diagnostic des épanchements sanguins du genou, les considérations tirées de leur abondance et de l'époque de leur apparition ont une valeur considérable et pour ainsi dire pathognomonique. Le caractère pâteux ou crépitant de la fluctuation, les ecchymoses péri-articulaires précoces sont des signes exceptionnels, et leur absence ne saurait en rien modifier le diagnostic hémarthrose lorsqu'on est en présence d'un épanchement traumatique très-abondant et très-rapide.

L'exploration méthodique de la jointure, la recherche des points douloureux et des mouvements anomaux peuvent, dans certains cas, fournir des renseignements précieux sur la nature exacte des lésions articulaires; mais il faut savoir que bien souvent le diagnostic des sources de l'hémorrhagie ne peut se faire que par exclusion et n'a d'autre base que les données de l'expérimentation.

VI. Dans la plupart des cas, la ponction articulaire immédiatement suivie de l'immobilisation et de la compression méthodique du membre inférieur constitue le plus sûr et le meilleur traitement des épanchements sanguins du genou par entorse. (*Progr. méd.*)

**Faut-il opérer les fistules anales chez les phthisiques ?** — Chez un de ses malades atteint de fistule anale (fistule borgne externe) et d'ulcération de la marge de l'anus, M. le professeur Gosselin pense qu'il ne convient pas de tenter la guérison par l'opération, parce que ce malade est tuberculeux et strumeux. A une période avancée de la maladie, il ne faut pas opérer les phthisiques. Ce serait en pure perte exposer leur vie. Lorsqu'il existe des décollements étendus, ce n'est pas une anse métallique ou autre qu'il convient d'utiliser, mais le bistouri. Ce mode opératoire ne présente aucun danger dans les cas ordinaires, mais chez les phthisiques il y a lieu de craindre et l'hémorrhagie et l'érysipèle, double accident qui est, dans l'espèce, fort à redouter.

Il ne faut pas l'oublier; même chez les sujets qui ne sont entachés d'aucune diathèse, la plaie qui résulte de l'incision des trajets fistuleux de cette région ne guérit qu'avec une grande lenteur. Que doit-il donc se passer chez de malheureux phthisiques qui ont de la fièvre, qui ne mangent pas, qui ne dorment pas? On les expose à de graves accidents. Le moindre inconvénient qui puisse résulter de l'opération est la production d'une plaie qui n'a nulle tendance à la cicatrisation. (*Rev. de thérap.*)

**Selles sanglantes dans un cas de hernie inguinale étranglée; guérison.** — Un homme, âgé de cinquante et un ans, entra dans le service de M. Le Fort, à l'hôpital Beaujon, atteint de hernie inguino-scrotale étranglée. Un taxis modéré réduisit la hernie assez rapidement. Aussitôt après le malade a une selle, et, en examinant le vase, on le trouve rempli d'un sang clair, bien rouge, récemment coagulé. Pas de signes d'hémorrhagie interne. En une demi-heure le malade a trois selles assez abondantes, toujours sanglantes; puis ces selles sanglantes persistent pendant la nuit et le matin. La quantité de sang perdu peut être évaluée environ au contenu d'une cuvette.

Cependant les vomissements reviennent le matin et se répètent chaque fois que le malade essaie de prendre un aliment, même liquide.

On administre l'opium à assez haute dose, d'après la pratique de M. Le Fort, dans tous les cas où, craignant la péritonite, il veut immobiliser les intestins.

Les jours suivants, les selles sont diarrhéiques, mais ne renferment plus de sang. En quelques jours tout se rétablit parfaitement. Cette entérorrhagie, d'abord inquiétante, n'a donc eu aucune suite fâcheuse. Mais il est difficile d'en donner une explication satisfaisante dans le cas particulier. On ne peut l'attribuer ni à une hémorrhagie antérieurement faite dans l'intestin en même temps que la descente et les autres accidents herniaires, ni à une inflammation de la muqueuse, puisque les accidents étaient récents. Le taxis n'a été ni assez prolongé ni assez énergique pour que la muqueuse ait pu souffrir sérieusement et qu'une artérite ait pu céder aux frottements répétés. D'autre part la constriction de l'intestin ne fut pas considérable au niveau de l'anneau qui était très-large. Dans les cas analogues les auteurs ne signalent que du mucus mélangé de sang, ayant l'aspect de confiture de groseille brune. (*Courrier méd.*)

---

L'installation d'un amphithéâtre à la Salpêtrière vient d'être décidée. Cet amphithéâtre occupera le bâtiment de l'ancienne cuisine, qui sert actuellement de magasin: environ trois cents auditeurs pourront y trouver place.

Les travaux d'aménagement dirigés par M. Billon, architecte de l'hôpital Tenon, seront très-probablement terminés fin octobre. La dépense est évaluée à 15,995 francs.

---

**De l'hygiène publique et de la chirurgie en Italie**, compte-rendu adressé à S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique par M. le docteur Gabriel Millot. 2e partie : *De la chirurgie en Italie*. 1 vol. in-8°. — Prix : 8 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye.

**De l'éclampsie puerpérale**, spécialement étudiée au point de vue de la pathogénie et des modifications de température qui l'accompagnent, par le docteur Ch. Hippolyte, aide de clinique de la faculté de Nancy. 1 vol. in-8° de 400 pages avec 11 planches thermométriques hors texte. — Prix : 8 francs. — Paris, Octave Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8606.

N° 99. — JEUDI 28 AOUT 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 28 AOUT 1879. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Pioggiale vient de mourir ; et, en signe de deuil, la séance a été levée. C'est une dérogation aux coutumes suivies jusqu'à présent par l'Académie, car M. Pioggiale n'en avait jamais été président. Mais, par ses rares qualités de cœur et d'esprit, par sa bienveillance bien connue, il s'était acquis les sympathies de tous et des amitiés chaleureuses, qui l'ont emporté sur les traditions.

Dr Victor REVILLOUT.

### HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

#### Polype naso-pharyngien.

Nous allons pratiquer une opération grave qui ne laisse pas que de préoccuper sérieusement tout chirurgien, parce que, si aguerri que l'on soit, on n'entreprend pas, sans y avoir beaucoup réfléchi, une opération dans laquelle le malade peut rester entre les mains de l'opérateur. Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, venant de la campagne, en apparence bien portante ; mais, à côté de sa fraîcheur assez bien conservée, on est frappé immédiatement par sa maigreur extrême : ses membres sont grêles, et elle dépérit visiblement sous l'influence d'une insuffisance de l'alimentation.

Depuis un temps relativement assez court, mais mal précisé par la malade, elle est atteinte d'une obstruction complète des orifices postérieurs des fosses nasales ; cette obstruction est produite par une tumeur occupant le pharynx.

Cette tumeur volumineuse refoule en bas le voile du palais, et descend dans le pharynx assez bas pour que le doigt, introduit dans la bouche, puisse à peine en atteindre les limites inférieures. Elle a tous les caractères des tumeurs pharyngiennes que l'on désigne sous le nom de *polypes naso-pharyngiens*.

Toute la cavité du pharynx est remplie de haut en bas ; la tumeur repose sur l'épiglotte et l'orifice laryngien ; on se demande même comment cette jeune fille peut encore respirer aussi largement, avec une telle obstruction.

Nous devons rechercher quelle peut être la situation exacte de cette tumeur. Vous savez que le pharynx n'a, à proprement parler, de paroi qu'à la partie supérieure : dans toutes les directions s'ouvrent des cavités, les fosses nasales, le larynx, l'œsophage, les sinus frontaux, les sinus maxillaires, etc. Les tumeurs du pharynx ne se font pas jour dans toutes ces directions indifféremment. Autant il est commun de les voir pénétrer dans les fosses nasales, autant il est rare de les voir gagner le larynx. Cependant les polypes pharyngiens envahissent plusieurs de ces cavités par une marche tout à fait capricieuse, pénétrant dans les fosses nasales antérieures, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre ; d'autres fois ils refoulent la paroi très-mince de l'antre d'Hygmore, et remplissent les sinus maxillaires ; d'autres fois ils proéminent sous le plancher de l'orbite, et font sortir l'œil de la cavité orbitaire ; tantôt, envoyant des prolongements dans la fosse ptérygoïde, élargie, ils viennent faire saillie dans la fosse temporale. Je n'insiste pas sur toutes les directions dans lesquelles les polypes peuvent envahir toutes les cavités de la face, et subir parfois des migrations qui paraissent étranges et qu'on s'explique facilement par la connaissance anatomique du squelette de la face, et des diverses fentes ou des orifices qui font communiquer ces cavités entre elles.

Il est d'autres cas où les polypes pénètrent avec effraction, pour ainsi dire, dans des cavités fermées dont ils perforent la paroi : ainsi, ils vont au sinus sphéroïdal, et dans la cavité crânienne, où ils s'étalent sous la dure-mère, ou même à travers la dure-mère. On devine immédiatement tous les accidents qui menacent les organes nombreux et importants qu'on trouve à la base du crâne et à la base du cerveau. Ainsi sont endommagés la protubérance, le bulbe, etc.

Or il est malheureusement vrai que *rien ne peut faire croire certainement que le polype a perforé le crâne*. C'est là le danger qui menace le chirurgien, et devant lequel il s'arrêterait s'il avait une preuve certaine : car personne ne songerait à aller extirper le polype dans ces régions, en pratiquant une plaie pénétrante du crâne.

On pourrait croire que ce diagnostic est facile ; que la présence d'un polype pharyngien ayant perforé la base du

crâne doit amener des phénomènes de compression, des paralysies, etc., qui prouvent la perforation crânienne. Il n'en est rien : il y a deux ans, M. Pozzi en a publié un exemple. D'un autre côté, on a vu des malades hémiplégiques, sourds, aveugles, à la suite de compressions de nerfs, et cependant la paroi du crâne n'était pas perforée; il n'y avait que de la compression des nerfs, des vaisseaux. On les a opérés, et tous les accidents ont disparu. Ces faits prouvent donc que, lors même qu'il y a des symptômes qui feraient supposer l'envahissement de la boîte crânienne, ce soupçon peut être mal fondé, et il ne faut pas hésiter à pratiquer l'extirpation. Mais, d'autre part, quand ces symptômes n'existent pas, il faut cependant toujours conserver des doutes et redouter cette terrible complication.

Or cette jeune fille porte une tumeur du pharynx : demandons-nous d'abord si c'est bien un polype naso-pharyngien.

Par une singularité encore mal expliquée, sur cent polypes naso-pharyngiens, on en trouve tout au plus un seul observé chez la femme. Plusieurs auteurs affirment même qu'il n'en existe que chez les individus du sexe masculin. Cependant j'en ai déjà vu deux chez des sujets féminins.

Le premier cas se rapporte à une femme à qui l'on avait fendu le voile du palais pour enlever le polype, sans le réunir ensuite ; je pus saisir le pédicule du polype et l'extraire complètement (hôpital Lariboisière). L'autre malade avait des troubles cérébraux : elle est morte récemment à l'âge de soixante-sept ans.

Une autre remarque sur ces deux cas, c'est que les polypes ne sont guère observés que chez les jeunes gens, tandis que ces deux observations concernent deux vieilles femmes.

Une deuxième exception que nous rencontrons chez notre malade consiste en ce fait que les polypes siègent presque généralement à droite : or, chez cette jeune fille, le polype est, selon toute vraisemblance, inséré à gauche.

On pourrait dire que ce n'est pas un polype pharyngien, mais une autre tumeur : cependant les polypes nés dans les fosses nasales et envoyant ensuite des prolongements dans le pharynx sont moins durs, moins résistants, et ne détruisent pas les parois qu'ils rencontrent, comme les polypes pharyngiens. M. Trélat en a signalé plusieurs exemples remarquables. En général, ils n'arrivent pas à acquérir un volume aussi considérable que celui que nous constatons chez cette jeune fille. Le seul symptôme qu'on pourrait invoquer pour appuyer cette probabilité, c'est que notre malade n'a jamais eu d'hémorrhagie. Or les hémorrhagies existent dans les polypes pharyngiens.

Le diagnostic de polype pharygien n'est donc pas absolument établi, et nous pourrions avoir affaire à une tumeur d'une autre nature, à un cancer né du périoste, à un enchondrome (comme j'ai déjà eu l'occasion d'en extirper un).

Mais, quelle que soit sa nature, ce qu'il nous importe le plus de préciser, c'est son étendue, ses limites. La tumeur occupe-t-elle les dépendances du pharynx, ou bien est-elle exclusivement localisée au pharynx ?

Elle ne paraît pas envoyer des prolongements considérables dans les cavités voisines, car, le nez n'étant pas déformé, les fosses nasales sont libres ; et, les yeux ne subissant aucun trouble apparent, il n'y a pas lieu de redouter des ramifications du côté de ces régions, pas plus que du côté de la fosse ptérygoïde ni de la fosse canine.

Un autre symptôme est plus grave : cette jeune fille entend mal; ces troubles de l'ouïe tiennent à la tumeur; cependant ils ne doivent pas nous effrayer outre mesure, parce que la présence d'une tumeur dans le pharynx, l'oblitération des trompes d'Eustache, peuvent nous en rendre compte sans qu'il soit indispensable d'en chercher la raison dans les phénomènes de compression cérébrale.

Mais, du côté des organes des sens, nous constatons deux faits beaucoup moins rassurants : 1° la paralysie du moteur oculaire externe ; 2° la paralysie du côté gauche de la langue. La sensibilité est conservée. Voilà donc la preuve de la lésion de deux nerfs, et de deux organes qui ne peuvent, en aucune façon, être comprimés par la tumeur, en dehors de la boîte crânienne. Sans doute, l'hypoglosse, à la rigueur, pourrait être comprimé à sa sortie du crâne sur les parties latérales du pharynx ; mais c'est difficile, et d'ailleurs pourquoi le serait-il à l'exclusion du pneumo-gastrique, du spinal, qui n'ont pas des rapports plus médiats ?

D'autre part, pour le nerf oculo-moteur externe, il n'y a aucune possibilité de compression : il faut admettre une lésion intra-crânienne. Enfin vous savez que ces deux nerfs ont leur origine dans des points très-rapprochés l'un de l'autre, au niveau du sillon qui sépare la protubérance d'avec le bulbe.

Un doute terrible se pose donc, et nous fait craindre que la tumeur n'atteigne ces régions de la base du cerveau.

D'un autre autre côté, devons-nous rejeter l'opération, et condamner cette jeune fille à périr, dans un court délai, soit d'asphyxie, soit d'inanition ? Évidemment non, notre devoir est de tenter une opération qui pourra lui sauver la vie.

Mais nous connaissons les accidents auxquels nous sommes exposés : nous ne tenterons pas une cure radicale, une extirpation complète, pendant laquelle la malade pourrait mourrir d'hémorrhagie entre nos mains.

Un malade, à Lariboisière, est mort ainsi, sur le lit d'opération : un autre a repris connaissance après l'opération, puis est mort quelques heures après. Pour un troisième opéré, j'ai été plus heureux : il a guéri, non sans nous avoir encore inspiré des craintes sérieuses le jour même de l'opération, sa température étant tombée à 35°, à trois heures de l'après-midi.

Je me propose donc de faire l'opération en plusieurs temps, afin de savoir si les phénomènes de compression persisteront, afin de permettre à la malade de respirer mieux et de mieux se nourrir ; ce qui nous augmentera, pour plus tard, les chances de succès.

Dans un grand nombre de cas, on proscrit l'anesthésie des malades, pour éviter l'asphyxie, l'écoulement du sang dans le larynx, etc. Je préfère recourir à la chloroformisation, d'abord parce que j'espère que nous n'aurons pas beaucoup de sang; ensuite parce que je suis convaincu de cette vérité que les accidents produits par le spasme de la glotte sont beaucoup plus redoutables chez les sujets éveillés que chez les malades chloroformisés.

Toutefois, comme la suffocation est toujours imminente dans cette opération, je suis prêt à faire la trachéotomie, et j'ai tout disposé pour cette éventualité. Pour éviter la suffocation, on a proposé, à Zurich, de mettre le malade la tête en bas, afin que le sang s'écoule par le sol, au lieu de tomber dans le larynx; mais ce procédé n'empêche pas l'hémorrhagie de se produire, et n'élimine guère le danger de la suffocation, tout en imposant des difficultés opératoires nouvelles.

Je serai prêt à faire la trachéotomie en cas d'obstruction

des voies aériennes : on a même proposé de pratiquer la trachéotomie *préventive :* Blandin, le premier, l'a faite, avant les opérations de ce genre, afin d'éliminer d'avance un des dangers de ces graves opérations.

Depuis on a réédité le procédé de Blandin plus d'une fois; on l'a même proposé pour d'autres opérations.

Lorsque la malade sera chloroformisée, la bouche étant ouverte et la langue étant maintenue au dehors pour protéger les voies respiratoires, je fendrai le voile du palais avec le thermocautère. Aussitôt la tumeur se précipite en avant et proémine (je l'ai remarqué à chaque opération que j'ai faite); alors je ne chercherai pas à atteindre la base de la tumeur, ce qui serait très-difficile; mais je me contenterai cette fois de réséquer la portion saillante du polype, que j'abattrai avec l'écraseur linéaire. Le pharynx sera ainsi dégagé pour un temps; et, plus tard, nous pourrons chercher à extraire complètement ce qui sera resté dans la portion supérieure du pharynx.

Tel est le programme que je me propose de suivre et le plan opératoire que je chercherai à réaliser. Mais, du programme à l'exécution, il y a loin, et le chirurgien, dans une opération aussi grave, ne sait guère ce que les circonstances imprévues peuvent susciter dans le cours de l'opération : il doit être préparé à toutes les éventualités.

---

## HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

### Anatomie pathologique de la thrombose des sinus de la dure-mère chez les enfants (1).

X

Quand la calotte du crâne a été enlevée et qu'on incise la dure-mère dans le sinus longitudinal supérieur et en bas les sinus transverses, on voit la thrombose se prolongeant à travers les ouvertures latérales dans les veines méningées.

Les caillots occupent le sinus longitudinal et les veines méningées, plus rarement le sinus longitudinal inférieur et les sinus transverses. On les trouve quelquefois jusque dans le golfe de la veine jugulaire, se prolongeant assez loin dans cette veine.

Si les caillots sont de formation très-récente, ils sont mous, noirs, cruoriques, mêlés de sang liquide. Quand ils sont plus anciens, ils sont plus durs, élastiques, transparents, de couleur ambrée. Les plus vieux sont blanchâtres, opaques ou jaunâtres, en apparence formés de fibrine décolorée. Ils adhèrent rarement aux parois des sinus, si ce n'est quand la thrombose résulte d'une phlébite. S'ils semblent adhérer, c'est souvent à cause des prolongements fibrineux qu'ils envoient dans les veines de la pie-mère.

Ils sont composés d'une petite quantité de fibrine, en fibrilles ou en granules facilement dissous par l'acide acétique, d'hématies dans les parties restées noires, et de leucocytes en très-grand nombre dans les parties blanchâtres ou jaunâtres. Ces leucocytes ont en certains endroits leurs caractères naturels, mais dans les parties déclives ils sont altérés et infiltrés de matière grasse.

Dans un cas la thrombose ancienne, blanche et dure, avait la forme végétante polypiforme. Elle occupait le sinus pétreux et avait l'apparence d'un haricot. Cette végétation était formée de leucocytes.

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 août 1879.

Avec les thromboses des sinus, on trouve l'œdème plus ou moins considérable des méninges et du cerveau. Il a été noté 26 fois sur 35 cas.

L'*hydrocéphalie* ventriculaire a été notée dix fois avec un *ramollissement* plus ou moins marqué de la substance cérébrale, soit sur les parois ventriculaires, soit ailleurs. Dans un cas ce ramollissement occupait la troisième circonvolution frontale ascendante.

Un peu de *suppuration* de la pie-mère dans deux cas, une fois à la convexité des hémisphères et une fois au niveau de la corne frontale droite.

Presque toujours de la congestion sanguine de la pie-mère, la dilatation des veines méningées, les caillots et les gaz libres dans ces veines. Enfin des hémorrhagies des méninges ou du cerveau.

Deux fois j'ai observé l'hémorrhagie méningée sous-arachnoïdienne à la surface des hémisphères, et une fois l'hémorrhagie rassemblée en foyer dans la substance du cerveau.

Ces derniers faits ressemblent un peu à ces faits d'hémorrhagie cérébrale ou méningée que M. Parrot a fait connaître comme une conséquence de la gastro-entérite chronique des nouveau-nés à laquelle il a donné le singulier nom d'athrepsie. Évidemment ce sont des faits de même nature et qui ont la thrombose veineuse du cerveau pour origine.

Dans quelques cas enfin on rencontre la tuberculose du cerveau. Sur mes 32 observations, 4 fois il est fait mention de tubercules dans les méninges et une fois de tubercules dans la substance cérébrale.

Reste à établir la différence des caillots des sinus produits par la phlébite ou par la thrombose cachectique.

Dans les thromboses inflammatoires, les caillots sont plus adhérents aux parois des sinus. Ils sont blanchâtres, caséeux et purulents, mélangés à des parties noires cruoriques. Cela n'est jamais ainsi dans les thromboses cachectiques. Là, au contraire, les caillots sont rarement adhérents et les parois sont saines. Ils sont franchement cruoriques ou blanchâtres, décolorés, ambrés ou opaques, et un peu élastiques comme un ruban de fibrine.

Dans les deux observations qui vont suivre et qui ont été publiées par Riemer (de Saint-Pétersbourg) on verra bien la différence qui existe entre les deux espèces de thrombose.

### Diagnostic de la phlébite et de la thrombose du sinus caverneux de la dure-mère chez les enfants

Par le Dr Riemer (de Saint-Pétersbourg).

(*Jahrbüch für Kinderheilkunde.* N. F. IV, 4, p. 353. 1871.)

Obs. — Un enfant âgé de cinq ans vingt jours, après le début d'une *scarlatine*, fut de nouveau forcé de garder le lit, car l'*angine scarlatineuse* intense avait provoqué le développement d'une *otite* peu douloureuse qui se compliqua bientôt à son tour d'une *affection des méninges* caractérisée par les phénomènes suivants : douleurs déchirantes dans la moitié droite de la tête, somnolence, cris hydrencéphaliques pendant le sommeil, élévation considérable de la température (41°,6). A ces symptômes s'ajoutèrent : la paralysie du nerf facial droit, chute de la paupière supérieure du même côté, strabisme externe persistant, dilatation de la pupille de l'œil droit. Le diagnostic était encore incertain, mais il fut bientôt confirmé, trente-huit heures après, par l'apparition d'un accès apoplectiforme avec perte de connaissance et de mouvement, auquel succédèrent une heure après une agitation excessive et un délire furieux. Ces derniers troubles s'apaisèrent, mais le petit malade ne reprit pas connaissance et la vision de l'œil du côté droit était rendue impossible par le gonflement œdémateux des paupières.

*Autopsie.* — Le sinus transverse droit, fortement distendu, apparaissait sous forme d'un bourrelet saillant, dur, de coloration bleu foncé, et renfermait dans son intérieur un thrombus qui obstruait complètement son calibre et envoyait des prolongements à droite dans les sinus perpendiculaires pétreux et jusque dans le sinus caverneux.

Les parois du sinus caverneux étaient le siège d'une inflammation suppurative et renfermaient des coagula en partie déjà transformés en un détritus caséeux. On retrouvait ces mêmes coagulations jusque dans la veine ophthalmique droite qui était complètement obstruée. Le tissu cellulaire était œdématié.

Dans le sinus caverneux du côté gauche on trouvait aussi des caillots, mais de plus fraiche date. La veine ophthalmique gauche restait encore perméable.

On trouva en outre une *carie* commençante autour du labyrinthe, du marteau, de l'enclume et des cellules mastoïdiennes enflammées.

Infarctus nombreux dans les poumons et dans le foie.

L'endocarde au niveau de la valvule mitrale était injecté, tuméfié et d'aspect velvétique.

Cette seconde observation est relative à un cas de *thrombose marastique du sinus longitudinal :*

Une petite fille de douze ans, sujette dans sa première enfance à diverses éruptions cutanées, notamment à des furoncles, fut atteinte d'un anthrax au front. Les symptômes suivants se manifestèrent alors : somnolence, céphalalgie gravative, dilatation et immobilité des pupilles, coma, œdème des paupières et du front. Les jours suivants : délire, nausées, constipation opiniâtre. On porta le diagnostic *méningite*. Mais les jours suivants la somnolence disparut, amélioration relative et absence de fièvre. Les accidents furent alors attribués au furoncle et à l'inflammation des parties voisines.

L'enfant mourut subitement. On trouva à l'*autopsie* le sinus longitudinal sous forme d'un cordon résistant bleuâtre de 1 centimètre 1/2 de grosseur ; sa surface était fortement ecchymosée. En incisant sa paroi, on constata dans son intérieur la présence d'un volumineux thrombus pariétal, coloré à sa partie moyenne, avec coloration brun-rougeâtre, dont l'extrémité commençant au foramen cæcum (trou borgne) et de plus vieille date, était blanc-jaunâtre dans une étendue de 1 centimètre 1/2. En ouvrant les sinus frontaux on les trouva remplis de masses semi-fluides, puriformes, rougeâtres.

**Symptômes des thromboses des sinus de la dure-mère et convulsions finales des maladies chroniques ayant amené l'état cachectique.**

Pendant longtemps on a considéré les convulsions finales des maladies chroniques des enfants et le délire terminal des affections chroniques de l'adulte comme le résultat de la faiblesse des malades due à la diète, à l'inanition et à la viduité du cerveau.

J'ai entendu professer cette opinion dans ma jeunesse médicale. C'était la théorie en honneur. On la trouve dans Cullen, tome II, page 333, note de Bosquillon ; dans Copland, qui considère ce délire comme le résultat d'une soustraction de l'influence vitale ; dans Monneret et Fleury, qui ont écrit : « Le délire qui précède la mort peut être attribué à cette cause. »

Voici maintenant la phrase de Cullen :

« Convulsion produite par inanition qui s'observe à la suite des grandes évacuations et dans les maladies graves lorsque les malades sont épuisés et sur le point de périr. » (Cullen, t. II, p. 333, note de Bosquillon.)

Ces explications ne sont plus acceptables aujourd'hui. Je ne crois pas que la diète, l'inanition et la soustraction d'influence vitale produisent le délire ou les convulsions finales des maladies dites cachectiques. Les recherches d'anatomie pathologique que j'ai faites et qu'on vient de lire m'inspirent une pensée différente. Du moment qu'à l'autopsie des enfants qui ont eu des convulsions ou des adultes qui ont eu du délire à la fin d'un état cachectique, il y a des thromboses des sinus de la dure-mère qui gênent mécaniquement la circulation veineuse du cerveau et y produisent un état congestif prononcé avec suffusion séreuse des méninges et des ventricules, il est évident que cette cause a une action plus efficace sur l'apparition des convulsions et du délire que la faiblesse des sujets. Je ne comprends pas que la faiblesse des malades sans lésion crânienne produise le trouble des fonctions cérébrales, tandis que je m'explique infiniment mieux ces désordres produits par la thrombose des sinus et l'hydropisie de la pie-mère et des ventricules.

Cela m'a paru si vrai que, depuis longtemps, dans mon *Traité des maladies de l'Enfance* et dans mes leçons de la *Gazette des hôpitaux*, j'ai formulé cet aphorisme :

*A la fin des maladies chroniques les convulsions qui apparaissent indiquent une mort prochaine et sont dues à la thrombose des sinus de la dure-mère.*

De plus ces thromboses se révèlent quelquefois au fond de l'œil quand on fait l'examen ophthalmoscopique.

Alors les veines rétiniennes sont très-dilatées, gorgées de sang et parfois remplies de thromboses. Or, comme je crois qu'on peut découvrir dans les lésions du fond de l'œil les signes de ce qui se passe dans le cerveau, ce qui est la base de la *cérébroscopie*, j'ai dit aussi d'une façon aphoristique :

Les thromboses des veines rétiniennes indiquent des thromboses semblables dans les sinus de la dure-mère ou dans les veines méningées.

Telles sont les conditions morbides générales et les influences locales qui, chez les enfants, produisent des thromboses cachectiques dans les sinus de la dure-mère. Toutes les maladies aiguës suivies de chronicité, toutes les affections pulmonaires chroniques, les affections osseuses et toutes les phthisies y prédisposent de la même façon. On a pu voir que, d'une manière à peu près constante, cette thrombose se révélait subitement par des convulsions avec perte de l'intelligence et de la sensibilité. Il est rare, en effet, que des convulsions produites par l'état cachectique ne dépendent pas de cette cause anatomique à laquelle se rattachent l'hyperémie veineuse du cerveau, l'œdème mécanique de la pie-mère et l'hydrocéphalie ventriculaire. Toutefois, si des convulsions internes s'observent sans qu'il existe de thromboses, il y a une autre cause qui produit ce même effet, car elle est remplacée par une stase sanguine produisant aussi l'œdème de la pie-mère, la congestion cérébrale et l'hydrocéphalie. C'est toujours la même chose conformément aux lois connues de la formation des hydropisies passives et mécaniques.

Toutes les fois donc qu'une stase sanguine ou qu'une thrombose des sinus fera obstacle à la circulation des méninges et du cerveau, il en résultera une suffusion séreuse de la pie-mère et des ventricules qui produira le coma, l'insensibilité, la paralysie, les convulsions et la mort, selon le degré de l'obstacle et la nature de la lésion secondaire.

En résumé :

A la fin des maladies chroniques et septicémiques de l'en-

fance, il se produit souvent des convulsions qui annoncent une mort prochaine.

Ces convulsions ultimes ne sont pas le résultat de l'inanition, et elles dépendent d'une thrombose des sinus de la dure-mère et des veines méningées ou d'une stase veineuse produisant l'œdème de la pie-mère, l'hydrocéphalie des ventricules et quelquefois l'hémorrhagie cérébrale ou méningée.

La thrombose des sinus produite à la fin des maladies chroniques n'est point causée par une inflammation des parois veineuses, mais bien par l'état cachectique.

On peut considérer les thromboses cachectiques comme le résultat d'une sursaturation du sang par l'acide carbonique ou bien par un état des globules qui les rend incapables de fixer l'acide carbonique dans la circulation.

Si la maladie dans laquelle il se produit des convulsions par thrombose peut guérir, cette thrombose peut s'améliorer sans disparaître, et il en résulte de l'hydrocéphalie chronique.

---

**HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.**

## La surprise, la résistance et la défaite du cœur (1).

### III

#### LA DÉFAITE.

De même que la surprise, la lutte du muscle cardiaque contre les obstacles formés par les altérations valvulaires ne dure qu'un temps. Tôt ou tard à la résistance victorieuse succédera la défaite.

La défaite du cœur peut tenir à trois causes principales et se produire de trois manières différentes : le cœur épuisé capitule ; il est trahi par ses auxiliaires ; enfin, luttant jusqu'au bout, il est vaincu par une force supérieure à la sienne.

Je dis d'abord que dans certains cas il capitule. Nous parlions des lois de notre existence ; nous voici encore en présence d'une de ces lois : ce qu'une activité gagne en énergie, elle le perd en durée. La vie s'use chez nous par son propre exercice. La vie est une série d'excitations qui épuisent l'excitabilité de l'organisme. La plupart des actes pathologiques consistent en des stimulations énergiques et de courte durée ; c'est la vie en raccourci ; tel est le rôle des inflammations que l'on voit débuter par une surexcitation nutritive et aboutir à des suppurations ou des altérations graisseuses qui sont des morts prématurées. Dans les affections valvulaires, la contractilité cardiaque, par cela seul qu'elle est plus puissamment excitée, doit être plus rapidement épuisée. Aussi à la période de lutte succède, si la maladie se prolonge, une période d'inertie. Le cœur alors cesse sa résistance ; *il capitule*.

Cette capitulation du cœur, qui est la première forme de la défaite, a reçu de Beau un nom particulier. Beau l'a nommée asystolie, terme éminemment vrai en ce qu'il consacre et définit l'action du muscle cardiaque dans les affections valvulaires, mais terme exagéré en ce qu'il indique la cessation là où il n'y a que diminution, et incomplet en ce qu'il ne signale qu'un seul ordre de phénomènes là où s'en présentent plusieurs. Le cœur subit alors une diminution dans l'énergie de ses contractions ; il éprouve des altérations dans sa structure. Ces deux faits peuvent être, dans une certaine mesure, indépendants l'un de l'autre et simultanément produits par un double épuisement de l'activité contractile et nutritive du cœur ; mais ils sont ordinairement liés l'un à l'autre par des rapports réciproques de cause à effet.

Quand l'affaiblissement contractile est primitif, il produit, par le relâchement des fibres, la dilatation des cavités. Quand l'altération nutritive est de son côté primitive, elle se manifeste sous la forme d'une dégénérescence graisseuse qui est une cause nouvelle d'affaiblissement contractile, de sorte que, bien qu'il ne soit pas toujours proportionné à l'intensité de la lésion, l'affaiblissement contractile ne se montre guère dans la pratique sans accompagnement d'altération nutritive. La capitulation du cœur se présente donc à nous sous deux formes mixtes : la dilatation, où la faiblesse musculaire est le fait primordial, et la dégénérescence graisseuse, où le fait primordial est l'altération nutritive.

La dilatation est à peu près constante, quelquefois tardive, souvent, par contre, hâtive ; elle accompagne tôt ou tard l'hypertrophie et quelquefois même elle la précède. On voit des cas d'affection mitrale, notre n° 11 de la salle Sainte-Élisabeth en est un exemple, où, développée dès la surprise du cœur au moment de l'endocardite, elle ne cesse plus, tandis que dans certains cas de lésion aortique, notre n° 15 de la même salle appartient à cette catégorie, elle est un phénomène ultime. Elle envahit toujours le cœur droit avant le gauche dans les affections mitrales ; elle envahit souvent le cœur gauche avant le droit dans les affections aortiques ; elle se montre de bonne heure dans l'insuffisance aortique pure et tardivement dans le rétrécissement aortique. La dilatation dans les cas graves peut aller jusqu'à produire l'insuffisance relative des valvules auriculo-ventriculaires.

La dégénérescence granulo-graisseuse est fréquente. Wagner l'a notée 28 fois sur 75 cas de lésions valvulaires, et sur ce chiffre 19 fois elle a pu être considérée comme la cause directe de la mort. Ces chiffres n'ont rien d'exagéré, au contraire. Dans une foule de cœurs qui, à l'œil nu, paraissaient sains, le microscope nous a montré une régression granulo-graisseuse bien manifeste, et nous sommes en état d'affirmer, mon chef de clinique, le docteur Garcin, et moi, que la dégénérescence graisseuse est de règle lorsque l'affection cardiaque a pu parcourir toute son évolution.

Les deux formes de capitulation du cœur ne se rencontrent pas à un égal degré dans les affections mitrales et aortiques, dans le cœur gauche et le cœur droit. Dans les affections mitrales, c'est le cœur droit qui capitule ; il capitule de bonne heure par dilatation. Dans les affections aortiques, c'est le cœur gauche qui capitule ; il le fait après une longue résistance dont l'hypertrophie de ses parois reste la preuve permanente ; il le fait par dégénérescence graisseuse plus encore que par dilatation. Notre ancien n° 15 de la salle Sainte-Élisabeth, qui a succombé à un rétrécissement aortique doublé d'insuffisance, vous a présenté à l'autopsie un magnifique exemple de ce cœur hypertrophié, dilaté, dégénéré surtout dans son ventricule gauche, type de cette dernière forme. Notre n° 5 et notre n° 8 de la même salle, atteintes de lésion mitrale suivie de dilatation du cœur droit, nous présentent des exemples de la première, exemples moins démonstratifs précisément parce que ce sont des exemples vivants.

A mesure que le cœur se fatigue, que la dégénérescence granulo-graisseuse et la dilatation se produisent, l'hypertrophie primitivement compensatrice n'en persiste pas moins ; on la retrouve donc toujours aux autopsies ; c'est ce qui l'a fait prendre elle-même pour un phénomène morbide. Comme Beau l'a fort bien dit, comme Parrot l'a justement répété, le malade succombe alors non pas par, mais malgré l'hypertrophie.

Si, dans certains cas, le cœur épuisé, affaibli dans ses contractions, dégénéré dans sa structure, met pour ainsi dire bas les armes et capitule, il y a d'autres cas où il résiste et où cependant il subit une défaite parce qu'il n'est pas suffisamment soutenu par ses auxiliaires, parce qu'il est en quelque sorte *trahi*.

C'est précisément ce que nous a prouvé l'autopsie de cet homme que nous avons observé au n° 5 de la salle Aillaud, et dont je vous ai déjà parlé. Chez lui le cœur était en pleine hypertrophie active, et cependant il a été vaincu parce que le système vasculaire et le système nerveux lui ont refusé leur concours. Les artères présentaient chez ce malade des athérômes nombreux ; par conséquent, l'élasticité artérielle, auxiliaire de la contractilité cardiaque, était fortement diminuée ; de plus l'encéphale, et en particulier le bulbe anémié, lui refusait l'influx nerveux sans lequel ses contractions ne pouvaient se produire ; de là des lipothymies qui ont abouti à une

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 août 1879.

syncope mortelle. De sorte qu'ici le cœur s'est trouvé dans la situation d'un général victorieux au centre, mais dont les deux ailes ont refusé le combat. Le cœur a été vaincu parce qu'il a été trahi par ses auxiliaires.

Les principaux auxiliaires du muscle cardiaque sont le système vasculaire et le système nerveux.

Dans le système vasculaire, les artères agissent surtout par l'élasticité que leur fait perdre l'altération athéromateuse, qui est très-fréquente dans les maladies du cœur. En effet, le cœur n'est, après tout, qu'un renflement du système circulatoire, et l'inflammation de sa membrane interne peut n'être qu'un épisode dans l'inflammation de la membrane interne de l'arbre artériel. Comme l'endartérite accompagne souvent l'endocardite, l'altération athéromateuse des artères, suite de l'endartérite, accompagne souvent les altérations valvulaires, conséquences de l'endocardite.

Les capillaires viennent au secours du cœur par leur contractilité, mais cette contractilité, elle aussi, peut disparaître; Rigal, dans sa thèse, et Peter, dans sa clinique, ont justement insisté sur l'influence fâcheuse de l'affaiblissement des vaisseaux. Cet affaiblissement peut être dû : à une cause mécanique, la distension des parois par une stase sanguine prolongée; à une cause organique, la dégénérescence graisseuse, complication assez commune des affections cardiaques et probablement analogue dans ses causes à la dégénérescence graisseuse du cœur; enfin à une cause dynamique, le défaut d'influx nerveux.

Quant au système nerveux, il peut trahir le cœur soit en lui refusant directement son influx et déterminant ainsi la syncope, soit, et l'accident est moins fâcheux, en diminuant l'innervation des capillaires.

Ne nous exagérons cependant pas le rôle de ces auxiliaires, ne transformons pas une maladie du cœur en maladie primitivement générale, ne plaçons pas non plus les vaisseaux sur le même plan que le cœur pour constituer une asthénie cardio-vasculaire. C'est toujours le cœur qui joue le rôle principal et primitif; les autres éléments sont secondaires et accessoires.

Enfin le cœur, bien soutenu par ses auxiliaires, peut prolonger énergiquement sa résistance sans capituler ni être trahi, et cependant il peut être finalement *vaincu*.

C'est ce que l'on voit souvent, ce que l'on voit dans tous les cas où le surcroît d'énergie cardiaque est insuffisant à compenser l'obstacle aux orifices. Ce n'est pas tout que le cœur résiste et soit secondé dans sa lutte, il faut que sa résistance soit en proportion de l'obstacle que crée l'altération valvulaire. Si cet obstacle est considérable, comme l'était en particulier le rétrécissement aortique chez le malade qui a succombé au n° 15 de la salle Sainte-Élisabeth, le sang, malgré tous les efforts, n'arrive qu'en partie à traverser l'orifice; au bout d'un certain temps, il se trouve en quantité trop minime au delà, en quantité trop considérable en deçà; il ne remplit pas suffisamment l'arbre artériel, il s'accumule dans l'arbre veineux; le cœur ne parvient plus à verser dans les organes une quantité suffisante de sang hématosé, tandis qu'il y laisse stationner une quantité trop grande de sang vicié. Ces graves désordres dans la circulation amènent des désordres non moins graves dans la nutrition et le fonctionnement des organes, et le malade succombe parce que, dans une lutte inégale, le cœur a été vaincu.

Il a été vaincu dans ce cas par la puissance de son ennemi. Il peut l'être dans d'autres cas par le nombre de ses ennemis. Tandis que le muscle cardiaque est trahi par ses auxiliaires, son ennemi, la lésion valvulaire, peut trouver des alliés. C'est ainsi qu'une lésion rénale, cérébrale ou pulmonaire, née de la même diathèse qui a simultanément produit l'affection cardiaque; c'est ainsi qu'une extension de la lésion inflammatoire de l'orifice aortique au plexus cardiaque qui enveloppe l'origine de l'aorte peut ajouter de nouveaux dangers à ceux qu'a créés la lésion valvulaire. Enfin les désordres mêmes produits par un commencement de défaite du cœur peuvent engendrer de nouveaux désordres: le sang anémié ou insuffisamment hématosé; le poumon, l'estomac, le foie, le rein dont l'exercice fonctionnel est entravé, provoquent des troubles nouveaux; ils deviennent des alliés pour l'ennemi primitif.

Le muscle cardiaque a été, dans ces cas, vaincu par le nombre de ses ennemis; mais il peut être également vaincu par suite d'un accident survenu ou par suite des fausses manœuvres qu'il a opérées. Supposez par exemple que dans une affection mitrale un produit se détache et aille oblitérer l'extrémité cérébrale de la carotide interne gauche, cet accident pourra précipiter l'issue funeste de la lutte; et ce n'est point là une supposition gratuite, c'est simplement le souvenir de ce que vous avez observé dans le service il y a deux ans. Supposez maintenant un autre cas d'insuffisance mitrale; admettez que dans cette lésion la partie la plus vigoureuse du cœur, le ventricule gauche, redouble d'énergie et de fréquence dans ses contractions. A quoi aboutiront ses efforts? A refouler davantage le sang vers l'oreillette et par suite à imprimer à la masse sanguine un mouvement de recul. Aussi ce cas est-il rare, et d'ordinaire dans les insuffisances mitrales le ventricule gauche n'augmente guère son action; mais, s'il l'augmente par une fausse manœuvre, le cœur court à sa défaite en dirigeant ses coups contre les siens.

Vous voyez, par cette rapide revue des divers modes de défaite du cœur, combien pour les exprimer est insuffisant le terme d'asystolie qui fut un éclair de génie et réalisait il y a trente ans un incontestable progrès; combien est insuffisant aussi le mot d'asthénie cardio-vasculaire. Il y a une défaite du cœur constante dans son résultat fatal, mais variée dans ses modes.

Le cœur capitule, et il le fait de deux façons : par dilatation ou par dégénérescence graisseuse.

Il est trahi par ses auxiliaires, et il y en a deux principaux : le système vasculaire et le système nerveux.

Enfin il est vaincu, soit par la force de ses adversaires, soit par leur nombre, soit par suite d'une fausse manœuvre ou d'un accident subit.

Cette défaite du cœur peut être reconnue à des signes dont les uns annoncent simplement la défaite et les autres la manière dont elle a lieu.

*Vous reconnaîtrez la défaite du cœur à l'accumulation du sang dans le système veineux pulmonaire en général.*

Tant que vous ne trouverez dans l'organisme, soit au poumon, soit aux divers viscères, soit aux extrémités, ni congestion ni œdème, la résistance du cœur sera victorieuse. Le jour où vous trouverez quelque part soit une congestion soit un œdème, ce sera un échec partiel, prélude de la grande défaite.

A quoi en effet aboutissent les efforts du cœur? A chasser le sang dans l'arbre artériel. A quoi aboutissent les altérations valvulaires? A refouler le sang dans l'arbre veineux soit en le faisant reculer vers les veines, comme dans les insuffisances, soit en lui fermant l'entrée des artères, comme dans les rétrécissements. Donc, tant qu'il n'y aura pas de stase veineuse, le muscle cardiaque aura réussi, par un surcroît d'énergie, à compenser les effets fâcheux de la lésion des orifices.

Vous reconnaîtrez donc la défaite du cœur quand, à la base des poumons, vous percevrez une diminution sensible du murmure vésiculaire avec quelques râles sibilants et sous-crépitants dans les grandes respirations, submatité à la percussion, dyspnée dans la marche, hémoptysie; c'est que le sang commence à refluer dans les veines pulmonaires, et par elles dans le poumon.

Vous constaterez aussi la défaite du cœur, non-seulement quand les veines du cou se distendent et que les veinules du visage se dilateront, mais déjà quand le malade devra au développement des capillaires de son visage une fausse bonne mine qu'il n'avait pas auparavant; quand, le soir, le pourtour des malléoles et la partie antérieure de la jambe garderont l'empreinte de vos doigts et que les chaussures commenceront à devenir étroites; quand en même temps le foie augmenté de volume dépassera le rebord costal et que le rein sécrétera une urine plus épaisse et moins abondante qu'à l'état normal; quand aussi le malade éprouvera une céphalalgie légère, de l'engourdissement intellectuel, de l'insomnie, qu'il verra passer des mouches volantes et qu'il aura quelques

vertiges dans la position horizontale. Le sang alors bat en retraite vers le système nerveux.

Mais vous devez aller plus loin et rechercher la manière dont a lieu la défaite afin d'y obvier.

## VERGETURES DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE,

Par le docteur Anatole MANOUVRIEZ (de Valenciennes),
Médecin des épidémies.

Les vergetures de la peau dans la fièvre typhoïde, sur lesquelles M. le docteur Bouchard a fait une intéressante communication à la Société clinique (*Gazette des hôpitaux*, 5 juillet 1879, p. 612), avaient déjà été signalées par nous en 1876 et 1877, dans nos rapports d'épidémies pour l'arrondissement de Valenciennes, publiés dans les *Travaux des conseils d'hygiène du Nord*, t. XXXVI, p. 388-389, et t. XXXVII, p. 229, Lille, Danel, 1877 et 1878. Voici nos quatre observations :

OBS. I. — Le quatre septembre 1876, une jeune fille de quatorze ans, demeurant rue du Four de la Paix, à Valenciennes, tomba malade, présentant, comme prodrome assez insolite, une amygdalite suppurée pendant une semaine. La maladie, compliquée d'accidents ataxo-adynamiques d'une excessive gravité, par méningo-encéphalite, dura deux mois pleins, et mit la patiente dans un tel état d'affaiblissement que la convalescence se prolongea encore trois mois, jusqu'en février 1877.

La période de déclin fut signalée par de l'affaiblissement et de la perversion des facultés intellectuelles, symptômes qui s'amendèrent un peu dans la convalescence.

Quand la convalescente tenta de quitter le lit, ses jambes, surtout la droite, se montrèrent parésiées et rétractées en demi-flexion, si bien que la marche fut longtemps impossible et plus tard difficile. Pendant sa maladie, la jeune fille se tenait habituellement couchée sur le dos, un peu inclinée à droite, les genoux demi-fléchis et élevés.

Le 6 décembre, en cherchant à nous rendre compte de la rétraction des jambes, nous fûmes très-surpris de découvrir sur les genoux, puis sur le flanc gauche et le dos, de nombreuses et fortes vergetures, que la mère nous dit, alors, avoir remarquées pour la première fois le 27 septembre, c'est-à-dire au vingt-troisième jour, en lavant la malade.

Chaque genou était couvert d'une quinzaine de vergetures transversales, alternes, constituant par leur ensemble les deux tiers antérieurs et latéraux d'une sorte de genouillère, haute d'environ 2 décimètres ; à leur niveau, la peau se présentait amincie, déprimée, finement plissée dans le sens vertical, et de la couleur rouge-violacé ; la plus grande largeur atteignait 1 centimètre ; leur longueur maximum, 1 décimètre. Quelques-unes étaient entrecoupées par des ponts de peau demeurée intacte.

Sept ou huit vergetures semblables s'étendaient transversalement sur le flanc gauche et sur le dos, au-dessous de l'angle inférieur des omoplates ; la plus grande avait un décimètre de long sur un centimètre et demi de large.

Nous ne pourrions donner une idée plus exacte de la disposition générale de ces diverses vergetures qu'en les comparant aux rayures de la robe du tigre.

Le 14 février, elles étaient devenues blanches et paraissaient être indélébiles.

OBS. II. — Dans les premiers jours d'août 1876, la sœur de la malade précédente, âgée de douze ans, avait aussi été atteinte de fièvre typhoïde ataxo-adynamique grave, avec broncho-pneumonie ; après une durée de cinq semaines, avait commencé une convalescence longue et pénible.

En l'examinant, nous avons également trouvé aux genoux quelques vergetures de moindres dimensions et moins nombreuses (trois à droite et quatre à gauche).

OBS. III. — Un garçon de quatorze ans (rue Basse, à Valenciennes), au trente-sixième jour d'une fièvre typhoïde ataxique grave, présenta (7 septembre 1877), au-dessus des genoux et sur le dos, spécialement du côté droit, des vergetures transversales, alternes, au niveau desquelles la peau était amincie, déprimée, plissée verticalement ; leur plus grande largeur atteignait un centimètre, leur longueur maxima, un décimètre. Quelques-unes étaient entrecoupées par des ponts de peau demeurée intacte. De couleur d'abord bleu-violacé, blanches plus tard, elles sont indélébiles.

Au point de vue de la pathogénie de cette lésion, il est important de noter que, pendant sa maladie, ce garçon se tenait habituellement incliné sur le côté droit, les genoux demi-fléchis et élevés.

OBS. IV. — Une jeune fille de dix-huit ans, d'une ville voisine, qui, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde maligne, vint visiter nos malades des observations I et II, portait aussi aux genoux et sur l'abdomen des vergetures blanches consécutives, semblables à celles que nous avons décrites plus haut. Il importe que le médecin-légiste connaisse la possibilité du siège sur l'abdomen, de cette lésion typhoïde, qui pourrait faire croire à une grossesse antérieure.

Cette particularité symptomatique de certaines formes graves de la fièvre typhoïde n'avait pas encore été, que nous sachions, signalée par les auteurs.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 août 1879. — Présidence de M. RICHET.

### CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° un pli cacheté de M. le docteur Fousset, de Givry près l'Orbise (Saône-et-Loire), sur un *Appareil destiné à dissoudre les calculs vésicaux dans la vessie* (accepté) ; 2° un pli cacheté de M. le docteur Pinel sur l'*Encéphaloscopie ou auscultation cérébrale* (accepté) ; 3° une lettre de M. Porte, pharmacien en chef de l'hôpital de Lourcine, sur les *Digestions artificielles*, à propos de la note lue par M. Vulpian dans la dernière séance.

**M. WURTZ** présente un volume contenant le compte-rendu des travaux de la Société française pour l'avancement des sciences, session de 1878.

**M. LE PRÉSIDENT** annonce à l'Académie la mort de M. Poggiale, décédé, ce matin même, à Meudon, à la suite d'une cruelle maladie.

Sur la proposition de M. Berthelot, l'Académie décide que la séance sera levée.

La séance est levée à trois heures trois quarts.

*École supérieure de pharmacie de Paris.* — Lauréats de l'année scolaire 1878-1879 :

Première année : 1er prix, M. Chicaudard ; 2e prix, M. Bouillet.
Deuxième année : Pas de prix.
Troisième année : 1er prix, M. Morel ; 2e prix, M. Leidié.
Le prix Desportes a été décerné à M. Patouillard.
Le prix Buignet a été partagé entre MM. Lafont et Gaudin.
Le prix Menier a été décerné à M. Thomas.

*Travaux pratiques.* — Première année : médailles d'or, M. Prud'homme, M. Chicaudard ; médaille d'argent : 1re, M. Altemeyer ; 2e, M. Peisonne.

Deuxième année : Médailles d'or : 1re, M. Jacquin ; 2e, M. Barrut ; médailles d'argent : 1re, M. Marc ; 2e, M. Roncin.

Troisième année. *Botanique* : Médailles d'or, MM. Virally et Neuville ; médailles d'argent, MM. Laroche et Foulon. — *Physique* : Médaille d'or, M. Lafont ; médaille d'argent, M. Gaudin.

La réouverture de l'École aura lieu le lundi 20 octobre.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8608.

N° 100. — SAMEDI 30 AOUT 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 30 AOUT 1879. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Complément de plusieurs observations publiées dans les Revues cliniques du dernier trimestre et faits nouveaux à en rapprocher.

1° HYPEROSTOSES, EXOSTOSES ET OSTÉITES DÉFORMANTES.

Dans nos Revues cliniques des 7 et 14 juin, du 19 juillet et du 2 août, nous avons publié une série de cas d'affections osseuses ayant pour caractères communs la chronicité, l'apyrexie, le peu d'intensité des phénomènes inflammatoires, quand il en existait, la déformation, plus ou moins notable, des os atteints.

Nous allons dire ici ce qu'il est advenu de ceux de ces malades que nous avons pu suivre postérieurement au moment où l'observation en fut donnée.

Commençons par la jeune fille dont, le 19 juillet, nous avons raconté l'histoire jusqu'au jour où elle a quitté le service de M. Richet.

Sans revenir sur des détails que l'on retrouvera dans l'article cité, rappelons brièvement que cette jeune malade était entrée à l'Hôtel-Dieu pour un gonflement osseux limité à la diaphyse d'un seul tibia, et qui, bien que l'origine en remontât déjà à plusieurs années, s'accompagnait encore de douleurs assez vives et d'une élévation, facilement perceptible, de la température locale. Le diagnostic, d'abord indécis, avait été finalement *périosto-ostéo-myélite chronique de nature scrofuleuse.*

Pendant le séjour à l'hôpital, sous l'influence du traitement suivi et du repos, il s'était produit une amélioration considérable. Les douleurs avaient disparu, le gonflement semblait diminuer, et l'on cessait de percevoir une chaleur anomale sur la jambe affectée. Aujourd'hui même, la mère nous affirmait que sa fille, en rentrant chez elle, avait les deux jambes également froides, et que, portant son attention particulièrement sur ce point, elle avait constaté qu'il en était ainsi durant les semaines suivantes.

Mais, sous l'influence de fatigues peut-être excessives, de courses trop longues, depuis quelques jours le tibia malade est redevenu très-chaud dans la partie la plus gonflée, c'est-à-dire dans son tiers supérieur. Il me semble aussi qu'il a recommencé à augmenter de volume. Malheureusement il est difficile de s'en assurer, car jusqu'ici on n'avait pas songé à mesurer circulairement et parallèlement les deux jambes à divers niveaux. Le peu de développement des muscles aurait rendu ces mensurations très-instructives. Je viens seulement de les faire, et j'ai constaté que les deux genoux, assez petits, avaient exactement le même volume, que les mesures prises au point où portent les jarretières, c'est-à-dire où se trouve le cartilage d'union entre l'épiphyse supérieure de chaque tibia et sa diaphyse, étaient également les mêmes à droite et à gauche. Aussitôt après, le gonflement commence du côté droit, et, deux travers de doigt plus bas, on trouve que la circonférence de la jambe de ce côté dépasse de 3 centimètres celle du côté opposé (30 à 27). Le gonflement reste à peu près le même dans tout le tiers supérieur de la diaphyse du tibia droit. (Il m'a paru que l'angle mousse précédemment signalé vers l'union de ce tiers supérieur avec le tiers moyen était devenu bien moins saillant.) C'est la partie qui est actuellement chaude d'une manière exagérée. Puis la différence entre la jambe gauche et la jambe droite se réduit à 2 centimètres sur une hauteur d'environ trois travers de doigt. Après cela le tibia droit se renfle de nouveau davantage, jusqu'à dépasser le tibia gauche de 2 centimètres et demi. Mais ce second renflement, qui se termine en mourant vers le cartilage épiphysaire, n'est pas maintenant le siège d'une chaleur anomale, comme le renflement supérieur. Les épiphyses inférieures, les articulations tibio-tarsiennes des deux côtés, sont exactement de même volume.

Quoique les douleurs n'aient pas reparu, l'élévation de température semble indiquer qu'il existe toujours un travail phlegmasique, peu accusé d'ailleurs. Cela cadre admirablement avec le diagnostic porté par M. Richet. L'observation ne peut donc pas être considérée comme terminée d'une manière définitive. Nous aurons soin d'en donner la suite.

Celle que nous avons publiée dans la Revue clinique du 7 juin, telle que l'avait rédigée l'interne du service de

M. Damaschino, demande à être complétée et rectifiée sur certains points.

Le malade, hémiplégique du côté droit par suite d'une attaque d'apoplexie, devient de plus en plus émacié. Certains détails, dont il aurait été difficile de se rendre compte il y a deux mois et demi, frappent aujourd'hui au premier regard. Nous avons ainsi constaté que le tibia droit était loin d'être le seul os qui fût déformé.

Comme dans les faits de sir Paget, que nous avons résumés dans notre Revue clinique du 9 août, l'affection porte également sur les os du crâne, sur la colonne vertébrale, sur le thorax, sur les genoux, sur la partie inférieure d'un fémur, peut-être sur le col du même fémur et sur le bassin, certainement sur un au moins des métacarpiens et une des articulations métacarpo-phalangiennes.

Il est vrai que nulle part les différences trouvées par la mensuration ne sont aussi considérables que sur les jambes. En effet, grâce à la saillie que le tibia droit, hypertrophié et incurvé, fait en avant, le péroné restant en arrière, ces différences s'élèvent jusqu'à un maximum de près de 10 centimètres à cinq travers de doigt environ au-dessous des genoux (près de 34 centimètres à droite et 24 à gauche). Immédiatement au-dessous des genoux, la circonférence de la jambe droite n'est que de 29 centimètres, celle de la jambe gauche étant de 27. Un peu au-dessus des malléoles, la jambe droite mesure 26 centimètres, et la gauche seulement 20. Sur les malléoles on trouve à droite 26 centimètres, à gauche 23. En résumé, tandis que le tibia gauche, renflé dans toute son étendue mais principalement vers le milieu de sa diaphyse, est irrégulier, bosselé, recourbé fortement en avant et un peu en dehors, le tibia gauche, au contraire, ne paraît pas déformé d'une manière notable au premier coup d'œil. Le volume de la jambe (qui représente surtout celui des os, car les masses musculaires sont maintenant réduites presque à rien) diminue insensiblement et régulièrement de haut en bas (de 27 centimètres au-dessous du genou, à 20 centimètres au-dessus des malléoles).

Le contraste entre les deux jambes est donc frappant, bien qu'il ne soit pas tout à fait certain que le corps du tibia gauche, particulièrement vers le haut, soit resté complètement indemne de tout travail hypertrophique. En tous cas, le genou gauche est très-notablement déformé; il est élargi et mesure 2 centimètres de circonférence de plus que le genou droit, qui est lui-même augmenté de volume (36 centimètres à droite, 34 à gauche). Des deux côtés le gonflement porte exclusivement sur les os, dont les surfaces articulaires ont subi fortement l'action de l'ostéite déformante, comme dans les observations de sir Paget.

Le fémur droit est grossi lui-même dans son extrémité inférieure : on peut évaluer à 1 centimètre et demi environ l'accroissement de circonférence qu'il présente encore à trois travers de doigt au-dessus du genou. Comme dans les cas rapportés par M. Paget, cette hyperostose s'accompagne d'un certain degré de courbure.

Les genoux sont portés en dehors et ne peuvent être ramenés l'un contre l'autre ; la distance qui les sépare ne peut être réduite à moins de 5 centimètres. Le bassin paraît élargi, et il est probable que le col du fémur du côté droit a perdu un peu de son obliquité.

L'affaissement de la colonne vertébrale, le raccourcissement du cou par une première courbure à concavité postérieure, celui du thorax par une seconde courbure à concavité antérieure, l'aplatissement latéral de la poitrine, l'accroissement de sa profondeur d'avant en arrière; le peu de mobilité des côtes, dont plusieurs sont hypertrophiées, notamment la seconde, du côté droit, vers son extrémité sternale; l'hypertrophie des fausses côtes et l'évasement du thorax à ce niveau, où commence l'abdomen; l'élargissement du ventre, qui subsiste malgré la maigreur extrême du malade; le volume de la tête, l'hypertrophie évidente des os du crâne, qui, n'étant pas partout égale, amène des différences de forme très-apparentes des deux côtés : tous ces caractères, si bien indiqués par sir Paget (voir *Gazette des hôpitaux*, n° du 2 août), démontrent avec certitude qu'il s'agit bien de la maladie décrite par lui sous le nom d'*ostéite déformante*.

Je ne crois pas qu'aucun autre exemple en ait été signalé en France, et, ce qui augmente de beaucoup l'importance de ce fait, c'est l'absence complète de douleurs à toutes les périodes de la maladie.

Ce point m'a paru trop capital pour qu'on s'en tînt aux affirmations du malade seul. J'ai interrogé avec soin sa femme, et elle m'a dit également être certaine que jamais, à aucune époque, il ne s'était plaint d'avoir mal aux jambes. Il faisait journellement des courses très-considérables, souvent de plus de sept à huit lieues, et paraissait n'en éprouver aucune fatigue.

Les seules douleurs qu'il ait accusées, ce sont des maux de tête assez habituels pendant les deux ans qui ont précédé son attaque d'apoplexie.

Les douleurs osseuses peuvent donc complètement faire défaut dans l'*ostéite déformante ;* c'est le seul trait à modifier dans l'admirable tableau clinique que sir Paget a tracé d'une maladie jusqu'alors inconnue, et qu'on peut aller étudier dans le service de M. Damaschino.

Avant de passer à une autre série, je dois ajouter quelques mots à l'observation d'un malade dont j'ai parlé dans la Revue clinique du 14 juin, et qui est atteint d'exostoses rentrant dans le groupe de celles dites de *croissance*, mais présentant certaines particularités. Ce malade, qui n'est plus un adolescent, tant s'en faut, vient de voir encore se développer, sur l'extrémité supérieure du tibia droit, une exostose précédée et accompagnée de sensibilité locale à la pression, avec fort peu de douleurs spontanées cette fois. Au point de vue des névralgies dont il se plaignait encore récemment, et qui se faisaient sentir particulièrement à la jambe gauche, tant sur le trajet du nerf sciatique que sur le trajet du nerf crural, son état s'est fort amélioré ; c'est à peine s'il en souffre encore de temps en temps.

Mais en ce moment il accuse une douleur habituelle, assez vive, vers les dernières côtes du côté gauche, et quelquefois des sensations douloureuses passagères le long des membres, particulièrement dans le bras droit. L'impression de froid dans les jambes a diminué, mais persiste toujours. Somme toute, il va beaucoup mieux et peut maintenant, comme autrefois, faire sans fatigue de longues courses.

Relevons incidemment une erreur d'impression qui s'est glissée dans son observation. Les petites saillies qui paraissent dues à des exostoses vertébrales, et dont il a été question dans la Revue du 14 juin, ont été remarquées sur les *côtés* du cou et non sur les *côtes* du cou, comme le porte un texte fautif.

2° ULCÉRATIONS SCROFULEUSES DU PHARYNX ET DE LA LANGUE ; ULCÉRATIONS DU VOILE DU PALAIS DE CAUSE INDÉTERMINÉE ; ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES DE L'AMYGDALE.

Nous pouvons donner des nouvelles toutes récentes de la malade observée dans le service de M. Bourdon à la Charité, dont nous avons parlé dans nos Revues cliniques du 5 juillet et du 26 juillet. Cette jeune fille, atteinte d'ulcérations du pharynx et de la langue qui s'étaient produites à quatre reprises, par poussées successives, toujours de plus en plus envahissantes, fut envoyée au Vésinet, il y a un mois environ, n'étant pas encore complètement guérie de la dernière récidive. M. Bourdon, guidé par la pensée que cette affection singulière était de cause scrofuleuse, tenait à placer cette malade dans un milieu relativement plus sain que l'hôpital de la Charité ; il espérait qu'ainsi la cicatrisation marcherait plus vite et que les récidives seraient moins promptes. En effet, les ulcérations se sont fermées rapidement, et depuis une huitaine de jours la guérison paraît être complète. Aucune récidive ne s'est encore produite, mais on tient cette jeune fille en observation. M. Bourdon a même demandé qu'on la conservât comme infirmière au Vésinet pour ne pas la perdre de vue, du moins pendant un certain temps. Il est probable qu'on se conformera à ce désir de notre excellent maître.

Quant à l'autre malade dont nous avons également parlé dans notre Revue clinique du 26 juillet et qui se trouvait dans le service de M. Dumontpallier, à la Pitié, elle est sortie de l'hôpital il y a une huitaine de jours, allant beaucoup mieux de la gorge. Les ulcérations déjà anciennes qu'elle portait sur le voile du palais étaient alors presque complètement fermées. Peu de temps avant sa sortie, cette jeune fille avait été atteinte d'un érysipèle de la face qui avait commencé par un gonflement de la lèvre supérieure et durant lequel on avait suspendu la médication antiscrofuleuse prescrite par M. Dumontpallier.

On peut observer en ce moment, dans le service de M. Damaschino, à l'hôpital Laënnec, salle Saint-Joseph, n° 8, une malade atteinte de phthisie pulmonaire et qui présente un bel exemple d'ulcération tuberculeuse sur l'amygdale droite. Cette femme peut à peine avaler. Elle est âgée de trente ans ; elle dit que sa maladie de poitrine remonte au mois de mars de cette année ; mais elle n'est entrée à l'hôpital que le 27 juin, et c'est seulement un mois plus tard que, comme elle se plaignait d'une douleur de gorge toujours croissante, on a constaté en présence de l'ulcération amygdalienne dont il s'agit.

3° HYSTÉRIE CHEZ L'HOMME ; ÉPILEPSIE DE CAUSE PÉRIPHÉRIQUE.

Le malade dont nous avons parlé dans notre Revue clinique du 9 août, et qui était entré à la Charité, dans le service de M. Hallopeau, suppléant de M. Hardy, pour des crises hystériformes survenues pendant l'évolution des dents de sagesse, et, un an après un grave traumatisme, est sorti avant-hier de l'hôpital, n'ayant plus eu d'accès convulsifs depuis quelques jours.

On s'est demandé jusqu'à la fin s'il n'y avait pas eu de sa part une certaine exagération dans le récit de ce qu'il éprouvait, ce qui n'aurait rien d'étonnant, car on sait combien les hystériques, de l'un et de l'autre sexe, aiment la mise en scène. Quoi qu'il en soit, on a vu les crises diminuer de fréquence à partir du moment où l'on a commencé l'administration du bromure de potassium, à la dose de 6 grammes par jour.

Chez un autre malade, dont M. Hallopeau nous a parlé à cette occasion, et qu'il avait vu tout récemment à l'Hôtel-Dieu, où il remplaçait M. Frémy, la sortie d'une grosse molaire avait été accompagnée d'accès de délire rattachés tant par M. Hallopeau lui-même que par l'un de nos cliniciens les plus habiles à une épilepsie larvée. En effet, ces accès de délire, qui revenaient soudainement, étaient de deux espèces, et, sous ces deux formes différentes, ils représentaient exactement ceux que Falret a décrits sous les noms de *grand mal* et de *petit mal intellectuel*.

La veille de son admission, le malade avait fait une course folle à travers les rues de Paris, sans savoir ni ce qu'il voulait ni où il allait ; revenu à lui, il n'avait gardé aucun souvenir de ce qu'il avait fait ou pensé durant cette période d'impulsion irrésistible. C'est là un accès de petit mal. A l'hôpital même, et déjà avant d'y être amené, il avait été pris subitement, à plusieurs reprises, d'un délire furieux. Comme dans le tableau que Falret trace du grand mal intellectuel, et que nous avons rappelé dans nos leçons sur l'épilepsie, en proie à des hallucinations effrayantes, il voyait partout des objets de terreur, des êtres étranges et terribles, des ennemis acharnés, des assasins. Toutes les personnes qui l'entouraient lui semblaient méditer sa perte. Il menaçait, criait, se démenait avec une violence excessive, tout en gardant une demi-connaissance, suffisante pour lui permettre de comprendre en partie ce qui se passait autour de lui et même de répondre nettement aux questions brèves qu'on lui posait. L'accès une fois passé, il n'en restait pas trace dans la mémoire de cet homme : et c'est la règle dans l'épilepsie.

Ce malade, considéré avec raison comme très-dangereux (de tous les furieux, les épileptiques sont peut être les plus à craindre), a été transféré d'urgence à l'hospice Sainte-Anne.

Nous espérons donc qu'il nous sera possible d'avoir sur lui de nouveaux détails que nous nous hâterons de communiquer à nos lecteurs.

4° PARALYSIE HYSTÉRIQUE, ATTITUDE VICIEUSE, PIED BOT CONSÉCUTIF.

A l'hôpital Laënnec, salle Saint-Joseph, n° 22, dans le service de M. Damaschino, se trouve encore actuellement la malade dont nous avons parlé dans notre Revue clinique du 21 juin.

Rappelons que cette femme avait subi, vers le milieu du mois de juin, étant chloroformisée, le redressement forcé des deux pieds dont, par négligence, on avait laissé antérieurement toutes les articulations s'ankyloser dans une attitude vicieuse, pendant le cours d'une paralysie hystérique survenue subitement pour la seconde fois.

Le redressement obtenu, non sans peine, on avait placé les deux jambes dans un appareil inamovible qui ne montait pas jusqu'aux genoux et ne recouvrait pas les orteils. En effet, on tenait beaucoup à pouvoir faire exécuter, tant aux genoux qu'aux orteils, des mouvements d'extension et de flexion forcées afin que, si la paralysie disparaissait, comme il était probable, les articulations eussent repris d'avance une certaine souplesse.

Les choses se sont passées comme on l'espérait. Les mouvements communiqués, qui occasionnaient d'abord une

douleur excessive et s'accompagnaient de craquements, sont devenus beaucoup plus faciles, beaucoup moins pénibles à supporter. En même temps la paralysie proprement dite se dissipait. La malade peut elle-même remuer ses orteils, elle peut plier ses genoux à peu près jusqu'à un angle de 40 degrés, elle peut faire passer une de ses jambes sur l'autre. On n'a pas encore essayé de la mettre droite sur ses pieds; mais ,comme elle est devenue beaucoup plus aisément transportable, on la place chaque jour, quand il fait beau, pendant quelques heures, dans le jardin, les jambes pendantes. Quand on la remet dans son lit, en cas pareil, elle a les pieds et le bas des jambes un peu enflés ; mais cet œdème, tout mécanique, ne persiste jamais longtemps.

Le premier appareil inamovible a été enlevé, il y a un mois environ. Celui qui le remplace monte beaucoup moins haut, et il est divisé en plusieurs sections longitudinales qui servent d'attelles. Le pied aurait toujours tendance à reprendre sa première attitude vicieuse si on ne le soutenait pas un peu. En même temps que la motricité revenait dans les membres inférieurs, les céphalalgies, qui s'étaient calmées depuis quelque temps, ont repris une certaine intensité et une certaine persistance.

A tous les autres points de vue, cette malade se trouve très-bien ; elle a bon appétit, est gaie et remplie d'espoir.

Les règles, qui avaient été supprimées durant les premiers mois de cette maladie, reviennent maintenant sans retard ni avance.

### 5° SCIATIQUES REBELLES TRAITÉES PAR LES INJECTIONS DE NITRATE D'ARGENT.

Un autre malade, dont nous avons parlé dans notre Revue clinique du 23 août, et qui avait subi une injection souscutanée de nitrate d'argent pour une sciatique rebelle, est maintenant complètement guéri de la petite plaie qu'il avait fallu pratiquer pour vider l'abcès phlegmoneux provoqué par le caustique.

La névralgie, qui avait fait place aux douleurs causées par le phlegmon, n'a pas reparu ; elle paraît guérie d'une manière définitive.

Mais la santé générale de cet homme devient de plus en plus mauvaise, sa maladie de poitrine faisant de grands progrès.

A propos de ce malade, M. le docteur Cordes, qui s'est beaucoup servi des injections hypodermiques irritantes contre les névralgies, nous a adressé le sommaire d'un certain nombre d'observations.

Nous y voyons que, dans un cas de névralgie faciale droite, datant déjà de vingt ans, des injections hypodermiques de chloroforme, d'une solution saturée de sel marin, et enfin d'une solution de nitrate d'argent au 5$^{me}$, étaient restées inefficaces ;

Qu'au contraire, dans un cas de névralgie sciatique rattachée à une congestion utérine chez une femme de quarante-deux ans, une seule injection d'une solution de nitrate d'argent au 5$^{me}$ avait suffi pour faire disparaître la douleur (une solution au 10$^{me}$ avait échoué);

Que, chez une autre malade, âgée de dix-huit ans, atteinte de sciatique, une injection de nitrate d'argent vers le point d'émergence du nerf sciatique avait transporté au point poplité le foyer de la douleur, dont une autre injection de nitrate d'argent avait diminué d'intensité, et qui avait disparu après une injection de bronchydrate de quinine.

Qu'une autre sciatique, chez une dame de quarante-trois ans, avait été complètement guérie après deux injections de nitrate d'argent faites à vingt-cinq jours de distance ;

Qu'une autre, chez une dame du même âge, avait également cédé à deux injections de même nature, faites à deux jours d'intervalle;

Qu'enfin, chez une dernière malade, il avait également fallu pratiquer deux fois l'injection pour obtenir un succès complet.

Dans tous ces cas, M. Cordes a injecté un gramme de la solution de nitrate d'argent au 5$^{me}$. Les petits phlegmons consécutifs, très-douloureux, ont duré de deux à trois semaines.

Ce sont là des faits à rapprocher de ceux qui ont été rassemblés par M. Dureaux, dans sa thèse (Paris, 1877).

Dr Victor REVILLOUT.

---

## HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. PARROT.

### Traitement de la syphilis héréditaire chez les nouveau-nés.

En général, on a singulièrement compliqué l'histoire des indications que doit suivre le médecin pour le traitement de la syphilis chez les nouveau-nés ; il faut simplifier ici la thérapeutique avec d'autant plus de soin qu'il s'agit de petits enfants, chez lesquels l'hygiène, aidée d'un très-petit nombre de préparations pharmaceutiques, donnera des résultats excellents. Nous ne nous occupons aujourd'hui absolument que du traitement du nouveau-né, et pas de celui de ses parents syphilitiques. Cette thérapeutique comportant des questions d'un haut intérêt pratique, nous établirons des divisions très-nettes.

I. Faut-il traiter les enfants nés de parents syphilitiques, alors même que ces enfants ne portent aucune trace apparente de diathèse syphilitique ? Faut-il, en un mot, instituer un traitement préventif de la syphilis chez le nouveau-né suspect d'hérédité ?

Les auteurs ne sont pas d'accord sur cette grave question. Les uns, sans hésiter, recommandent de traiter l'enfant pour prévenir les accidents à venir. Ils font alors des distinctions : 1° si le père est seul syphilitique, il est inutile de traiter l'enfant; 2° si la mère a été syphilitique, mais qu'elle se soit traitée pendant sa grossesse, il est encore inutile de traiter l'enfant; 3° quand le père et la mère sont syphilitiques, ou bien quand la mère est seule syphilitique, mais ne s'est pas traitée pendant sa grossesse, il faut administrer le traitement spécifique à l'enfant.

Toutes ces distinctions sont de la casuistique médicale ; elles ne reposent que sur des théories, contestables d'ailleurs. Ainsi l'enfant est aussi syphilitique quand son père seul est atteint que lorsque sa mère est syphilitique. J'établis comme règle formelle : toutes les fois que je suis en présence d'un enfant né de parents qui sont syphilitiques l'un ou l'autre, ou tous les deux à la fois, je ne le traite jamais quand il ne porte aucune trace apparente d'infection syphilitique. Quelle que soit l'infection des parents, leurs enfants ne sont pas nécessairement atteints de syphilis héréditaire.

Je ne crois pas que, pour traiter un mal hypothétique, on ait le droit d'exposer l'enfant aux accidents d'un traitement qui n'est pas inoffensif, surtout chez les nouveau-nés. En

tous cas, si cet enfant reste indemne pendant quinze jours ou un mois, c'est une preuve qu'il n'est pas intoxiqué, ou, s'il l'est, il ne l'est que d'une façon bénigne, et l'on aura facilement raison d'un virus qui se manifeste si péniblement.

II. On doit traiter l'enfant : 1° quand il aura des manifestations apparentes de la syphilis sur la peau, les muqueuses, dans le tissu osseux; 2° en l'absence de ces signes périphériques apparents, quand il présentera des troubles gastro-intestinaux chroniques et tenaces, qui sont rebelles aux traitements ordinaires, ces troubles en effet sont l'indice de la syphilis viscérale ; il faut toujours songer à cette hypothèse quand on les observera. C'est là une règle formelle ; j'ai vu ainsi un enfant mort de ces accidents, sans qu'on ait songé à traiter la syphilis viscérale, qui ne se manifestait pas à l'extérieur, et qui fut trouvée à l'autopsie.

Lorsque l'enfant porte des traces de syphilides apparentes, il faut encore distinguer deux cas, suivant que les manifestations sont précoces, apparaissant au moment de la naissance ou très-peu de temps après, ou bien qu'elles sont tardives, constituées, par exemple, par des syphilides lenticulaires et des manifestations osseuses.

Il est essentiel de bien préciser l'opportunité thérapeutique.

Dans la première catégorie, nous trouvons les plus importantes et les plus nombreuses manifestations de la syphilis, les syphilides hâtives. Presque toujours l'enfant est très-jeune; il apporte la syphilis en naissant. Alors la diathèse est très-active, très-ardente, et gagnera rapidement les viscères si elle n'est pas traitée. Dans ce cas, il n'y a qu'un seul médicament efficace, c'est le mercure; il ne faut pas songer à d'autres. Étudions son mode d'administration et sa posologie. Il peut s'administrer soit à l'intérieur, soit à l'extérieur.

La médication *externe* est la plus ancienne ; primitivement on ne traitait la syphilis que par des frictions. Cette méthode est encore restée la meilleure, la plus efficace et la plus prompte. On l'emploiera chez les enfants qui vomissent tout ce qu'ils absorbent par l'estomac, qui ont des accidents intestinaux et de la diarrhée, qui sont malingres, etc. Si l'on tentait d'administrer le mercure par la voie interne, on ne ferait qu'augmenter leurs accidents et doubler leur athrepsie. Dans cette maladie, la voie externe est la seule absolument et uniquement indiquée. Il y a des contre-indications, dans le cas où l'enfant est couvert d'éruption généralisée, de plaques saillantes et ulcérées, etc.; mais c'est tout à fait exceptionnel. La syphilis a ses lieux de prédilection, et ne va jamais envahir les aisselles et les parties latérales du tronc, qui sont précisément celles où se font les frictions mercurielles.

Le mercure s'administre par frictions avec de la pommade mercurielle, pendant une à cinq minutes, à l'aisselle et sur les régions voisines. D'ailleurs, tout le corps pourrait absorber le médicament, vu la finesse de la peau des petits enfants. On ne fait pas les frictions sur les membres inférieurs ni aux aines et aux cuisses, parce qu'elles sont constamment souillées par l'urine et les matières fécales : les lavages enlèveraient continuellement la pommade, et, d'un autre côté, ces liquides la rendraient irritante.

Quant à la dose du mercure, on n'emploie pas l'onguent mercuriel double, qui contient, comme on sait, des parties égales de mercure et d'axonge. On étend le mercure dans une plus grande quantité de graisse, et l'on prescrit une pommade ainsi composée :

| | | |
|---|---|---|
| Onguent mercuriel double. . . | 1 | gramme. |
| Axonge . . . . . . . . . . . . . | 2 | — |

Trois grammes de cette pommade représentent 50 centigrammes de mercure par jour, dose appropriée à l'enfant nouveau-né, jusqu'à l'âge de un mois. On prescrit une certaine quantité de cette pommade, dans ces proportions, et l'on fait peser une fois les 3 grammes à employer par jour. Une fois connu le volume approximatif de ces 3 grammes, il est inutile de peser tous les jours.

Quand l'enfant a dépassé deux mois, jusqu'à six mois, on emploie par jour :

| | | |
|---|---|---|
| Onguent mercuriel double . . . | 1gr,50 | |
| Axonge . . . . . . . . . . . . | 3 | gr. |

puis, de six mois à un ou deux ans :

| | | |
|---|---|---|
| Onguent mercuriel double . . . | 2 | grammes. |
| Axonge . . . . . . . . . . . . . | 4 | — |

On voit que les doses de mercure ne sont pas augmentées proportionnellement à l'âge des enfants ; c'est qu'en effet, plus on avance, plus la diathèse est amoindrie et déjà épuisée.

On fait les frictions une fois toutes les vingt-quatre heures ; il n'est pas besoin de les dédoubler.

Cette médication est la plus héroïque, la plus prompte, et celle qui rend les plus grands services.

Il y a un autre moyen d'administrer le mercure par voie externe ; c'est la méthode balnéaire, qui consiste à faire plonger l'enfant tous les jours dans des bains renfermant du sublimé. On ajoute un à cinq grammes de deutochlorure de mercure dans une baignoire ordinaire d'enfant. Je n'ai guère employé cette méthode que je considère comme infidèle, inexacte et dangereuse, car elle n'a été conseillée que dans les cas d'ulcération, d'érosion de la peau, où les frictions sont contre-indiquées; mais ces plaies peuvent absorber plus ou moins de sublimé, on n'en sait jamais la quantité. Enfin, les quatre ou cinq minutes pendant lesquelles on peut laisser un petit enfant dans un bain ne suffisent pas pour cette absorption. Il convient de renoncer très-catégoriquement à cette méthode. J'ai écarté de la même façon la méthode des injections hypodermiques de sublimé, préconisée en Italie. Elle produit souvent des irritations de la peau et des phlegmons.

La médication *interne* consiste à faire prendre le mercure par la voie stomacale ; elle est quelquefois la seule qu'on puisse employer. Le médicament le meilleur est la liqueur de Van Swieten, dont l'emploi est très-commode. On sait qu'elle se compose de :

| | | |
|---|---|---|
| Deutochlorure de mercure . . . | 1 | gramme. |
| Alcool. . . . . . . . . . . . . . . | 100 | — |
| Eau . . . . . . . . . . . . . . . . | 900 | — |

c'est-à-dire qu'elle est titrée au millième.

La dose, pour un nouveau-né chétif et malingre, ayant des accidents intestinaux, sera d'une demi-cuillerée à café ; pour un enfant robuste, elle est d'une cuillerée à café, ce qui fait une dose de 2 à 5 grammes de liqueur de Van Swieten, représentant 2 à 5 milligrammes de sublimé.

Mais il ne faut pas administrer cette dose en une fois : il faut fractionner cette quantité, de 2 à 5 milligrammes, rela-

tivement très-considérable pour un enfant, qui pèse quelquefois trois ou quatre livres. On divise cette cuillerée à café en l'introduisant dans un véhicule plus abondant, tel que 25 grammes de sirop de sucre, de gomme ou de capillaire, ce qui donne un total de 30 grammes à administrer par jour de ce mélange. On le donne en six fois, une cuillerée à café (de cinq grammes) chaque fois.

Si l'enfant est au sein, on donne une cuillerée à café avant chaque tetée ; s'il est au biberon, on la donne de même avant de lui donner le biberon. Il faut toujours donner ce médicament *avant* le repas, parce qu'il sera d'autant plus inoffensif qu'il sera noyé dans une plus grande quantité de lait.

Pour les enfants de six mois, on donne une cuillerée à café et demie ; pour ceux de trois ans, deux cuillerées à café.

. . . . . . . . . .

Il serait inutile et malfaisant de donner des doses plus fortes.

West, en Angleterre, recommande beaucoup la préparation d'*hydrargyrum cum cretâ*. Pour un enfant d'un jour à six semaines, cinq centigrammes deux fois par jour, de cette préparation ; huit centigrammes jusqu'à l'âge de trois mois ; dix centigrammes jusqu'à six mois. Il ajoute encore de la craie pure lorsqu'ils ont de la diarrhée.

La deuxième catégorie comprend les syphilides tardives, les syphilides lenticulaires, survenant à l'âge de six mois, un an, deux ans ; ce sont les derniers éclairs d'une diathèse déjà épuisée. Le mal alors n'est plus dangereux ; s'il ne survient pas d'accidents intestinaux tenaces, on est presque certain qu'il n'y a pas de syphilis viscérale. La diathèse n'a pu atteindre les organes profonds, elle s'éteint. On pourrait s'abstenir de tout traitement, lorsqu'on assiste à cette période ; à cet hôpital, nous avons vu ainsi des guérisons spontanées chez de jeunes enfants gros et gras. Cependant il faut prendre, comme ligne de conduite constante, la règle de traiter les enfants, même à cette période. Mais alors il ne faudra jamais leur administrer de mercure. Ce qu'il faut modifier chez ces enfants, qui sont guéris de la syphilis, c'est la constitution de leur organisme, où ils porteront toujours une tendance à engendrer plus tard, non plus des syphilitiques, mais, à mon avis, des rachitiques. On leur administrera de l'iodure de potassium ou de l'iode. A quelle dose ?

L'iodure de potassium peut être prescrit, de six mois à dix-huit mois, à la dose de 15 à 25 centigrammes ; plus tard à la dose de 1 gramme. On divisera cette dose comme on l'a fait pour la liqueur de Van Swieten.

Je préfère à cette préparation l'emploi de la teinture d'iode; on prescrit une mixture :

| | | |
|---|---|---|
| Teinture d'iode. . . . . . . . . | 1 | gramme. |
| Sirop de gentiane ou d'écorces d'oranges amères . . . . . . | 100 | — |

tous les jours une cuillerée à café de cette mixture ; on divise en trois ou quatre doses cette cuillerée à café comme précédemment.

*Traitement local.* Une médication locale n'est pas inutile. La première règle est une propreté rigoureuse : bains tous les jours dans de l'eau de son, de l'eau d'amidon, etc. On emploie ensuite des poudres absorbantes, amidon, lycopode :

| | | |
|---|---|---|
| Amidon . . . . . . . . . | 30 | grammes. |
| Oxyde de zinc. . . . . . | 1 | — |

Un excellent moyen consiste à étendre, sur les ulcérations, un glycérolé de zinc :

| | | |
|---|---|---|
| Glycérine neutre très-pure. . . | 30 | grammes. |
| Oxyde de zinc . . . . . . . . . | 2 | — |

Si ces ulcérations sont profondes et ont une tendance au phagédénisme, on les saupoudre avec de l'iodoforme.

III. Comment doit-on alimenter le nouveau-né syphilitique ? L'alimentation, outre le traitement pharmaceutique, joue un rôle capital dans la guérison de l'enfant syphilitique. Je ne veux pas aborder toutes les questions délicates que soulève cette étude ; je vous renvoie aux belles leçons de M. Fournier (1877) sur ce sujet. Restons sur le terrain absolument clinique et pratique. L'enfant atteint de syphilis héréditaire doit être alimenté le plus possible. La seule nourriture qui lui convienne, et qui lui est indispensable, c'est le lait, lait de sa mère ou lait d'une nourrice mercenaire. Il est malheureusement des exceptions nombreuses à cette règle ; il est une indication capitale : il faut toujours nourrir l'enfant syphilitique avec du lait, et au sein, tant que l'on ne risque pas de contaminer la nourrice. Dès qu'il y a danger pour la nourrice, il faut lui retirer l'enfant. Si la mère est supposée exempte de syphilis, quoique l'enfant soit syphilitique, il faut le faire nourrir par sa mère (Colles et Fournier). Enfin, s'il y a des risques à courir, c'est la mère avant toute autre qui doit les courir. La morale, la philosophie médicale, nous obligent à forcer la mère à nourrir.

Mais, si ce n'est pas possible, il faudra donner l'enfant à une nourrice. Lorsque l'enfant vient au monde, ne portant aucune trace de syphilis, on peut le confier à une nourrice mercenaire : il faut seulement lui recommander quelques précautions : laver la bouche de l'enfant avec un tampon imbibé d'eau alcoolisée, avant de lui donner le sein ; puis laver le sein avec la même solution, après la tetée ; enfin, surveiller avec soin, tous les jours, l'état des muqueuses, de l'anus. Je pense qu'il faut lui donner absolument une nourrice, car, s'il n'a pas une nourrice, sa vie est fortement compromise ; or, nous n'avons pas le droit de l'exposer ainsi à une mort presque certaine, sous le prétexte qu'il pourra devenir syphilitique, car souvent ces enfants ne le sont pas. Sur ce point, je me sépare de l'opinion de beaucoup de maîtres éminents et compétents, à la tête desquels je place M. Fournier. Mais il me semble que c'est une question de vie ou de mort pour le nouveau-né. D'ailleurs, je suis d'accord avec tous pour que, à la moindre trace d'infection, à la moindre tache, à la moindre macule, lors même qu'elle ne paraîtrait pas menacer de contagionner le sein de la nourrice, on cesse immédiatement l'allaitement.

Dans ces cas, faut-il prévenir la nourrice qu'on lui donne un enfant syphilitique ? C'est là une question très-délicate de déontologie médicale : les tribunaux ont condamné des médecins pour avoir livré le secret médical en prévenant la nourrice, aussi bien que pour avoir exposé la nourrice à être contaminée en ne la prévenant pas. Entre ces deux alternatives, quelle conduite tenir ? Il faut prévenir les parents du danger que court la nourrice, de leur responsabilité, et les inviter à renvoyer immédiatement la nourrice, sous un prétexte quelconque ; il faut les décider à renoncer à nourrir leur enfant au sein, dès ce jour même. Si les parents résistent, l'*ultima ratio* du médecin est de se retirer définitivement et de ne plus revoir cet enfant. Il a ainsi respecté le secret médical, et tenté de mettre à l'abri la nourrice qui,

d'ailleurs, se doutera bien de quelque mauvaise affaire, et se retirera souvent, lorsqu'elle verra le médecin abandonner la direction de l'éducation du nourrisson.

Ce précepte nous mène loin du temps de Mauriceau, où l'on ne regardait pas à la crainte de contagionner la nourrice. De nos jours, la nourrice passe avant tout : la santé de la nourrice nous est plus précieuse que la vie même de l'enfant. Nous n'avons plus le droit de donner sciemment la syphilis à une nourrice, en lui confiant un enfant syphilitique.

Si l'on retire sa nourrice à l'enfant, on n'en devra pas moins continuer à lui donner du lait, en l'élevant au biberon, si l'on ne trouve pas d'autre moyen. Assurément, un moyen excellent serait de le faire allaiter par une nourrice syphilitique. A la fin du siècle dernier, l'hospice de Vaugirard donnait ainsi des primes considérables pour s'assurer toujours des nourrices syphilitiques. Souvent, d'ailleurs, le lait de ces femmes est aussi bon que celui d'une nourrice saine. Il est regrettable que cette institution n'existe plus : dans cet hospice, récemment encore, nous avons eu deux nourrices syphilitiques qui nous ont rendu de réels services. Enfin, à défaut de nourrices, on élèvera l'enfant au biberon : le lait d'ânesse est celui qui lui fera oublier le sein maternel le plus facilement; on donnera ensuite du lait de vache. Depuis Mauriceau, Diday, Boudard (de Gannat), etc., on a préconisé l'usage d'une chèvre nourrice ; M. Fournier en est aussi partisan. C'est un excellent moyen, si l'on trouve une bonne installation; mais cette ressource, plus théorique que pratique, n'est pas à la portée de tous ceux qui ont des enfants syphilitiques, et ne pourra guère être vulgarisée. On devra l'essayer, lorsque ce sera possible, quand l'enfant sera assez fort à sa naissance pour saisir le pis de la chèvre : si, après une huitaine de jours de cette alimentation, on s'apercevait qu'elle est insuffisante, on reviendrait au biberon. Employée ici à diverses reprises, cette méthode ne m'a guère réussi ; cependant l'autorité de M. Fournier m'engage à vous la recommander.

IV. Une dernière question pratique surgit, à propos de cette alimentation du nouveau-né : est-il possible, lorsque l'enfant syphilitique est allaité par une nourrice ou par une chèvre, de faire passer dans le lait le médicament antisyphilitique, ce qui dispenserait de l'administrer directement à l'enfant, en donnant le mercure à la nourrice ou à la chèvre ?

Quoique le fait soit nié par des chimistes distingués, il paraît admis assez généralement que le mercure passe dans le lait : mais c'est là un moyen assurément incertain de traiter l'enfant, car on ne sait les doses qu'il absorbe, ni celles que la nourrice elle-même absorbe ; ces quantités, en effet, sont très-variables, et dépendent d'une foule de conditions différentes, agissant sur la nutrition.

Le meilleur moyen est donc l'administration directe du mercure à l'enfant, et on l'administrera à l'enfant *avant* le repas, et non pas en le mélangeant avec le lait dans le biberon, pour les raisons que nous avons énoncées précédemment.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Chassaignac vient de mourir. Depuis longtemps déjà, retiré de la vie active, il ne faisait plus que de très-rares apparitions à l'Académie. Avec lui disparaît un des derniers représentants d'une pléiade de chirurgiens hors ligne, parmi lesquels on pouvait être presque illustre tout en restant au second rang. Nous ne pouvons énumérer ici les œuvres de Chassaignac. Tout le monde connaît celle qui est devenue son principal titre de gloire, ce qu'il a nommé la *Méthode de drainage chirurgical.*

— Par décret en date du 19 août 1879, la chaire de chimie et pharmacie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, prend le titre de chaire de chimie et toxicologie. La chaire de pathologie externe prend le titre de chaire de pathologie externe et de médecine opératoire.

Il est créé à ladite école une chaire de pharmacie et matière médicale.

---

**Nouveau procédé de strabotomie,** par le docteur BOUCHERON, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Octave Doin.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8616.

N° 101. — MARDI 2 SEPTEMBRE 1879. 52e ANNÉE. MARDI 2 SEPTEMRE 1879. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

### Ligature de l'artère sous-clavière pour un anévrysme diffus de l'aisselle.

Nous allons pratiquer une des opérations les plus graves de la chirurgie : l'histoire du malade qui en sera l'objet comporte plusieurs questions très-intéressantes et très-importantes.

Il s'agit d'un homme âgé d'une trentaine d'années qui est entré à l'Hôtel-Dieu, il y a quinze jours, sortant de l'hôpital Lariboisière où il avait été traité pour une pneumonie.

Il avait été ramassé sur la voie publique; il était tombé sur l'épaule droite à la suite de faiblesse, dit-il, mais aussi par l'effet de l'ivresse qui a été constatée à son entrée à l'hôpital.

Quoi qu'il en soit, lorsque je l'ai examiné, vingt-quatre heures après, je trouvai une lésion de l'épaule difficile à déterminer, vu le gonflement considérable de l'épaule. Cependant, ayant remarqué un déplacement certain de la tête humérale, je fis endormir le malade, pensant réduire une luxation incomplète en avant. Pendant l'anesthésie, je pus imprimer quelques mouvements au bras, et je me mettais en mesure de réduire la luxation, quand je sentis une crépitation manifeste, en redressant le bras, à la hauteur du col de l'omoplate. C'est, en effet, à ce point que je suppose qu'existait la fracture. Je plaçai un coussin cunéiforme dans le creux de l'aisselle; on appliqua l'appareil de Desault. Mais, quelques jours après, il fallut l'enlever, la douleur étant intolérable, la tuméfaction ayant considérablement augmenté. Je crus à une adénite sous-axillaire, le coussin de l'aisselle ayant dû être la cause de ce phlegmon. Je fis appliquer des cataplasmes émollients; le gonflement persista les jours suivants; je pensais toujours à l'existence d'un foyer purulent. Le mardi suivant, soit huit jours après l'accident, le malade avait beaucoup souffert la nuit et demandait lui-même l'ouverture de cet abcès. J'y consentis, et, l'interne m'ayant apporté un bistouri, avant de pratiquer l'opération, je rappelai à mes auditeurs le précepte suivant auquel je tiens beaucoup et que j'ai formulé dans l'article *Anévrysme* du *Dictionnaire de médecine* :

« Il est trois points où le médecin doit toujours pratiquer l'*auscultation* avant d'ouvrir les abcès de ces régions : c'est 1° au creux poplité; 2° à l'aine; 3° à l'aisselle. » Avant donc d'ouvrir l'abcès supposé, je pratiquai l'auscultation et... j'entendis un *bruit de souffle* intense. Nous avions affaire à un anévrysme axillaire; les pulsations n'existaient pas alors, mais elles sont revenues depuis avec l'expansion et tous les signes d'un anévrysme. Que cet exemple vous serve une fois de plus de leçon, et qu'il se grave bien dans la mémoire de tous!

Déjà une fois, à l'hôpital Saint-Louis, je fus appelé dans le service de Denonvilliers, par M. Tillaux, qui était alors son interne, pour ouvrir ce qu'il supposait un abcès de la région poplitée; avant de toucher au bistouri, j'auscultai, et je découvris que c'était un anévrysme de l'artère poplitée, dont je fis d'ailleurs la ligature et qui guérit.

Notre malade était donc incontestablement atteint d'un anévrysme de l'artère axillaire. Quelle était son étiologie? Il est certain que c'est un anévrysme traumatique; l'artère a été rompue très-probablement par une esquille de la fracture de l'épaule; on a déjà vu, en effet (hôpital Saint-Barthélemy de Londres), une femme âgée de cinquante-cinq ans, qui, étant tombée sur l'épaule, se fit une fracture; une esquille de la fracture de l'humérus ouvrit l'artère; elle mourut très-rapidement.

Chez notre malade, nous avons sans doute une fracture du col de l'omoplate qui aura blessé l'artère par le même mécanisme. L'anévrysme se sera produit non pas immédiatement, mais quelques jours après, comme c'est la règle.

Je crois, d'ailleurs, me rappeler maintenant que dès les premiers jours j'ai senti quelque chose de dur dans cette région; mais cela ne m'avait pas inquiété et ce n'est que lorsque la lésion a été beaucoup plus avancée que le diagnostic s'est imposé.

Que deviennent ces anévrysmes de l'artère axillaire? Ils augmentent continuellement et progressivement. Un sac ne pouvant se former, la région s'infiltre de sang; l'anévrysme décolle les aponévroses voisines, comprime les nerfs, les veines, repousse le grand pectoral et envahit la région sus-claviculaire. A la longue, les tissus distendus, sphacélés, s'ulcèrent, le malade meurt immédiatement. Ainsi Leudet (de Rouen) a vu un malade, qui refusait formellement de se laisser opérer, succomber foudroyé par une hémorrhagie dès

que l'eschare tomba. Leroy (de Caen) a observé le même fait chez un jeune homme de quinze ans.

Le pronostic est horriblement sombre; sur 26 cas d'anévrysme axillaire, Le Fort n'a compté que 5 guérisons.

La temporisation est cependant impossible; le sang s'épanche tous les jours davantage; les téguments se gonflent, le creux de l'aisselle se remplit, les plexus nerveux sont déjà comprimés. L'anévrysme a triplé de volume en huit jours. Si l'on attend encore, il deviendra impossible de faire la ligature, soit au-dessus, soit au-dessous même de l'anévrysme. Car, il faut le dire immédiatement, ce n'est que la ligature que nous pouvons opposer à cette grande lésion; la méthode de Valsalva n'est plus à discuter; Pelletan en a observé un exemple; après plusieurs saignées pratiquées pour un anévrysme axillaire, l'anévrysme se rompit néanmoins et la mort fut immédiate.

Dans six cas on a fait la ligature de l'axillaire au-dessous de la clavicule à travers le grand pectoral; on eut quatre morts. Dupuytren mit quarante minutes à faire cette opération.

L'ouverture du sac par la méthode ancienne, pour en enlever les caillots, est un procédé qui ne compte pas un seul succès; il est, en outre, très-difficile à exécuter, car on se trouve inondé de flots de sang, sans pouvoir comprimer efficacement l'artère sur la clavicule. Desault fut ainsi obligé, pour arrêter le sang, de faire une ligature temporaire sur tout le plexus nerveux et artériel; les vaisseaux, ayant été contusionnés, se sphacélèrent, et une hémorrhagie foudroyante emporta le malade.

Il ne faut pas songer à l'injection de perchlorure de fer, dans un pareil cas d'anévrysme diffus et volumineux; à la rigueur, ce procédé pourrait tout au plus rendre quelques services dans les cas de petits anévrysmes. Ici, les caillots pourraient refluer dans le segment supérieur de la circulation et causer une mort subite immédiate, comme Broca en a observé un exemple. On peut être certain que le perchlorure, dans tous les cas d'anévrysmes de la racine des membres, est d'une inutilité absolue.

La compression est impossible lorsqu'il s'agit d'un anévrysme diffus; on ferait refluer le sang et l'on rendrait l'anévrysme plus diffus encore. Il n'y a donc à employer que la ligature de l'axillaire ou de la sous-clavière.

La ligature de l'axillaire serait moins facile, moins sûre et moins certaine que la ligature de la sous-clavière. On a lié la sous-clavière 9 fois dans 26 cas d'anévrysme axillaire; il y eut 5 morts et 4 guérisons.

On peut la faire soit en dedans, soit au milieu, soit en dehors des scalènes. La première ligature, en dedans des scalènes, est presque impraticable, surtout du côté droit; il ne resterait après la ligature qu'un centimètre de caillot jusqu'à la naissance de la carotide, ce qui serait insuffisant.

Entre les scalènes, la ligature devient un peu meilleure, quoiqu'elle soit encore très-peu favorable. C'est toujours en dehors des scalènes qu'il faudra, quand c'est possible, faire la ligature de la sous-clavière : 1° parce qu'on s'éloigne le plus des troncs artériels; 2° parce qu'à ce point la veine sous-clavière s'éloigne de l'artère et que l'on n'a pas à redouter de la comprendre dans la ligature de l'artère, dont elle est séparée par l'épaisseur du muscle scalène antérieur. Mais il y a plutôt à redouter, soit de prendre pour l'artère le faisceau le plus inférieur du plexus brachial, soit de lier les nerfs en même temps que l'artère, comme cela est arrivé aux plus grands chirurgiens.

Je ne veux pas décrire ici les divers procédés employés pour cette ligature; je la ferai suivant la méthode de Lisfranc, car je crois inutile de faire l'incision en T renversé de Marjolin, ou celle à lambeau de Mott (de Philadelphie); il suffit de bien écarter les lèvres de la plaie.

Je ne m'éloignerai de la méthode classique que par le détail suivant : comme les hémorrhagies secondaires paraissent être facilitées par l'ulcération de l'artère au contact du fil de soie avec lequel on fait la ligature, au lieu d'y laisser un fil de cette nature qui jouerait le rôle de corps étranger, je me servirai d'un fil de catgut. Cependant le fil de catgut ne serait pas assez résistant pour rompre les deux tuniques, moyenne et interne, de l'artère que doit rompre toute ligature; je ferai préalablement la ligature avec un fil de soie; les tuniques étant rompues, à la place du fil de soie, je passerai le fil de catgut que je laisserai dans la plaie. Afin de pouvoir retirer le fil de soie, en faisant la ligature, j'interposerai entre ce fil et l'artère un petit bâtonnet de bois, un peu aplati, ce qui permettra de desserrer la ligature facilement. Je passerai ensuite le fil de catgut dans le sillon ainsi formé par le fil de soie.

*Opération.* — L'opération a été exécutée avec la plus grande précision, d'une façon pour ainsi dire mathématique. L'artère était à cinq centimètres de profondeur. On ne peut atteindre le tubercule de la première côte qui n'est malheureusement guère prononcé; mais, en se guidant par le relief du scalène antérieur, on arrive à l'artère, dont on sent les légers battements sous le doigt; la faiblesse de ces battements est extrême. Lorsque l'on comprime l'artère, on n'entend plus le bruit de souffle dans la tumeur, mais on y entend des battements qui sont reconnus pour les battements rhythmiques du cœur. Cette épreuve préalable de l'auscultation ayant été faite avant de lier définitivement l'artère qui était saisie sur le fil, la ligature est faite suivant la méthode que nous venons de décrire.

Il s'est écoulé à peine quelques gouttes de sang de la plaie.

La plaie est lavée à l'alcool camphré, et des sutures et des serres-fines ont été appliqués.

Le lendemain de l'opération, nous avons trouvé le malade sans fièvre; mais un peu de liquide sanguinolent s'échappait le long des fils de la plaie; la tumeur était silencieuse. Du collodion fut appliqué sur les bords de la plaie.

Le jour suivant, une odeur désagréable se dégageait; les bords de la plaie étaient sphacélés. Les jours suivants, les phénomènes s'aggravent; la pneumonie du côté droit, pour laquelle ce malade avait été soigné précédemment à l'hôpital Lariboisière, semble réveillée; le souffle, les crachats reviennent. La température s'élève à 38°,7, puis à 39°,5 le matin.

Quoique le fond de la plaie paraisse bien refermé, il est fort à craindre que le sphacèle des bords de la plaie ne gagne le fond et que, les parois du vaisseau s'ulcérant, il ne survienne une hémorrhagie secondaire qui serait mortelle; car, après les ligatures de ce genre, l'hémorrhagie secondaire, c'est la mort inévitable. Il est, en effet, impossible de faire une nouvelle ligature au-dessus de la première, sur des parois vasculaires ramollies et tombant en granulations sphacélées.

Après la ligature, le bras est resté chaud; cependant le malade se plaint, la nuit, de sensation de brûlures dans le bras; c'est le sang qui revient par les capillaires.

Cependant, les jours suivants, le sphacèle a progressé, et

trois hémorrhagies secondaires se produisent successivement et entraînent la mort de l'opéré, qui a succombé huit jours après la ligature.

A l'autopsie on trouva, non pas un anévrysme, mais trois anévrysmes successifs en chapelet. La dissection en a été confiée à M. Farabeuf; nous rendrons compte des particularités qui y auront été signalées.

---

## HOPITAL COCHIN. — M. Bucquoy.

### Albuminurie de la grossesse, éclampsie, accouchement prématuré, érysipèle contagieux; guérison.

Nous nous occuperons aujourd'hui de l'histoire d'une malade que vous avez pu suivre dans le service, au n° 22 de la salle Saint-Jean, et qui nous a présenté successivement à étudier l'albuminurie dans la grossesse, des accidents d'éclampsie grave, l'accouchement prématuré et enfin un érysipèle sérieux, consécutif à la saignée pratiquée pendant l'éclampsie. C'est une jeune fille, âgée de dix-neuf ans, fleuriste, qui en était à sa première grossesse, au sixième ou septième mois, au moment de son entrée à l'hôpital, le 3 mars. Elle avait toujours joui d'une bonne santé, quand, six semaines auparavant, elle vit apparaître un œdème considérable des membres inférieurs; elle essaya de continuer son travail; mais, à cette date, elle fut obligée d'entrer dans notre service. L'œdème n'avait pas diminué, et l'examen de l'urine dénota la présence d'une quantité considérable d'albumine; cependant la malade ne présentait aucun des phénomènes nerveux de l'albuminurie. Elle fut soumise au régime lacté. L'œdème augmenta encore et s'étendit jusqu'aux grandes lèvres.

Le 11, sans aucun prodrome, la malade fut prise tout à coup d'une attaque convulsive, précédée de la perte de connaissance; c'étaient les convulsions de l'éclampsie. Elle sortit de cet état sans tomber dans le coma. Le lendemain, la malade présenta une nouvelle attaque, beaucoup plus violente que la première; les attaques se renouvelèrent dans la journée, à plusieurs reprises, avec une grande intensité; l'interne du service, M. Barth, lui fit une saignée de 200 grammes, suivie d'applications de sangsues aux apophyses mastoïdes, chloroformisation pendant les accès et lavements de chloral (8 grammes), etc. Le soir, les accidents cessèrent, la malade restait un peu fatiguée, mais ne présentait plus de phénomènes nerveux. Cependant, dès ce jour, commencèrent à se manifester et à évoluer les phénomènes d'un érysipèle grave, survenu au niveau de la piqûre de la saignée au bras droit.

Notons, en passant, le caractère contagieux de cet érysipèle qui éclata chez une malade placée dans un lit en face duquel était couchée une autre fille atteinte d'érysipèle de la face; cette fille ayant, elle aussi, contracté son érysipèle accidentellement dans une autre salle où elle était aussi couchée en face d'une autre malade atteinte d'érysipèle.

L'érysipèle affecta, chez notre jeune fille, une forme assez grave, avec une température élevée, un frisson intense, un pouls faible et fréquent, atteignant 130 pulsations et une température de 41°; il y eut une défervescence les cinquième et sixième jour, puis cette recrudescence dont je viens de signaler les caractères; nous pensions même avoir affaire à un érysipèle phlegmoneux, mais la température retomba à 37°. Cet érysipèle, à poussées successives, n'est pas si grave que l'érysipèle qui évolue sans défervescence.

Le 14, nous avions aussi constaté un autre phénomène causé par l'éclampsie; l'accouchement prématuré, accompli d'ailleurs sans incident, d'un fœtus mort depuis quelques jours seulement, probablement au début des accidents éclamptiques.

Cette observation, dont je viens de vous faire le résumé succinct, nous amène à discuter une grande question, celle de l'albuminurie dans la grossesse. Quelles en sont les causes et quelles en sont les conséquences?

Si Gubler a pu écrire qu'une légère albuminurie est un phénomène normal de la fin de la grossesse, c'est parce qu'il parlait d'une petite albuminurie, sans phénomènes généraux, sans œdème, qui est une curiosité presque physiologique plutôt que pathologique, et qui, le plus souvent, passe inaperçue. Mais il en est tout autrement de l'albuminurie de la grossesse, accompagnée d'œdème considérable et caractérisée par la présence d'une grande quantité d'albumine dans les urines. Aussitôt que nous avons constaté ces deux phénomènes, nous avons pu redouter l'éclampsie puerpérale. L'albuminurie ne survient pas indifféremment dans toutes les grossesses; ici, c'est chez une jeune fille de dix-neuf ans, enceinte pour la première fois. En effet, la primiparité est une condition de premier ordre; l'albuminurie éclate rarement à une seconde ou une troisième grossesse, même lorsque la première a été troublée par l'albuminurie et l'éclampsie.

Ainsi, d'après Scanzoni, sur 296 éclamptiques, 235 étaient primipares. Quant à la coïncidence de l'albuminurie, on rencontre quelques femmes chez lesquelles la grossesse produit de l'œdème, par pure action mécanique, sans albuminurie. Cependant beaucoup d'auteurs pensent que l'œdème et l'albuminurie ne sont que l'effet mécanique de la compression des vaisseaux par le globe utérin; cette compression des veines cave et rénales troublerait la sécrétion urinaire, et cela suffirait pour expliquer l'albuminurie. Mais ces conditions devraient se rencontrer plus fréquemment, s'il n'y avait pas une autre cause plus spéciale de l'albuminurie. On a dit aussi que les primipares ne sont pas dans les conditions où elles se trouveront dans les grossesses ultérieures, la paroi abdominale n'étant pas encore éraillée et résistant plus énergiquement à la distension et par suite augmentant la tension intra-abdominale.

Gubler n'a pas accepté cette théorie purement mécanique et a constitué une théorie chimique de l'albuminurie; pour lui la cause du passage de l'albumine dans les urines tient à l'exagération de la quantité de matières albuminoïdes dans le sang, superalbuminose produite parce que la mère fabrique trop d'albumine pour son enfant ou parce que l'enfant n'en consomme pas assez; la surcharge qui reste dans la circulation est déversée au-dehors par la voie rénale. On a remarqué que les enfants des femmes albuminuriques sont presque toujours débiles et ont souffert pendant la gestation.

Je préfère la théorie mécanique, mais je ne crois pas exclusivement mécanique la cause de l'albuminurie; je pense qu'il faut tenir compte de la modification qui se produit chez une femme enceinte pour la première fois, de l'hydrémie, de la chloro-anémie qui sont si fréquentes et qui doivent aussi jouer un rôle dans l'étiologie.

Nous savons que, dans les autopsies des femmes qui succombent trop souvent à l'éclampsie puerpérale, on trouve

les reins assez volumineux, fortement congestionnés; les cellules épithéliales des canaux flexueux présentent la tuméfaction trouble et remplissent le calibre de ces canaux; elles sont éliminées avec les urines et y forment un dépôt plus ou moins abondant. Plus l'altération est ancienne, plus on les trouve à un état de dégénérescence granulo-graisseuse avancée. Le reste de l'organe rénal est normal; il n'y a pas de gonflement des glomérules de Malpighi, pas de prolifération nucléaire dans le parenchyme; les tubuli sont encore tapissés et contiennent à peine quelques cylindres hyalins que l'on retrouve au milieu des cellules épithéliales. Ces lésions se rapprochent de celles de la néphrite desquamative qui n'est qu'une forme de la néphrite catarrhale. Il n'y a donc qu'une affection passagère, une inflammation superficielle, ce que j'appellerais volontiers une sorte de rhume de cerveau des canalicules urinaires.

D'après Rosenstein, on ne peut ranger ces lésions dans le cadre des inflammations rénales, parce qu'il n'y a que stase mécanique, congestion mécanique sans exsudat, sans inflammation. Je ne pense pas qu'on puisse conclure de ce caractère superficiel de l'inflammation qu'il n'y a pas inflammation; le coryza ne détruit pas la membrane de Schneider, il n'en est pas moins une inflammation.

Quoi qu'il en soit, le rein est dans des conditions de congestion qui favorisent le trouble des fonctions urinaires et à la suite desquelles éclatent les accidents de l'éclampsie. Au point de vue de la fréquence relative de l'éclampsie et de l'albuminurie des femmes enceintes, Regnault a vu 11 cas d'éclampsie sur 20 femmes albuminuriques; Blot 7 cas sur 41; Meyer 7 cas sur 31, soit, en moyenne, à peu près 1 cas d'éclampsie sur 4 cas d'albuminurie.

Les accidents éclamptiques sont convulsifs et comateux; ils surviennent, en général, au moment même de l'accouchement. Quant à la manière dont ils se révèlent, tandis que dans le mal de Bright l'urémie a quelques prodromes, céphalalgie persistante, nausées, vomissements, troubles de la vue, chez la femme enceinte et albuminurique l'éclampsie éclate subitement, sans que la malade ait présenté trace d'obtusion intellectuelle. Je ne vous ferai pas le tableau mouvementé des phénomènes si effrayants d'une attaque d'éclampsie; c'est la répétition d'une attaque d'épilepsie franche, avec cette différence que l'attaque éclamptique a son début subit, sans aura, sans cri initial, et présente une période de convulsions toniques, puis une période de coma prolongée. Notre jeune malade a perdu subitement connaissance, a été prise de convulsions moins généralisées que dans l'épilepsie, de grimaces de la face, puis successivement de tout le corps; des secousses tétaniformes se sont produites, puis des mouvements cloniques et enfin un coma profond. Pendant la perte de connaissance, la sensibilité est abolie. Il est rare qu'il n'éclate qu'une seule attaque; elles se succèdent ordinairement à d'assez courts intervalles. Le lendemain de sa première attaque, notre jeune fille a présenté une série d'attaques successives, sans sortir de l'état comateux où elle était tombée. Au moment de l'attaque, la contraction convulsive des muscles inspirateurs est plus à redouter que dans l'attaque épileptique; Rayer a vu ainsi succomber une femme à sa première attaque éclamptique.

La marche de l'éclampsie est rapide; les attaques sont rapprochées, mais elles ne durent jamais bien longtemps. Elles se répètent huit, dix, quinze fois en quarante-huit heures, parfois même soixante et cent fois (Pajot, Bailly), ce qui n'a pas empêché la guérison.

Les conséquences de l'éclampsie frappent la mère et l'enfant. Pour la mère, l'éclampsie est une cause de mortalité. Réunissant les statistiques de Mauriceau, de Mme La Chapelle, etc., Bailly a trouvé une mortalité de 42 p. 0/0, soit un décès sur 2,33. Mais ces statistiques, hâtons-nous de le dire, ont été établies à une époque où nous ne disposions pas de moyens de traitement aussi énergiques et aussi sûrs qu'aujourd'hui. Plus récemment, Scanzoni a trouvé une mortalité de 29 p. 0/0; actuellement on constaterait certainement des proportions moindres encore. Ainsi, j'ai vu guérir les divers cas d'éclampsie que j'ai observés, à l'exception d'un ou deux.

La mort survient au milieu d'une attaque par asphyxie subite, dans une contracture inspiratoire; mais, le plus ordinairement, c'est pendant la période comateuse qu'arrivent les accidents mortels, par asphyxie progressive ou par des accidents cérébraux.

Pour le fœtus, les conséquences de l'éclampsie sont encore plus graves que pour la mère. Scanzoni a trouvé 44 p. 0/0 de mortalité. La mort du fœtus précède souvent l'accouchement. La cause de l'éclampsie n'est pas la mort du fœtus, comme on l'a avancé quelquefois, car l'éclampsie a souvent précédé la mort du fœtus; c'est, par exemple, le cas de notre malade. Les enfants meurent encore pendant le travail de l'accouchement, et c'est la raison pour laquelle il est urgent d'intervenir et de terminer rapidement l'extraction du fœtus. Souvent encore les enfants, nés vivants malgré les attaques d'éclampsie, succombent quelques jours après, expiant tardivement les influences fâcheuses déterminées par l'éclampsie et l'albuminurie.

L'accouchement prématuré est souvent le résultat de l'éclampsie; c'est ce qui est arrivé pour notre jeune fille.

Les accidents cessent après l'accouchement avec une rapidité merveilleuse; la convalescence et le retour à la santé sont aussi rapides, ainsi que la disparition de l'albuminurie.

Je ne m'arrêterai pas à discuter les causes prochaines de l'éclampsie; vous savez qu'on a formulé deux théories: l'une, purement anatomique, fondée sur les lésions du cerveau; l'autre, chimique, reposant sur les phénomènes d'intoxication. Il est rare que les sujets ayant succombé à l'éclampsie, avec des phénomènes encéphalopathiques, ne présentent pas, à l'autopsie, quelques lésions cérébrales; on voit toujours de la congestion, de la suffusion séreuse des méninges et souvent de l'épanchement ventriculaire. Coindet, Odier, Rilliet, Barthez, Hardy, Béhier, etc., avaient tous insisté sur ce point que les accidents éclamptiques étaient l'apoplexie séreuse des anciens. Mais tout à coup les esprits se sont tournés vers un autre ordre d'idées; l'idée d'intoxication fut soulevée, et, en 1833, Wilson prononça le mot d'urémie. On constata que, lorsqu'il se développe des accidents cérébraux, la quantité d'urée diminue et tombe au chiffre de 7,2 pour mille au lieu de 33 pour mille. On pensa donc qu'il restait un excès d'urée non éliminée dans le sang. Malheureusement les expériences physiologiques de Gallois, Frerichs, Cl. Bernard ont démontré que l'urée n'est pas un poison et qu'elle ne serait toxique qu'à des doses considérables; elle s'élimine par d'autres voies, intestins, poumons, etc. On ne peut donc attribuer ces accidents à la présence de l'urée dans le sang.

En 1851, Frerichs pensa que, si ce n'est pas à l'urée, c'est à un corps dérivé de l'urée, au carbonate d'ammoniaque qu'il faut rapporter l'éclampsie; à cette époque, on répétait constamment l'expérience banale qui consiste à placer

devant la bouche des malades une baguette de verre trempée dans l'acide chlorhydrique pour constater que l'expiration était ammoniacale. Ce fut l'ammoniémie quand on attribua l'intoxication à l'ammoniaque (Treitz). Depuis cette époque les auteurs ont modifié les diverses interprétations. Ce qu'il faut en retenir, c'est que tous les cliniciens admettent une intoxication du sang, mais elle ne suffirait pas pour produire l'éclampsie; il faut tenir compte des phénomènes encéphaliques qui doivent y jouer aussi un certain rôle. Aujourd'hui la théorie de Traube est la plus acceptée; elle tient compte à la fois des grosses lésions cérébrales et de l'altération du sang, mais elle y ajoute l'influence de l'œdème cérébral proprement dit et de l'anémie cérébrale. Elle est difficile à démontrer, et elle n'est acceptable qu'autant qu'il existe une altération du sang; mais quelle est-elle? on a cherché un poison spécial; Schottin l'attribue aux matières extractives non éliminées.

Que doit-on faire lorsqu'on se trouve en présence d'une attaque d'éclampsie? Il convient, auparavant, de traiter avec soin l'albuminurie des femmes enceintes, par le régime lacté, les diurétiques et les évacuants. Mais, si l'éclampsie éclate, on doit prescrire le bromure de potassium à doses massives. J'en donne 8 grammes à prendre en deux fois, le matin et le soir, de façon que la malade prenne 1 gramme chaque heure. La saignée doit être employée largement (200 à 400 grammes de sang). Les sangsues constituent aussi un moyen adjuvant de la saignée. Le chloroforme est administré tant que durent les accidents convulsifs; on ajoute beaucoup à son action en prescrivant, en même temps, le chloral en lavements (4 à 8 grammes, une à trois fois par jour).

Faut-il provoquer l'avortement ou plutôt l'accouchement prématuré? Oui, si la grossesse est assez avancée; non, si elle n'est qu'au sixième ou septième mois et que le fœtus n'ait que peu de chances de vivre après l'accouchement provoqué.

Heureusement le traitement médical de l'éclampsie réussit le plus souvent à prolonger la grossesse jusqu'au terme. Si l'éclampsie provoquait le travail et l'accouchement, on doit terminer l'extraction du fœtus le plus rapidement possible par les manœuvres obstétricales habituelles.

---

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE COMPARÉE

### DES MÉTAUX ET DES AIMANTS AU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE

Par M. le docteur BURQ.

Voici deux observations d'affections nerveuses tenaces où la métallothérapie a fait ce que n'avaient pu faire les applications magnétiques.

1° Le sujet de la première observation est le père même de cette intéressante malade bimétallique de M. Fieuzal, présentée à la Société de biologie par M. le professeur Charcot, qui fut très-rapidement améliorée, d'abord par l'or extra et intus, puis définitivement guérie par la simple application d'une plaque d'argent, dont M. Burq avait fixé les effets par la superposition d'une plaque de Maillechort.

Il ne s'agit ici de rien moins que de cette affection si rebelle, *la crampe des écrivains*. Depuis longtemps déjà le malade, qui est comptable, avait beaucoup de peine à écrire. Cependant avec de la volonté, des électrisations répétées et de petits procédés qu'il imagina pour mieux tenir sa plume, il put encore continuer à exercer sa profession; mais, en septembre 1878, il dut renoncer complètement à écrire et fut obligé de quitter la place qui lui assurait son pain et celui de sa famille.

Reprenant alors le chemin de la Salpêtrière, où il avait si souvent conduit sa fille, il alla (en octobre) consulter M. Charcot qui le confia à M. Vigouroux.

« Je fus traité par l'aimant, — écrivait le malade à la date du 9 février à M. Burq, — qui me ramenait la sensibilité au bras droit, lorsque j'étais à son contact, et la faisait disparaître dans le bras gauche (il y avait ce que vous appelez transfert); mais, aussitôt que je quittais l'aimant, je revenais au même état où j'étais en entrant. Au bout de trois mois de ce traitement, M. Vigouroux me conseilla de ne plus revenir, attendu que l'aimant ne faisait rien sur moi et que je perdais mon temps. Je me souvins alors du traitement métallothérapique que vous aviez fait suivre à ma fille.

« Je m'en allai avec une ancienne ordonnance chercher du chlorure d'or (solution 1/20) et, matin et soir, j'en pris 4 à 5 gouttes dans un peu d'eau. Je m'appliquai ensuite sur le bras droit quelques pièces d'or cousues sur un ruban, que je gardais et garde encore jour et nuit.

« Voilà ce que je fais depuis un mois à peine et ma position s'est tellement améliorée que je n'ai point hésité à entrer dans une maison de banque où, de huit heures du matin à sept heures du soir, la plume, que je tiens bien maintenant, ne quitte point mes doigts.

« Cette lettre est très-longue, mais c'est pour que vous puissiez mieux vous rendre compte de mon écriture. »

M. Dumontpallier ajoutant quelques commentaires à cette intéressante observation a fait passer sous les yeux de la Société de Biologie deux lettres du malade, celle du 7 février, de laquelle sont extraites les lignes précitées et qui n'a pas moins de trois grandes pages in-4°, et une deuxième, postérieure de près de trois mois, où l'écriture est encore plus nette et plus correcte.

2° La deuxième observation porte pour titre: *Hôtel-Dieu; service de M. le professeur Panas; amblyopie, anesthésie* absolues et *parésie* de tout le côté droit, *paralysie complète* de la vessie, *vomissements incoercibles, aménorrhée* et *leucorrhée* types, etc., survenus, il y a dix mois, à la suite d'attaques d'éclampsie puerpérale graves. Insuccès *de l'or et de l'aimant, amélioration rapide par le platine intus.*

La malade de M. Panas était bimétallique comme la malade de M. Fieuzal.

Elle répondait aussi un peu à l'or, mais surtout au platine.

Le premier métal lui fut d'abord administré et appliqué sans aucun résultat; l'état de J. M. ne fit qu'empirer, et la température dans le creux de la main anesthésiée, bien que nous fussions en été, descendit à 25°. A ce moment la malade entra en plein dans la période de ce que j'ai appelé les *aptitudes métalliques dissimulées.* N'obtenant rien, ni sur la sensibilité, ni sur la motilité avec les métaux, j'essayai de l'aimant. Je l'appliquai à différentes reprises au bras et à la jambe, le pôle N. tantôt en haut et tantôt en bas; l'esthésiomètre et le dynamomètre continuèrent à rester absolument muets.

J'eus alors recours à l'*ultima ratio* de la métalloscopie, à la *métallo-thermoscopie*, et j'arrivai, par l'application de cinq plaquettes de platine sur l'avant-bras, à faire monter le thermomètre dans la main correspondante de 25°,5 à 35°,5.

L'aimant appliqué comparativement ne peut jamais élever la température au-delà de 30° à 31°.

J'injectai alors environ 1 gramme de solution de chlorure de platine à 1/100 dans les mêmes parties où antérieurement, avec une solution de chlorure d'or au même titre, je n'étais parvenu à obtenir que de l'enflure avec menace du phlegmon, et bientôt, en même temps que se produisaient les phénomènes subjectifs habituels de fourmillements, de chaleur, de tiraillements, de douleur même, etc., je vis réapparaître la sensibilité des parties profondes vers les parties superficielles, la force musculaire marqua 40 k. au lieu de 20, le thermomètre monta, et tous ces phénomènes objectifs persistèrent encore plus ou moins trois jours après.

La malade fut traitée en conséquence par le chlorure de platine en solution à 1/100. On le lui administra par l'estomac à dose progressive, à partir de 20 gouttes, en deux fois avant les repas, et un peu par la méthode endermique, et, à partir de ce moment, les accidents, qui avaient résisté jusque-là à tous les traitements, furent conjurés avec une extrême rapidité.

De cette observation ressort :

A. Que jamais le sel de platine, qu'on administrait dans un verre d'eau, ne fut rendu, et que les vomissements avaient complètement disparu au bout de quelques jours ;

B. Que, dès le cinquième jour du traitement, les règles revinrent, durèrent trois jours consécutifs, ce qui ne leur était jamais arrivé, et qu'il ne fut bientôt plus question de la leucorrhée ;

C. Que, fin de la première semaine, il a suffi d'une seule injection de chlorure d'or sur l'hypogastre pour rendre, après des effets subjectifs et objectifs semblables à ceux qui avaient suivi chaque injection sur les membres, leur cours normal aux urines ;

D. Qu'une injection sur la tempe, pratiquée tout au début sous les yeux de M. Panas lui-même, a aussi suffi pour rétablir en grande partie la vision, qui a fini par devenir aussi nette que dans l'état normal ;

E. Que, successivement, toutes les sensibilités (générale et spéciale) se sont rétablies, à commencer, pour la sensibilité tactile, dans les parties dont elle avait dû disparaître tout en dernier, c'est-à-dire à la plante du pied et à la paume de la main ; que la force musculaire est arrivée au chiffre, tout à fait exceptionnel chez la femme, de 50 kilogrammes, et l'amyosthénie intestinale a elle-même disparu, de façon que les selles se sont très-vite régularisées, et que la circonférence prise au niveau de l'ombilic a marqué près de 35 centimètres en moins au bout de quelques jours ;

F. Que la main est arrivée à marquer au thermomètre 37°,5 sans métal, et que toute piqûre devenait rapidement partout sanglante ;

G. Qu'au fur et à mesure de son administration interne, le platine récupérait toute son action extérieure, ou, en d'autres termes, les *aptitudes métalliques étaient mises en évidence ;*

H. Qu'en même temps que les choses se passaient de la sorte du côté des sens, des muscles pleins et creux, de la température et de la circulation capillaire, et *toujours à l'unisson*, la malade mangeait avec plaisir et se reconstituait tant et si bien, quoiqu'on eût cessé de lui administrer toute préparation martiale, qu'au bout de quinze jours à peine, son aspect était tout autre, et ses globules, comptés dans le cabinet d'histologie de l'hôpital, sous la direction de M. le docteur Debove, étaient au nombre de 4,630,000 par millimètre cube ;

I. Enfin, — et cela est fort important à noter, — il est arrivé quatre fois que le traitement a été suspendu, soit intentionnellement, soit parce qu'on manquait de sel de platine, et chaque fois il y a eu rechute partielle ou imminente.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Nature de la paralysie générale des aliénés.** — Après avoir démontré que les muscles volontaires ne sont jamais, à aucun degré, atteints de paralysie, M. Christian a fait de nouvelles recherches qui lui ont permis de constater : 1° qu'il n'y a de dégénérescence graisseuse des muscles que lorsque la paralysie générale est compliquée d'hémiplégie ; 2° que la contractilité et la sensibilité électriques peuvent être conservées ; 3° que le sens musculaire et la sensibilité tactile peuvent également être intacts ; en un mot que le muscle peut conserver toutes ses propriétés intrinsèques.

S'il en est ainsi pour les muscles volontaires, en est-il de même pour les muscles de la vie organique ? Les paralytiques étant tous *gâteux*, on suppose généralement qu'il existe chez eux une paralysie de la vessie et du rectum. M. Ghristian croit que cette opinion est erronée, et il s'efforce de prouver que, dans la très-grande majorité des cas, le fait d'être gâteux est absolument indépendant de toute lésion de la vessie ou de l'intestin. Les enfants, les idiots, les déments, les aliénés maniaques ou lypémaniaques, les malades atteints de fièvres graves, sont gâteux sans qu'il y ait aucune altération locale et uniquement parce qu'ils n'ont pas appris à régler l'exonération ou qu'ils l'ont oublié ; c'est un phénomène purement cérébral. Il en est de même chez les aliénés paralytiques. En résumé, M. Christian conclut que dans la paralysie générale il n'y a trace de *paralysie vraie* dans aucune partie de l'appareil musculaire. Cela étant, quelle est la nature de la maladie ? L'anatomie pathologique n'ayant encore fourni aucune donnée certaine, M. Christian pense que la clinique seule peut résoudre le problème. La clinique prouvant que l'intelligence est graduellement détruite, on doit supposer que les organes de l'intelligence sont eux-mêmes détruits. Mais, la motilité conservant ses propriétés essentielles, il ne peut y avoir rien de pareil dans les centres moteurs. (*Rev. méd. de l'Est.*)

**Coïncidence de la tuberculose et de la carcinose chez le même sujet.** — Depuis Rokitansky, toute l'école anatomo-pathologique de Vienne et une grande partie de l'école anatomo-pathologique allemande admettent comme une loi biologique l'incompatibilité du cancer et du tubercule. Pour ces écoles, qui acceptent à ce sujet les idées de Hunter, de Hahnemann et de Gendrin, l'organisme ne saurait jamais être atteint à la fois de tuberculose et de carcinose ; il y aurait antagonisme complet entre les deux diathèses. Et cependant des exemples de la coexistence du tubercule et du cancer, bien que peu nombreux, existent dans la science. Gerdy et Rayer en ont signalé et, suivant Lebert, la coexistence en question se rencontrerait 8 fois sur 100. La plupart des auteurs français modernes nient l'antagonisme entre le cancer et le tubercule ; Baumès, Constantin Paul, Guéneau de Mussy, Laveran, Damaschino, Croizet ont relaté des faits probants à cet égard. Dès 1869, M. Burdel (de Vierzon) a entrepris de démontrer que l'on peut considérer le cancer comme capable de produire la tuberculose héréditaire. En effet, sur 100 familles cancéreuses, cet auteur en a vu 75 qui ont fait souche de phthisiques ; 79 cancéreux ont ainsi donné naissance à 237 tuberculeux. Suivant lui, par voie héréditaire, le cancer produirait plus souvent le tubercule que le tubercule lui-même. Enfin, cette année même, M. Burdel a communiqué à l'Académie de médecine l'observation d'un homme, né d'une famille de cancéreux, dont les enfants et les petits-enfants sont morts tuberculeux et qui, atteint d'une tumeur cancéreuse de l'avant-bras ayant nécessité l'amputation, a succombé seize mois après aux progrès d'une tuberculose pulmonaire. Les rapports existants entre la tuberculose et la carcinose commencent donc à être mieux connus. M. Picot (de Bordeaux) vient de relater une nouvelle observation montrant que la tuberculose chez les enfants de tuberculeux n'empêche pas le développement du cancer. Il s'agit, en effet, d'un homme né d'une mère tuberculeuse, tuberculeux lui-même, et chez qui la carcinose se manifesta longtemps après le début de la tuberculose pulmonaire, au moins d'après les symptômes observés.

L'autopsie démontra que le foie et les voies biliaires étaient envahis par une production cancéreuse dans toute leur étendue ; les tumeurs de la glande hépatique étaient manifestement des tumeurs cancéreuses. Quant aux lésions pulmonaires dont l'évolution avait ouvert le drame morbide, elles étaient bien de nature tuberculeuse, comme l'établit l'examen histologique pratiqué par M. Coyne. (*Gaz. hebd.*)

**Syphilis inoculée par une brosse à dent.** — Le docteur Baxter rapporte (*the Lancet*) qu'en examinant un enfant de trois ans il lui trouva une éruption générale de syphilide papuleuse sur le tronc, un érythème guttural, et, sur le dos de la langue, une érosion circulaire de 3 ou 4 millimètres de longueur. Sous l'angle gauche de la mâchoire existait une glande engorgée très-dure, du volume d'une noix ; aucun autre engorgement ganglionnaire ne fut constaté ailleurs. L'enfant paraissait, d'ailleurs, bien portant.

La mère se rappela que, six semaines environ auparavant, elle avait eu à punir cet enfant parce qu'elle l'avait vu sucer la brosse à dents de son père. Examiné à son tour, le père offrit un exanthème maculeux secondaire, ainsi que des ulcères dans la bouche, symptômes qui dataient de deux mois et contre lesquels, n'en éprouvant pas d'incommodité, il n'avait fait aucun traitement.

L'enfant fut promptement guéri par de petites doses de bichlorure de mercure. (*Lyon méd.*)

**Kystes dermoïdes du plancher de la bouche et de l'ovaire.** — M. le professeur Richet a exposé dans une leçon clinique de l'hiver dernier deux nouvelles observations de kystes dermoïdes du plancher de la bouche. La première concerne une femme de vingt-huit ans qui portait sur la moitié droite du plancher de la bouche une tumeur grosse comme un œuf de poule, faisant à la fois saillie dans la bouche et sous la mâchoire. M. Richet incisa la tumeur et en fit sortir une matière grisâtre, épaisse, avec un bouquet de poils. Cette matière sébacée contenait des granulations graisseuses, des paillettes de cholestérine et des plaques épithéliales. La paroi interne de la poche fut cautérisée avec le crayon de nitrate d'argent, et la guérison eut lieu.

Dans le second cas, il s'agissait d'une jeune fille, âgée de quatorze ans, chétive et scrofuleuse. Depuis sept ou huit mois elle avait senti dans la bouche une petite boule qui gênait les mouvements de la langue. La tumeur a grossi graduellement et a acquis le volume d'une petite pomme. Elle est située sur la ligne médiane et repousse la pointe de la langue en haut et en arrière. Les canaux de Warthon sont restés perméables et la sécrétion de la salive sous-maxillaire continue à se faire. Le diagnostic probable était celui d'une grenouillette développée aux dépens d'un des follicules isolés du plancher de la bouche. Cependant M. Richet fit quelques réserves en disant qu'on pourrait bien avoir affaire à un kyste hydatique ou à un kyste dermoïde. Il se prépara d'ailleurs à intervenir de manière que l'opération pût s'appliquer à tous les cas. Comme il a l'habitude de traiter les grenouillettes ordinaires par l'incision de la poche avec cautérisation de l'intérieur à l'aide du perchlorure de fer, il se décida à attaquer la tumeur par une incision sur la ligne médiane, de manière à éviter les conduits de Warthon.

L'incision de la tumeur donna issue à 100 grammes environ d'une matière molle demi-liquide, d'apparence caséeuse, tout à fait analogue au contenu des kystes sébacés ordinaires. La poche ayant été vidée, la poche fut cautérisée avec le crayon de nitrate d'argent, de manière à ne laisser aucun point sans être cautérisé. Un double drain fut placé dans la cavité. Le lendemain la poche fut de nouveau cautérisée. Pendant quelques jours il y eut réaction inflammatoire assez vive, mais le gonflement disparut bientôt, et, la poche suppurant régulièrement, la plaie de la bouche se ferma peu à peu. (*Thèse de Paris,* 1879.)

Puisque nous parlons de kystes dermoïdes, signalons ici, à titre de simple curiosité, le fait suivant :

Un jour, à l'amphithéâtre, en disséquant les organes génitaux internes d'une femme qui avait succombé dans un service d'aliénés à l'âge de quarante ans, nous avons trouvé un ovaire qui était le siège d'un kyste dermoïde. Cet ovaire avait son volume normal et sa forme habituelle. Ce n'est qu'en voulant en faire une coupe médiane que nous avons vu que l'ovaire n'était plus constitué que par une coque très-mince, remplie de cheveux enroulés. Tous ces cheveux étaient libres dans la cavité; il n'y avait pas de poils implantés dans des follicules pileux appartenant à la poche kystique, comme on l'observe quelquefois dans les cas analogues qui ne sont pas très-rares. Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont en effet les plus fréquents; ils sont beaucoup moins rares que ceux des méninges, des poumons, du foie, de l'œil, etc. On sait d'ailleurs que ces kystes sont reconnus actuellement comme bien différents des grossesses ovariques et des inclusions fœtales.

Sur l'autre ovaire de cette femme commençaient à se développer quatre ou cinq petits kystes de grosseur différente, ne contenant aucun produit dermoïde, mais appartenant simplement à la classe des kystes de l'ovaire ordinaire qui ont leur origine dans les vésicules de Graaf (kystes multiloculaires).

**La maladie des chiffons.** — Les médecins de la Basse-Autriche ont observé dans ces derniers temps une affection dont la nature demeure inconnue, qu'ils n'ont guère rencontrée que dans les fabriques de papier et qu'ils appellent la maladie des chiffons (*Die Hadernkrankeit*).

D'après la traduction publiée par la *Revue d'hygiène,* la maladie débute par de la faiblesse, de l'anorexie, de l'insomnie, des vomissements, une sensation de pesanteur à l'épigastre; dès le second jour, ou quelquefois au troisième, on observe de la cyanose des lèvres, des joues, des ongles, des sueurs froides, de l'œdème des poumons, rien du côté du cerveau. Généralement la mort est tranquille, excepté dans les cas où il y a de la stase pulmonaire. Pas de phénomènes abdominaux, pas d'albumine dans l'urine. A l'autopsie on trouve des lésions diverses du poumon, sans caractère spécial. Dans une usine de Gloggnitz on a constaté 14 décès dans l'espace d'une année.

Cette maladie ne frappe que les femmes occupées à trier les chiffons *blancs;* celles qui trient les chiffons de couleur sont entièrement épargnées. Dans les salles de triage, toutes les ouvrières souffrent de maladies chroniques du poumon.

Il paraît donc nécessaire de faire détruire les chiffons souillés de matières virulentes, lorsqu'ils ne peuvent plus servir, et de ne jamais les abandonner au chiffonnier. Toutes les étoffes (lin, chanvre, laine et coton) qui pourraient servir de nouveau doivent être méthodiquement et soigneusement désinfectées. On pourrait ajouter à ces mesures la ventilation des salles de triage, la désinfection préalable par le calorique, etc. (*Marseille méd.*)

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité théorique et pratique de l'art des accouchements,** par M. W. S. Playfair, professeur d'obstétrique et de gynécologie à King's College, président de la Société obstétricale de Londres; traduit sur la deuxième édition anglaise par le docteur *Vermeil;* traduction entièrement revue par le docteur *Budin,* chef de la clinique d'accouchements de la Faculté de Paris. Un très-fort vol. gr. in-8° de 920 pages avec 180 figures dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, Octave Doin.

**Leçons de clinique médicale,** par le docteur Michel Peter, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié. Tome IIe, comprenant : *les tuberculeux et les phthisiques; les maladies puerpérales; la gangrène diabétique; les gangrènes excessives dans les maladies.* 1 vol. in-8° de 830 p., cartonné à l'anglaise. — Prix : 15 francs; prix des deux volumes : 30 francs. — Paris, Asselin et Cie.

**Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes,** par le docteur L. de Sinéty, membre de la Société de biologie et des Sociétés anatomiques et d'anthropologie de Paris. 1 beau volume in-8° de 850 pages avec 160 figures dans le texte (*ouvrage complet*). — Prix : 13 francs. — Paris, Octave Doin.

**Les lois de la circulation du sang,** enseignées par l'anatomie comparée, l'embryologie et l'observation clinique, par le docteur H. Pidoux, médecin honoraire des hôpitaux. 1 vol. in-8 de LII-380 pages. — Prix : 7 francs. — Paris, Asselin et Cie.

**Du phagédénisme tertiaire,** par le docteur Armand Pichard. 1 vol. in-8 de 160 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Cie.

**Du tétanos puerpéral,** consécutif à l'avortement et à l'accouchement, par le docteur Lardier. 2e édition in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Octave Doin.

---

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8619.

## Dragées arsenico-ferriques

**aux sels naturels de la Dominique,**

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescence, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique;** il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squameuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — BIETT. — BOUCHARDAT, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édit., p. 396.

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix : **3** francs la boîte. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

## Solution de Salicylate de Soude

DU DOCTEUR CLIN

*Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris*

(PRIX MONTYON)

**La Solution du Docteur Clin, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.**

**Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :**

**2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.**

**0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.**

**DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.***

**GROS : CHEZ Clin & Cie, RUE RACINE, PARIS.**

## Extrait de viande Liebig.

L'Extrait de viande Liebig est du bouillon concentré. Les Établissements de la compagnie Liebig, situés dans l'Uruguay, sont aujourd'hui universellement connus. La Compagnie a obtenu, à l'Exposition de 1867, deux médailles d'or; à celle du Havre, en 1868, une médaille d'or; en 1869, à Amsterdam, un grand diplôme d'honneur; en 1872, une grande médaille d'or à l'Exposition scientifique de Moscou; un grand diplôme d'honneur à Vienne, en 1873; elle a été MISE hors concours à Lyon en 1872; et enfin on lui a octroyé, à l'Exposition de Paris, en 1878, une médaille d'or.

Le bouillon à l'extrait de viande se prépare instantanément et il est privé de graisse et de gélatine. Ce sont là des qualités qui lui assureront l'approbation du médecin pour qui un bouillon de préparation facile est d'une si grande importance. Plusieurs pharmacopées ont du reste dû l'admettre parmi les médicaments de pharmacie.

Se vend en gros par les principaux droguistes de Paris et de la province.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

## Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges.*

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . 1 »
Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

## Sirop MINERAL SULFUREUX Crosnier

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (7 AOUT 1877).

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante. — r. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

## Capsules Mathey-Caylus

*Au Copahu et à l'Essence de Santal,*
*Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,*
*Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.*

**« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.**

**« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »**

**En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.**

**GROS : Clin & Cie, 14, RUE RACINE, PARIS**
**DÉTAIL : 10, Carrefour Odéon, et Pharmacies**

## Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

## Ver solitaire

Guérison certaine par les *Globules* de SECRETAN (à l'extrait vert des rhizomes frais de fougère mâle des Vosges). Le seul remède infaillible, expérimenté avec le plus grand succès dans les hôpitaux; pas d'insuccès possible. — Dépôt : *Secretan*, pharm., 37, avenue Friedland, Paris. — Envoi fo contre mandat 10 fr. (Éviter les contrefaçons.)

FIÈVRES, ANÉMIE, CHLOROSE
MALADIES NERVEUSES

## Vin de Bellini

(*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*) tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

ADH. DETHAN, ph., faub. St-Denis, 90, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

*Bellini*

## Tamar indien Grillon

(Électuaire lénitif no 532 du Codex.)
FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation*, *Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc.

Ph. GRILLON, 52, r. Grammont, Paris. Bte, 2 f. 50.

## Sirop du Docteur Dufau,

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.

Maladies aiguës et chroniques de la vessie : *Diathèse urique, Gravelle, Cystite, Catarrhe vésical, Dysurie.*— 3 francs le flacon dans les principales pharmacies. — Dépôt général : pharmacie Lagnoux, 19, rue des Missions, à Paris.

## Vin Mariani à la Coca du Pérou

**Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.**

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

## Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DEPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

## Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.
RENAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

## Épilepsie. Hystérie. Névroses

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

## Thymol-Doré HYGIÈNE ET SALUBRITÉ DE LA MAISON

Bains, lotions, toilette intime, assainissement, médecine domestique, épidémies.

Cette précieuse substance, récemment introduite dans le commerce, est un produit végétal, un extrait des essences de Thym, un antiputride, un désinfectant de premier ordre, en même temps qu'un parfum des plus subtils. Il est déclaré supérieur à tous les produits similaires et recommandé par toutes les sommités médicales. Voir entre autres les travaux des docteurs *Giraldès, Bouilhon, Paynet, Lallemand, Rengade, Lewen, Bouchardat, Wirchow*, etc. — Dépôt général, 20, rue Richer, Paris, et partout. — 2 fr. le flacon.

## Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliqes hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de CH. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

## Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

**Pepsine Boudault en poudre,** par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

**Pepsine Boudault en poudre,** par flacon de 10 prises de 1 gramme.

**Elixir** et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

**Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault.** — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

## Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or.* — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature HENRI NESTLÉ. — Gros : CHRISTEN frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie CHRISTEN, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

## Elixir Prothière

A LA CRÉOSOTE VÉGÉTALE PURE

contre la Phthisie. Accepté sans répugnance et bien supporté par les malades. (TARARE.)

INSTRUMENTS ET APPAREILS

## Hygiène, médecine, chirurgie.

Maison *DARBO*, 86, pass. Choiseul, Paris.

N° 102. — JEUDI 4 SEPTEMBRE 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 4 SEPTEMBRE 1879. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## ÉTUDE SUR GALIEN

Lue à l'Académie de médecine par M. le docteur V. Revillout.

Les admirateurs de Claude Bernard, et nous sommes pleinement de ceux-là, doivent admirer Galien pour les mêmes raisons.

C'est par des expériences publiques, des démonstrations physiologiques faites sur des animaux vivants et dont ils savaient à merveille déduire toutes les conséquences, que, l'un et l'autre, ils se sont imposés aux générations contemporaines comme des maîtres incontestés, des novateurs dont l'influence était devenue prépondérante.

L'un et l'autre ils ont publié des livres célèbres sur la méthode scientifique, livres qui témoignent de tendances, à peu près égales, à systématiser et à dogmatiser, comme à s'écarter des sentiers battus.

Mais ces grands hommes vivaient dans des milieux tellement différents que leurs préoccupations ne pouvaient pas être les mêmes, alors qu'ils songeaient, l'un et l'autre, à déblayer devant eux la voie pour la recherche de la vérité.

Comme je l'ai montré dans mon Histoire de la profession médicale chez les Romains, lue en 1865 devant l'*Académie des sciences morales et politiques* et publiée dans les recueils des travaux de cette Académie, du temps de Galien, le corps médical était, à Rome, composé des éléments les plus divers, ce qui se comprend d'autant mieux qu'aucun diplôme n'était exigé, qu'il n'existait aucun examen professionnel pour l'exercice de la médecine.

Galien appartenait à ce qu'on pourrait nommer l'aristocratie médicale, composée surtout de Grecs et de quelques Romains de condition libre qui, suivant l'expression de Pline l'Ancien, avaient passé dans le camp des Grecs, c'est-à-dire étaient allés acquérir dans les écoles grecques cette première éducation indispensable pour que l'esprit s'ouvre d'une façon vraiment profitable à l'enseignement scientifique.

A côté de ceux-là, comme les lois de Rome, moins prévoyantes que les lois d'Athènes, au dire d'Hyginus, n'avaient pas eu soin d'interdire l'accès des choses médicales à quiconque n'était pas libre, on avait vu se multiplier presque indéfiniment les médecins affranchis ou même esclaves.

Ces derniers, qui avaient reçu leur métier par la volonté de leurs maîtres, n'avaient rien dans leurs habitudes, ni dans leurs mœurs, ni dans leur savoir, qui put rappeler, en quoi que ce fût, les Asclépiades de la Grèce.

« Quelle que soit la chose qu'on leur commande, disait Galien, ils obéissent, à la manière des esclaves. Contrairement aux traditions antiques de ces descendants d'Esculape qui voulurent commander aux malades, comme des généraux à leurs soldats, comme des rois à leurs sujets; bien loin d'obéir et de servir obséquieux, selon les mœurs des Libyens, ou des Gètes, ou des Phrygiens, ou des Thraces qu'on achète sur les marchés. »

On se contentait pour eux d'une instruction sommaire. Galien nous raconte que Thessalus avait acquis en peu de temps une multitude de disciples parce qu'il annonçait qu'en six mois il enseignerait à ses élèves tout ce qu'un médecin doit savoir.

Au point de vue de la moralité, ce que valaient ces gens du métier, formés ainsi, nous l'avons montré par maints exemples, entre autres par celui du médecin Straton qui figure dans les procès d'Appianus ou de Cluentius.

Ce n'étaient pas là des confrères que Galien pût considérer et représenter comme tels.

On comprend qu'il ait insisté sur la nécessité de toutes les études auxquels ils restaient étrangers.

Galien, lui, avait consacré toutes les années de son enfance et de sa jeunesse à ce que nous nommerions les études classiques, avant d'aller de ville en ville, pour y apprendre les diverses branches des connaissances médicales, particulièrement l'anatomie, sous les maîtres les plus fameux.

On comprend qu'à Rome, en présence de ces *ânes de Thessalus* suivant son expression, et d'autres praticiens qui ne valaient pas davantage, il ait exigé dans ses ouvrages pour le véritable médecin l'étude de la philosophie, c'est-à-dire, depuis Aristote, non-seulement de l'art de penser et de raisonner, mais même du cycle entier des sciences de ce temps.

De là peut-être un abus de logique, un désir trop vif de montrer l'utilité de faire usage, dans les recherches médicales, d'une intelligence exercée. C'est ce qui frappe dans plusieurs livres de Galien, particulièrement dans celui qui est intitulé *De usu partium*. Dans ce livre, les résultats d'expériences racontées ailleurs, dont on peut retrouver, par exemple, les détails et les circonstances exposés admirablement et tout à fait à la moderne dans les *Administrations anatomiques* et d'autres traités du même auteur, sont présentés, non point simplement comme des faits d'observation, mais plutôt comme des déductions, pour ainsi dire nécessaires, d'un grand principe : celui de l'adaptation de chaque organe à la fonction qu'il doit remplir et de chaque partie aux convenances de tout.

Il faut le reconnaître d'ailleurs, c'est là le même grand principe qui, repris naguère par Cuvier, lui a permis de reconstruire, avec une sorte de divination que des découvertes ultérieures sont souvent venues justifier, à l'aide de quelques débris de leur squelette, de quelque empreinte pétrifiée de leurs pas, des animaux entiers, dont l'espèce est éteinte depuis les premiers âges du monde.

Mais, quand il s'agit d'une espèce pleinement existante, du corps

de l'homme dans toutes ses parties constitutives, on se dit avec raison qu'il aurait mieux valu baser ses descriptions sur des observations directes, sur la dissection de quelques cadavres humains.

Cela aurait mieux valu sans doute, mais cela n'était plus possible du temps où Galien était à Rome.

Il est probable qu'un siècle plus tôt la dissection des morts n'était pas interdite; du moins la phrase suivante de Celse semble l'indiquer : *Incidere vivorum corpora et crudele et supervacuum est, mortuorum discentibus necessarium. Nam positum et ordinem nosse debent, quæ cadavera melius quam vivus et vulneratus homo repræsentabit.* « Inciser les corps des vivants, c'est chose cruelle et inutile; disséquer ceux des morts, c'est chose nécessaire pour les étudiants. En effet, ils doivent connaître la disposition et l'organisation (des diverses parties), ce que les cadavres leur permettront de voir beaucoup mieux que ne le ferait un homme vivant et blessé. »

Mais sous Marc-Aurèle, sans qu'il soit possible d'indiquer avec précision les motifs, législatifs ou autres, de ce changement de coutume, on peut constater, d'après les écrits de Galien lui-même, que la dissection des corps humains n'était plus permise.

Dans notre Histoire de la profession médicale sous l'empire romain, au chapitre de l'*Enseignement médical*, nous avons longuement insisté sur ce point. Voici, par exemple, un passage où nous avons cité des textes relatifs aux difficultés que rencontrait alors l'étude de l'anatomie :

« Galien (dans son *Traité des administrations anatomiques*) parle d'Alexandrie comme de la seule ville où les maîtres missent des os humains préparés à la disposition de leurs élèves. Ailleurs, il fallait étudier l'ostéologie comme le reste sur des animaux, sur des singes de préférence. Puis on guettait les occasions que le hasard pouvait procurer de comparer l'anatomie humaine avec celle qu'on avait apprise. Plusieurs de ces chances favorables se présentèrent pour Galien, qui s'en félicite. Ici ce fut le débordement d'un fleuve qui, brisant les sépulcres, avait porté les ossements sur la rive ; là, ce fut la rencontre du squelette d'un bandit qui, tué sur une grande route, avait été la proie des vautours ; ailleurs, les affreuses blessures reçues dans les combats du cirque ; ailleurs les maladies charbonneuses ou la peste, qui, mortifiant une partie des tissus, laissaient voir dans la profondeur lorsque le couteau du chirurgien faisait la part du mort et du vif.

« Dans ces derniers cas, il se passait des scènes qui nous étonnent, quand nous les lisons dans Galien, mais qui paraissaient alors toutes naturelles. Chacun des élèves présents voulait tirer tout le parti possible de la circonstance, et, non content de plonger ses regards au fond des plaies, il faisait faire au malheureux patient les mouvements les plus variés, afin de voir le jeu des muscles, et de découvrir, par les changements de position, la plus grande étendue possible. »

Des hasards si exceptionnels ne pouvaient pas servir de base à un enseignement suivi. Galien écrivant sur l'anatomie et la physiologie humaine, ou voulant en faire la démonstration dans les amphithéâtres du temple de la Paix, était donc obligé de se servir sans cesse des procédés de la logique pour appliquer à l'homme avec discernement le résultat d'observations faites sur des animaux variés, d'une organisation souvent très-différente.

On ne comprendrait pas une anatomie comparée, une physiologie comparée, sans grandes idées générales permettant de voir comment on peut passer de tel être à tel autre. Ces idées générales, ces principes, ces lois, Galien les a cherchées dans la comparaison du plus grand nombre d'animaux possibles. Il a disséqué, à ce qu'il raconte, une multitude de quadrupèdes, d'oiseaux, de poissons, de reptiles; et il conseille à ses élèves de faire de même, car il fallait savoir, d'après l'étude des fonctions et des formes extérieures, deviner la structure et la disposition des parties que la peau recouvre, des organes du corps entier. C'était alors indispensable pour qui voulait traiter de l'homme. Nous l'avons déjà dit et nous ne saurions trop le répéter : si on veut être juste envers Galien, c'est à ce point de vue qu'il faut se placer pour juger son œuvre. De là ce désir de prouver sans cesse que les êtres vivants ont été créés suivant un plan préétabli par une providence qui est la sagesse même et n'a pu se tromper en rien ; que tout est calculé dans ce qui constitue leur organisme, jusqu'aux particules les plus menues, que tout y concourt efficacement à l'utilité générale.

Galien n'a pas su se borner, comme Claude Bernard, à proclamer la valeur absolue des faits d'observation que des hypothèses vérifiées transforment en lois. Il s'est trouvé conduit à présenter souvent, comme des résultats d'hypothèses basées sur des lois générales et en démontrant l'exactitude, les faits d'observation qu'il avait découverts dans ses expériences si nombreuses faites sur des animaux vivants.

Ces lois générales, providentielles, telles qu'il les a conçues, il les a exposées dans son *Traité sur l'utilité des parties*, ouvrage étrange à certains points de vue, très-discuté quand il parut. Galien ne put le faire accepter des médecins contemporains qu'en reprenant publiquement, devant tous, les démonstrations anatomiques et les vivisections mémorables qui avaient commencé sa réputation plusieurs années auparavant.

Lui-même il nous donne ces détails.

Il avait professé très-jeune l'anatomie et la physiologie expérimentale lors de son premier séjour à Rome. Il avait eu alors pour auditeurs deux consuls, Flavius Boethus et Sergius Paulus, ainsi que d'autres personnages plus ou moins célèbres. C'est à cette date qu'il a composé plusieurs ouvrages importants, perdus presque tous aujourd'hui, entre autres un *Manuel des vivisections*, un *Traité sur les causes de la respiration*, dont il ne nous reste qu'un fragment, et un *Traité sur la voix*. Je cite ces derniers parce que la découverte du mécanisme des mouvements du thorax, de la production de la voix et de la respiration, appartient à Galien vivisecteur. Ses expériences sur ce sujet, telles que nous les trouvons reproduites dans les ouvrages qui nous sont parvenus, suffiraient à elles seules pour consacrer sa gloire.

A trente-quatre ans, devenu célèbre, il avait cessé de faire des cours, tout son temps étant absorbé par les soins d'une clientèle qui, dit-il, avait prospéré bien au-delà de ses désirs. Trois ans plus tard, il était retourné, enrichi, dans sa patrie, où, pour occuper ses loisirs, il avait achevé le *Traité sur l'utilité des parties*, dont il avait envoyé aussitôt un exemplaire au consul Boethus, et qui avait eu un grand succès de librairie.

Quand Galien, rappelé par l'empereur Marc-Aurèle, revint à Rome, à ce qu'il raconte, « ce livre était entre les mains de presque tous les médecins, de ceux qui étudiaient la médecine antique, et des philosophes aristotéliciens, attendu que l'on possédait un traité semblable d'Aristote. » « Mais, ajoute-t-il, bientôt des malveillants, poussés par l'envie, commencèrent à remplir la ville de bruits injurieux, affirmant que, dans mon désir de paraître avoir de beaucoup surpassé les anciens, j'avais inventé bien des choses qui n'existaient pas le moins du monde, les inscrivant dans mes ouvrages d'anatomie; que cela ne pouvait plus échapper à la connaissance de tous. Moi, je me riais de ces calomnies et les méprisais. Mes amis, au contraire, émus d'indignation, se mirent à me presser de démontrer publiquement, dans quelque grand amphithéâtre, la vérité de ce que j'avais formulé dans mes *Principes d'anatomie*. Mes adversaires, voyant qu'on ne parvenait pas à me persuader (tant je portais en moi le dédain de cette gloriole), concevaient déjà l'espoir de me représenter comme ayant peur, comme affectant à faux la grandeur d'âme, bien que réellement faisant un grand cas de leurs billevesées. Il n'y avait pas de fin à ces outrages; et chaque jour, dans le temple de la Paix, tous ceux qui s'occupaient d'études scientifiques et philosophiques se réunissaient, comme ils avaient coutume de le faire avant l'incendie. »

Enfin Galien se décida à ces démonstrations publiques que ses amis réclamaient de lui. Le grand ouvrage intitule *Administrations anatomiques* fut publié à la même époque. On y trouvait le récit détaillé des expériences sur les animaux, leurs résultats, le mode de procéder pour en vérifier l'exactitude, l'indication, cette fois précise, sans théories inutiles, sans mélanges, de découvertes anatomo-physiologiques incontestables.

C'... ainsi que l'ana... vivisecteur, d'une habileté incompa-able, intervint pou... fermer la bouche aux détracteurs du théoricien à système.

Les qu...es que nous apprécions surtout sont les mêmes qui fi... oublier, en ce temps-là, les défauts qui nous frappent.

Il ne faudrait pas croire qu'à cette époque on eût généralement à Rome un goût excessif pour ce qui rappelait par trop le verbiage grec.

Galien lui-même nous raconte qu'il s'était vu traiter par ses confrères de *logiatre*, alors qu'il se lançait dans de grandes théories à propos de malades qu'il était appelé à soigner. Aussi, dans le but d'éviter des *exclamations* désobligeantes et des épithètes peu flatteuses, une fois devenu le médecin en vogue, il s'était imposé de ne plus jamais dire que le nécessaire au lit du malade. Il se bornait dès lors à formuler son avis, comme un résultat de son expérience pratique, même quand il était en consultation avec d'autres médecins de Rome.

Telle n'avait pas été toujours sa manière de procéder quand il avait eu à se faire un nom; telle ne fut pas non plus, peut-être, la nouvelle manière qu'il adopta une fois parvenu au comble de la gloire et devenu indiscuté, après la série des vivisections et des démonstrations publiques qu'il fit en dernier lieu pendant nombre de jours pour assurer le succès de son ouvrage sur l'*Utilité des parties*.

Une étude même superficielle des découvertes de Galien en physiologie expérimentale nous conduirait beaucoup trop loin; mais nous y verrions appliqués déjà, avec un grand succès, certains procédés délicats qu'on croirait d'origine moderne, tels que l'arrachement des nerfs à leurs racines, leur ligature momentanée, la section de la moelle à diverses hauteurs, la ligature des vaisseaux artériels, etc.

En ce que qui touche particulièrement le système sanguin, Galien a fait nombre d'expériences pour démontrer que les artères renferment du sang, et non point de l'air, comme l'avait soutenu Érasistrate. Il a prouvé de même que le ventricule gauche, nommé *pneumatique* de son temps, d'après les théories régnantes, théories qu'il combat, ainsi que les veines pulmonaires (ou comme on le disait alors, les *artères veineuses*), renfermaient également un sang pneumatisé, c'est-à-dire aéré, et d'une couleur plus claire que le sang veineux. Il a ouvert à maintes reprises, suivant un procédé décrit dans le livre VII des *Administrations automatiques*, la poitrine d'animaux vivants pour faire cette démonstration. Il a consacré un traité entier à cette question, et il y revient à tout propos dans ses autres livres. Il mettait au défi qui que ce fût de montrer que les veines pulmonaires contenaient exclusivement de l'air au lieu de sang, et il a gagné ce pari contre un partisan d'Érasistrate. C'est en cela qu'il s'est écarté le plus audacieusement de ses contemporains, convaincus presque tous de la présence exclusive de l'air dans les veines pulmonaires, le cœur gauche et tout le système artériel. S'il n'est pas allé jusqu'au bout dans cette scission avec des doctrines presque universellement admises, du moins, il faut bien le reconnaître, il était dans la voie qui devait aboutir à la vérité.

N'était-ce donc rien que d'avoir décrit comme il l'a fait les valvules du cœur, et d'avoir rattaché toute cette description à celle de l'artère pulmonaire, dans laquelle le sang ne devait pas refluer? Lisons ce passage dans la traduction de M. Daremberg, qui, sur ce point, est très-exacte ; nous y changerons seulement pour le mot *artère* le mot *veine*, qui s'appliquait alors aux artères des poumons, comme le mot *artères* à leurs veines : « Quand tout le thorax se replie fortement sur lui-même, muscles et os assaillent violemment le poumon, et les artères nécessairement sont comprimées et rétractées, sans néanmoins faire refluer en arrière leur contenu par l'orifice que déjà les membranes ont fermé.

« A tous les orifices des vaisseaux issus du cœur, se trouvent des membranes qui retombent l'une sur l'autre, et qui sont si bien constituées que, si elles se tendent et se dressent à la fois, elles bouchent tout l'orifice. Il y a pour toutes (*les valvules du cœur*) une utilité commune, qui consiste à s'opposer au retour des matières, et pour chacune une utilité spéciale : les unes font sortir les matières du cœur, de manière qu'elles n'y rentrent pas, les autres les y introduisent de façon qu'elles n'en puissent sortir. La nature ne voulait pas imposer au cœur un travail inutile, en le condamnant à envoyer le sang à une partie d'où il était préférable pour lui de le tirer, et au contraire à le tirer souvent d'un endroit où il fallait l'envoyer.

« Plus le thorax tend, par la compression, à chasser le sang avec violence, plus les membranes ferment étroitement l'ouverture. Insérées circulairement de dedans en dehors, et embrassant toute la circonférence, elles offrent chacune une forme et une dimension si exactes, que, toutes à la fois tendues et dressées, elles constituent une grande membrane qui obstrue l'orifice. Renversées par le flux, qui s'opère de dedans en dehors, et retombant sur la tunique même de l'*artère*, elles livrent à ce flux un passage facile à travers l'orifice qui s'ouvre et se dilate excessivement. Que le courant vienne au contraire de dehors en dedans, il rapproche les membranes qui se serrent l'une sur l'autre, et forment ainsi comme une porte exactement fermée. » (*De l'utilité des parties*. VI, XI.)

Ainsi le sang de l'artère pulmonaire une fois dans les poumons ne pouvait refluer dans la cavité droite du cœur. Mais il pénétrait par des anastomoses dans les veines du poumon où il se mêlait avec le pneuma.

« Si le grand orifice de la veine artérielle (lisez de l'artère pulmonaire) eût été toujours également ouvert, et que la nature n'eût pas inventé un moyen pour le fermer et l'ouvrir tour à tour, dans le temps convenable, dit Galien poursuivant la même série d'idées, jamais le sang, par les anastomoses invisibles et étroites n'eût pénétré dans les artères (lisez dans les veines) quand le thorax se contracte (*id.*, VII, IX). »

Je sais bien que Galien dit plus plus loin qu'il passe seulement un peu de sang par cette voie dans les veines pulmonaires à chaque mouvement thoracique; mais ce qu'on n'a pas assez remarqué, c'est qu'il affirme également que le pneuma, ou l'air, pénètre en très-petites quantités dans ces mêmes veines pulmonaires, où il se mêle avec le sang.

« Mais certes, dans l'état normal, l'air lui-même ne parvient qu'en très-petite quantité (παντελῶς ὀλίγος) des conduits trachéaux dans les vaisseaux lisses (veines pulmonaires) et la substance du poumon paraît aérée, pleine d'air, faisant voir ainsi qu'elle a été préparée pour élaborer le pneuma, comme celle du foie pour élaborer la nourriture. Car il est naturel que l'air extérieur n'alimente pas de suite ou trop rapidement le pneuma qui est dans le corps de l'animal, mais que, se transformant peu à peu comme les aliments, il acquiert avec le temps la qualité appropriée au pneuma intérieur, etc. » (Περὶ χρείας τῶν μορίων, λόγος Η, κεφαλ. η', éd. de Kühn, t. III, p. 539.)

Il y a encore là bien des erreurs, c'est facile à voir. Mais que de choses à conserver pour l'avenir! Ainsi le mélange du sang et de l'air s'effectuait déjà, suivant Galien, dans le poumon même, par les anastomoses des veines pulmonaires avec les artères pulmonaires, lesquelles leur fournissaient un peu de sang, et par leur contact avec les ramifications bronchiques, lesquelles leur fournissaient un peu d'air. Le sens général du courant sanguin était indiqué entre les veines caves et le cœur droit, entre le cœur droit et les poumons, sans reflux possible, entre les artères pulmonaires et les veines pulmonaires, entre celles-ci et le cœur gauche. La direction et l'utilité des valvules sigmoïdes de l'aorte elle-même avait été reconnue. Tout le monde admettait sans contester que le sang de la veine porte allait à la veine cave à travers le foie.

On avait donc, de toutes parts, sur des tronçons pour ainsi dire du grand appareil circulatoire, vu dans quel sens le sang marchait. On avait même des notions exactes sur les deux grandes anastomoses qui permettent au sang de passer de droite à gauche dans le fœtus, sans avoir besoin de traverser les vaisseaux pulmonaires. Galien insiste sur ces anastomoses, comme il insiste, en anatomie comparée, sur la loi qui fait disparaître le cœur droit chez les animaux manquant de poumons.

Tout cela est très-exact, et l'on se demande comment il a fallu ensuite tant de siècles pour compléter le cercle dans le sens indi-

qué. Il semble que toute expérience ultérieure était superflue, et qu'il suffisait de raisonner juste. Mais l'esprit humain est parfois bien lent à se débarrasser de théories fausses dont les bases ont disparu. C'est ce qui est arrivé pour la théorie qu'avait formulée Érasistrate, et dont son plus grand adversaire, Galien lui-même, est souvent rendu responsable.

---

## HOPITAL NECKER. — M. Guyon.

### Des modifications du jet de l'urine.

Lorsque je vous ai exposé, dans une précédente leçon (1), les symptômes fonctionnels de la présence de la pierre dans la vessie, j'ai laissé de côté l'un de ces phénomènes pour en faire l'objet de cette conférence; je veux parler des déformations ou modifications du jet de l'urine. Ce symptôme, qui se rapporte encore aux phénomènes de locomotion de la pierre dans la vessie, jouit d'une très-grande notoriété; il est peu de malades et peu de médecins qui ne le mettent en avant dès qu'il s'agit du diagnostic de la pierre, et qui ne concluent pas à la présence ou à l'absence d'un calcul, d'après l'existence ou la non-existence de ce symptôme.

Il y a un fond de vérité dans cette théorie; mais il y a, par contre, un très-grand fond d'erreur. Ce signe vous sera imposé, et on vous en parlera à tout propos. Je veux bien faire quelques concessions à la mécanique, mais je ne voudrais pas n'avoir que cette seule règle de conduite. Les malades supposent que la pierre s'interpose à l'urine à l'orifice du col de la vessie, et qu'elle trouble ou empêche son écoulement dans l'urèthre. Ce fait paraît incontestable, et l'on en conclut qu'il doit produire une modification dans la forme du jet, et même une interruption de ce jet. Les malades vous diront : Le jet de mon urine se bifurque, parfois il s'arrête brusquement lorsque je commence d'uriner.

Ces symptômes s'observent assurément, mais ce n'est que dans des conditions parfaitement définies, et exceptionnelles si l'on considère la majorité des calculeux.

Discutons-les au point de vue de l'anatomie et de la physiologie fonctionnelle. Il y a deux conditions nécessaires pour modifier le jet d'urine : la première, c'est que le col de la vessie soit situé dans une position telle que la pierre puisse être portée contre l'orifice; il doit être assez souple pour permettre à la pierre de s'engager dans sa cavité, à la manière d'un bouchon; pour cela, l'orifice doit effleurer encore le fond de la vessie. La deuxième condition, moins absolument nécessaire, c'est que la vessie doit se contracter d'une façon assez vive et assez régulière pour projeter le calcul vers cette embouchure.

Or ces dispositions ne se rencontrent que chez les enfants et chez les adultes : chez eux seuls, le symptôme sera observé. Ils vous diront que, bien des fois, lorsqu'ils ont commencé d'uriner, le départ de l'urine est satisfaisant, puis tout à coup le jet d'urine s'arrête; quelques-uns voient un jet tout à fait irrégulier, s'éparpillant et répandant l'urine de tous les côtés. Souvent même apparaît de l'incontinence. J'ai opéré, dans la salle Saint-Vincent, il y a plusieurs années, un jeune enfant de cinq ans, qui n'avait pas d'autre signe de la pierre que cette incontinence même, bien distincte de l'incontinence nocturne des enfants de cet âge : chez lui, l'émission involontaire se faisait plutôt lorsqu'il était debout que pendant le décubitus dorsal. Cela tenait évidemment à ce qu'un petit calcul venait s'engager dans le col de la vessie, et cela prouvait encore que le calcul n'était pas volumineux, puisque, introduit dans le col, il ne le bouchait qu'incomplètement. Le calcul ayant été reconnu très-petit, j'étais autorisé à pratiquer la lithotritie de préférence à la taille.

Ces modifications du jet sont donc réelles, et peuvent être rencontrées dans les diverses formes de brusque arrêt, d'incontinence ou de déformation en fourche, en rayon. Les dispositions anatomiques, chez les enfants, en facilitent beaucoup la production, car l'orifice du col de la vessie est situé tout à fait au niveau du plancher vésical, le col est souple, et la vessie se contracte énergiquement.

Chez les adultes, il faut, pour réaliser ces phénomènes, que la pierre soit petite et légère, et, en outre, que la miction se fasse dans la position verticale. On s'en assure en faisant, après la preuve, la contre-épreuve qui consiste à contrôler si ces symptômes cessent lorsque le malade urine dans la position couchée. Lorsque vous les interrogerez, ils vous diront, d'ailleurs, une foule d'autres détails très-intéressants : l'un ne peut uriner qu'en se couchant, l'autre élève les jambes, un autre est obligé de se poser un coussin sous le siège.

Lorsque vous entendrez ces faits, vous pourrez être sûrs que le malade a la pierre, et qu'elle est de petit volume. Ne manquez pas, en tout cas, de demander si l'arrêt de l'urine se produit pendant la station debout, et pas dans la station horizontale.

Parfois on constate encore ces symptômes chez des malades parvenus à l'âge de la prostate, lorsqu'ils ont un calcul petit et léger. Mais, si le col est déformé, si son orifice est surélevé, à parois dures, rigides, résistantes, avec une prostate hypertrophiée, comme on le constate toujours à un âge avancé, il est absolument inutile de s'attarder à la recherche de ces phénomènes.

Si donc je suis loin de récuser leur valeur et de m'élever contre leur étiologie, je voudrais pourtant les reléguer sur un plan inférieur à celui des symptômes fonctionnels que je vous ai énumérés dans ma dernière leçon. Ils ne conservent de certitude réelle que chez les enfants et chez les adultes.

Dans le diagnostic de la pierre, le médecin doit savoir tirer parti des détails intimes que les malades lui confieront souvent. Vous entendrez certains calculeux raconter qu'ils éprouvent ces divers symptômes quand ils se mettent au lit, quand ils font des mouvements dans leur lit, ou quand, couchés, ils se retournent, se couchent sur le ventre; alors, ils ont souvent la sensation de quelque chose qui roule dans leur abdomen, et, dès que leur attention a été fixée une fois sur ces particularités, ils s'observent encore mieux dans la suite, et surtout dans ces circonstances, où ils se trouvent dans une sorte de recueillement. Lorsque la lithotritie les a débarrassés d'une partie de leurs calculs, ils en ont également la sensation précise; ils éprouvent les mêmes sensations, mais atténuées et diminuées. Dans ces cas, le malade vient en aide au médecin, et ses impressions contrôlent le traitement. Plus tard, en cas de récidive, la sensibilité spéciale et l'éducation des malades leur permet de surprendre de bonne heure la formation d'un nouveau calcul et d'en avertir le chirurgien, de même que, pour le diagnostic de la grossesse, une femme qui en est à sa troisième ou quatrième conception est beaucoup plus tôt prévenue que la primipare, et perçoit plus tôt les premiers mouvements de l'enfant.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, p. 713.

Tous ces petits détails ne so[illegible]as à dédaigner : c'est en écoutant les malades, [illegible]ant profit de leurs remarques que nous, [illegible] nous instruisons et pouvons acquéri[illegible] grande habileté professionnelle.

## HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. FABRE.

### La surprise, la résistance et la défaite du cœur (1).

#### IV

##### LA DÉFAITE.

L'asystolie pure et simple sans altération matérielle du cœur est, je vous l'ai dit, presque un mythe, mais l'asystolie n'est pas non plus exactement proportionnelle à la lésion qu'elle a produite ni à celle qu'elle a engendrée. C'est donc un élément à enregistrer dans votre analyse clinique.

Le cœur est affaibli quand la main appliquée sur la poitrine ne sent pas le choc de la pointe; je ne dis pas du ventricule, mais de la pointe; c'est là un signe précieux de sa faiblesse.

Il est également affaibli quand la main qui percute la poitrine constate la position transversale du cœur qui, fatigué, se laisse tomber et se couche sur le diaphragme.

Il est également affaibli quand l'oreille qui ausculte observe une diminution du premier bruit normal ou anomal, ce qui annonce la diminution des contractions ventriculaires.

Il est encore affaibli quand ses contractions sont irrégulières, surtout quand elles sont inégales, ce qui a peu de signification dans l'insuffisance mitrale et acquiert par contre une très-grande valeur dans les affections aortiques.

Il est enfin affaibli quand les caractères du pouls constatés dans la position horizontale seront modifiés par le passage brusque à la position verticale, présentant alors plus de fréquence et moins de résistance.

La dilatation du cœur, qui suit souvent de si près sa faiblesse, vous la reconnaîtrez à l'auscultation par le caractère éclatant du deuxième bruit normal, à droite du sternum pour la dilatation du ventricule gauche, à gauche du sternum pour la dilatation du ventricule droit.

Vous la reconnaîtrez en même temps à la percussion par une matité plus étendue qu'à l'état normal et à l'application de la main par l'étendue de l'impulsion ventriculaire à laquelle ne correspond pas la force d'impulsion de la pointe.

La dilatation du cœur droit sera de plus remarquable par le contraste frappant entre l'intensité de l'impulsion précordiale et la petitesse du pouls artériel. A son degré le plus avancé elle produira une insuffisance tricuspide avec pouls veineux assez habituel et souffle sternal tout à fait exceptionnel. La dilatation du cœur gauche parvenue à un haut degré produira un souffle systolique de la pointe dû à une insuffisance relative de la mitrale.

La dégénérescence graisseuse du cœur qui vient s'ajouter à l'hypertrophie s'accusera par la faiblesse d'impulsion de la pointe jointe à une forte matité de la région précordiale; la diminution des bruits systoliques, la mollesse du pouls, une ligne d'ascension moins haute et moins verticale dans le tracé sphygmographique; l'inégalité des pulsations du pouls dont quelques-unes sont avortées, ce qui produit un faux ralentissement du pouls; la pâleur du visage; les vertiges dans la position verticale, enfin des séries de respirations précipitées au mécanisme encore obscur.

Si le système vasculaire vient à trahir le cœur et que l'obstacle soit dans les artères, le souffle crural non accompagné de souffle cervical et l'inégalité des tracés sphygmographiques comparés dans les artères symétriques seront les moyens encore ignorés de le reconnaître. Si l'obstacle est dans les capillaires, il restera localisé; on observera alors des œdèmes partiels, des congestions limitées, des troubles fonctionnels plus ou moins profonds dans certaines viscères et hors de proportion avec le trouble général de la circulation. J'avoue que je n'ai pas encore su reconnaître de grands désordres produits dans les affections cardiaques par une altération générale du système capillaire.

Si le système nerveux vient de son côté à refuser son concours, ce qui est exceptionnel, mais terrible, des signes d'anémie cérébrale, dont le plus important est le vertige dans la position verticale, précéderont les lipothymies qui peuvent être suivies de syncopes mortelles.

Dans le cas où la lésion valvulaire aura par son intensité raison de la résistance du cœur, ce sera le plus souvent ou un rétrécissement aortique ou une insuffisance mitrale, deux affections à marche lente et aux phénomènes d'auscultation les plus opposés : bruit intense de la base dans le rétrécissement aortique et d'autant plus intense que le rétrécissement sera plus considérable; bruit nul de la pointe dans l'insuffisance mitrale à large ouverture et d'autant plus nul que l'insuffisance sera plus absolue; mais dans les deux cas les phénomènes rationnels seront identiques puisque dans l'un comme dans l'autre le sang s'accumule dans le système veineux, hâtivement dans l'insuffisance mitrale, tardivement dans le rétrécissement aortique.

Les altérations organiques qui, nées sous l'influence de la même maladie générale, viennent joindre leur action funeste à celle des lésions valvulaires; l'emphysème, qui augmente la tension veineuse et la dyspnée; la néphrite, qui augmente l'œdème et ajoute à l'asphyxie l'intoxication urémique; le ramollissement cérébral, qui trouble les circulations capillaires en diminuant la force contractile des vaisseaux; la cirrhose hépatique qui entrave l'hématopoièse et favorise l'ascite, toutes ces affections que l'arthritis et l'alcoolisme peuvent produire en même temps que la lésion cardiaque, ont leurs signes propres que je n'ai pas besoin de vous remémorer.

La fausse manœuvre du cœur n'a guère lieu que dans l'insuffisance mitrale; elle s'accuse par des contractions tumultueuses et précipitées au moment où il faut que le ventricule gauche se repose ou du moins ralentisse ses contractions et laisse agir les capillaires.

Enfin l'accident qui peut compliquer et parfois terminer brusquement la lutte, l'embolie qui est ordinairement cérébrale et du côté gauche, s'annonce par l'hémiplégie droite avec aphasie. Ajoutons entre parenthèses que cet accident ordinairement fâcheux peut être quelquefois utile. J'ai vu dans deux cas de lésion mitrale chez des filles l'hémiplégie droite avec aphasie suivie d'amélioration sensible dans l'affection cardiaque et de diminution très-grande du bruit anomal; sans doute, par le fait de l'embolie, l'obstacle valvulaire s'était amoindri, l'orifice rétréci s'était élargi et le sang le traversait plus librement.

Tels sont les principaux aspects de la défaite du cœur. Mais ces notions de pathogénie ne seraient qu'une méditation sur la mort, si elles ne devaient nous conduire à quelques applications pratiques. Les règles de traitement qui en découlent, nous les suivons chaque jour au lit du malade, nous pourrons les résumer ici en quelques mots.

Et d'abord, pour médicamenter un malade atteint d'affection cardiaque, attendez que la résistance cède et que les premiers signes de la défaite se soient montrés. La résistance du cœur ne doit pas être augmentée, mais seulement facilitée, ce qui n'est pas du tout la même chose. Rappelez-vous ce principe que l'excitabilité perd en durée ce que les excitations gagnent en intensité. Si dans sa résistance le cœur déploie une énergie inutile, il ne retrouvera plus cette énergie quand elle lui sera nécessaire. Une fois la maladie du cœur constatée, abstenez-vous donc complètement de remèdes tant que vous n'aurez reconnu aucun signe de défaite. Tous les toniques, tous les excitants du monde seraient alors dépensés sans profit pour le moment, mais non pas sans inconvénient pour l'avenir. *N'imitez donc pas ceux qui, ayant constaté le souffle d'une lésion cardiaque, s'empressent d'administrer la digitale, la caféine ou tout autre agent plus ou moins actif, mais toujours trop actif. Tant que*

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 août 1879.

*la lésion cardiaque s'accuse uniquement par des signes d'auscultation, l'heure des remèdes n'a pas sonné.*

Mais c'est toujours l'heure de l'hygiène. Au lieu d'augmenter l'action du cœur, tâchez de diminuer son travail et de ménager ses forces. Voici en quelques mots les principaux conseils que vous devez donner à vos cardiopathes : pas de tabac, pas de thé, pas d'émotions, pas d'efforts, pas d'escaliers, se méfier du froid, fuir la montagne, faire peu pour Bacchus et rien pour Vénus.

Ces conseils sont encore bons quand la défaite a commencé, mais alors ils ne suffisent plus; l'hygiène passe alors au second rang, la thérapeutique occupe le premier. Soutenir l'action défaillante du cœur et réclamer un concours plus efficace de la part de ses deux auxiliaires, le système capillaire et le système nerveux, pour remplir les artères et vider les veines, telle est ici la tâche en apparence complexe qui s'impose au médecin.

Un médicament la simplifie, c'est la digitale, tonique modéré du cœur, modificateur puissant de la circulation capillaire, modificateur efficace de l'élément nerveux, et, pour toutes ces raisons, restaurateur par excellence de l'équilibre rompu entre la tension veineuse et la tension artérielle.

A côté de la digitale, pour ranimer l'énergie contractile du cœur, nous possédons l'alcool, le phosphore, la noix vomique, le quinquina, le café, toniques qui manquent un peu d'action élective sur la fibre cardiaque et dont le meilleur serait peut-être le café, si son influence était plus constante et de moins courte durée.

Pour agir sur les auxiliaires du cœur, le système capillaire et le système nerveux, dont le premier obéit si bien au second, nous avons l'arsenic, les bromures, l'éther, le chloral, la morphine, qui nous ont rendu de réels services dans certaines conditions que je vous rappellerai dans un instant.

Cependant, malgré vos efforts qui ont retardé sa marche, la défaite tantôt commençante est maintenant presque achevée. Le sang s'accumule dans l'arbre veineux; il s'altère et le jeu des organes est troublé. Que faut-il faire?

Pour dégorger le système veineux, le moyen le plus simple et le plus rapide, c'est la saignée. Quand, dans une affection mitrale, les veines du cou se gonflent, que les lèvres bleuissent et que le poumon se congestionne, vous ne sauriez croire l'avantage important et prompt qu'on peut retirer de la saignée; c'est le calme qui succède à l'angoisse, calme trop court, malheureusement. Mais la saignée affaiblit, et dans l'insuffisance aortique elle peut provoquer une syncope mortelle; j'ai vu une fois, chez un homme vigoureux atteint de cette lésion, la mort subite la suivre de près.

Ne peut-on pas débarrasser sans secousse le système veineux du liquide qui l'encombre? Ne peut-on pas n'enlever à ce liquide que ses éléments les moins utiles? Oui, on le peut: par des aliments, le lait et les oignons; par des médicaments, les diurétiques et les hydragogues. On le peut si bien que notre n° 5 de la salle Sainte-Élisabeth, atteinte d'insuffisance mitrale, moribonde en décembre dernier, est maintenant en avril sans œdème et presque sans malaises.

Ce n'est pas tout; ce sang qui circule mal s'altère, stationnant dans le système veineux, il garde les caractères du sang veineux, il mourra d'oxygène; c'est surtout le cas de l'insuffisance mitrale; se balançant au lieu d'avancer dans le système artériel, ce qui est le cas de l'insuffisance aortique, il ne traverse pas assez les organes de l'hématopoïèse où il formerait des globules, et une anémie se produit. Il faut alors de l'air à ce sang qui manque d'oxygène; il faut du fer à ce sang qui manque de globules.

Mais la stase et l'altération du sang entraînent à la longue la lésion des viscères, source nouvelle de dangers. Un poumon engorgé où l'hématose est entravée; un foie qui devient muscade; un estomac qui souffre et ne digère pas; un rein qui, subissant la néphrite interstitielle, refuse au sang le passage et aux produits excrémentitiels la sortie; un cerveau privé de sang artériel et encombré de sang veineux, cessent de remplir leur mission et portent à l'organisme de nouveaux coups.

Il faut alors, autant que possible, chercher des remèdes qui conviennent à la fois et à l'affection secondaire de l'organe et à l'affection primitive du cœur.

De ces remèdes, vous ... vez. Pour le poumon œdématié, l'oxymel scillitique; pour le pou... emphysème en avant, l'arsenic; pou[r le poumon c]ongestionné en arrière, avec un sujet nerveux, le bromure de potassium... congestionné chez peu lente à se produire. Pour l'estomac doulour... l'action est un noires anglaises; pour l'estomac paresseux, le café, la no... gouttes que ou les gouttes amères. Pour le foie volumineux, les purgatifs, notamment la podophylle ou bien le calomel associé au jalap. Pour le rein enflammé, du lait. Pour le cerveau pauvre de sang artér..., la morphine; pour le cerveau encombré de sang veineux, la digitale et les purgatifs, notamment l'aloès.

C'est ainsi que vous ralentirez la défaite du cœur. Mais ce ne sont là que des règles générales de traitement. Je dois y joindre quelques indications particulières qui varient suivant la manière dont la défaite se produit.

Le plus souvent dans les affections de l'orifice aortique vous agirez autrement que dans celles de l'orifice mitral.

Dans les premières, en effet, il faut soutenir le cœur, mais le soutenir tard, parce que l'hypertrophie compensatrice suffit longtemps à sa tâche. Quand le cœur faiblit, il le fait au moins autant par dégénérescence graisseuse que par relâchement, de sorte que le quinquina, le café, la noix vomique et la digitale elle-même échouent, tandis que des modificateurs de l'activité nutritive, l'alcool et le phosphore, ce dernier surtout, nous donnent parfois des résultats réels. Il y a peu à s'occuper alors du système capillaire dont les troubles sont heureusement modifiés par l'arsenic; mais l'attention du médecin doit se concentrer sur le système nerveux; sur le plexus cardiaque, dont l'excitation produit une angoisse pénible et dangereuse que calme le chloral; sur l'encéphale, dont l'atonie, qui prédispose à la syncope, peut être atténuée par la morphine. L'anémie cérébrale et l'anémie générale occupent ici plus de place que la stase veineuse; la morphine, qui s'adresse à l'anémie cérébrale, et le fer qui combat l'anémie générale, sont plus utiles que les purgatifs et les diurétiques qui dégorgent les canaux veineux. Et quand aucun symptôme ne prédomine, la préférence doit être donnée à l'arsenic qui convient à tous sans avoir une action bien puissante sur aucun. Il faut administrer l'arsenic à doses prolongées et la morphine à doses progressives.

Dans les affections mitrales, où l'insuffisance joue presque toujours un rôle prédominant, le médecin peut être appelé à intervenir de bonne heure, parce que de bonne heure le cœur droit se laisse dilater. Il emploiera les toniques du cœur, les modificateurs de sa contractilité, la noix vomique, le café; mais il le fera avec d'autant plus d'énergie et de persévérance qu'il y aura moins d'insuffisance et plus de rétrécissement, afin de ne pas augmenter les contractions du ventricule gauche qui sont d'autant plus nuisibles que l'insuffisance est plus pure. Dans ce dernier cas, s'il y a fausses manœuvres, contractions trop tumultueuses et trop fréquemment répétées, il administrera la digitale qui aura le double avantage de tonifier le système capillaire et de ralentir les contractions cardiaques, d'augmenter la force du mouvement de propulsion et de diminuer la fréquence des mouvements de recul. Les toniques des capillaires, les bromures en particulier, seront ici de bons remèdes, et avant eux tous les médicaments qui diminuent la pléthore veineuse, bien autrement efficaces que ceux dont l'action se limite au système nerveux. Les purgatifs hydragogues et les diurétiques auront une bien autre puissance que le fer et les toniques. Et quand aucun symptôme ne prédominera, quand ne se présentera aucune indication spéciale, le médicament vraiment utile sera la digitale, qui convient à tous en agissant réellement sur tous. Seulement je ne saurais trop vous rappeler ces trois restrictions que vous devez apporter dans l'emploi de la digitale : *pas trop tôt, pas trop à la fois, pas trop longtemps de suite.* C'est pour avoir usé de la digitale sans indications et sans mesure qu'on a compromis la réputation de cet admirable médicament.

Voilà comment les données de la pathogénie peuvent éclairer la thérapeutique et comment on peut cultiver en médecine la science et l'art à la fois.

---

## ACCIDENTS PRODUITS PAR L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE

Par M. le docteur DELASIAUVE.

Vers 1833, exerçant en province, je fus appelé près d'une dame d'une trentaine d'années, énergique et vigoureuse, présentant, avec un certain degré de fièvre, des phénomènes gastriques. Point de cause appréciable. Une légère saignée (c'était l'usage alors), un cataplasme laudanisé, une tisane adoucissante, tels furent les moyens employés. Contre mon attente, six jours se passèrent sans aucun amendement. La maison était bien exposée, la chambre vaste. Cependant je me sentais, en y pénétrant, indisposé par je ne sais quelle odeur. A quoi pouvait tenir cette impression? Y réfléchissant, j'appris que la pièce avait été repeinte plusieurs semaines auparavant. La malade fut, à l'heure même, transférée dans une autre chambre. Dès le lendemain elle était guérie.

A Paris, il y a une quinzaine d'années, je fus consulté par le cocher d'un de mes amis. Tout son corps était couvert d'une éruption semblable à un psoriasis, dont la couleur aurait pu sembler suspecte; mais elle ne datait que de quatre jours, et le sujet, robuste, n'avait jamais eu d'affection contagieuse. A force de le mettre sur la voie, il se remémore que, la semaine précédente, il avait nettoyé avec du vernis tous les meubles du salon. Il guérit en une huitaine.

Enfin, vers 1836, un savon spécial tendit à se propager. Selon le bruit qui courait, c'était le savon noir ammoniacal durci par un procédé quelconque et additionné d'essence de térébenthine. Les blanchisseuses en étaient contentes, il décrassait admirablement. Mais ce crédit ne dura pas. On ne voyait partout que des éruptions aux bras des personnes qui en faisaient usage. Pour ma part, j'en ai bien traité une demi-douzaine. Une des victimes, notamment, conserva, pendant plus de deux mois, l'un des avant-bras dans un pitoyable état; une partie du bras était même envahie; gonflement énorme, rougeur écarlate mamelonnée de papules.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 septembre 1879. — Présidence de M. RICHET.

### CORRESPONDANCE

La correspondance comprend un mémoire de M. le docteur Marveaud, intitulé : *Sur la phthisie dans l'armée.*

### DISCOURS

Sur l'invitation de M. le président, M. Bourgoin lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Poggiale, et M. Panas l'éloge funèbre de M. Chassaignac.

### LECTURE

**M. REVILLOUT** lit une *Étude sur Galien* (voir le Premier-Paris).

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 1er septembre 1879 ont été promus dans le corps de santé de la marine :

*Au grade de directeur* : M. Maisonneuve, médecin en chef ;

*Au grade de médecin en chef* : M. Cunéo, médecin professeur.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité d'anatomie pathologique**, par E. LANCEREAUX, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc. Tome second, première partie. Anatomie pathologique spéciale, anatomie pathologique des systèmes, système lymphatique. 1 vol. in-8° de 636 pages avec 90 figures intercalées dans le texte. — Prix du tome II, complet : 20 francs; prix du tome Ier : 20 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

**Du rhumatisme**, nouvelle théorie fondée sur la *physiologie, l'anatomie pathologique et l'observation*, par le docteur VOVARD (de Bordeaux). 1 vol. in-8° de 320 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, Octave Doin.

**La chirurgie et le pansement autiseptique en Allemagne et en Angleterre,** lettres adressées à M. le professeur Van den CORPUT, par le docteur G. DUPRÉ, ancien interne des hôpitaux, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Delahaye et Cie.

**Traité des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne,** d'après des observations personnelles, par le docteur MICHEL, ouvrage traduit de l'allemand par le docteur CAPART. In-8° avec une planche. — Prix : 4 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

**Étude critique sur la septicémie et la pyohémie** (clinique et expérimentation), par le docteur TÉDENAT. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

**Du diagnostic de la pierre dans la vessie,** valeur séméiologique des signes rationnels, exploration de la vessie, par le docteur ANCELIN. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

**Étude sur les fractures des cartilages du larynx et leur traitement par la thyrotomie immédiate,** par le docteur CATÉRINOPOULOS. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

**Du salycilate de soude et de son emploi dans l'accès de goutte,** par le docteur BOULOUMIÉ. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8627.

**Sirop du docteur Demesse,** diurétique (Codex n° 380) et sédatif, *à la cissampeline.*

Heureuse modification des formules diurétiques du codex (cissampelos caapeba, associé à la digitale, à la scille, etc.).

Vingt années d'expériences comparatives prouvent la supériorité incontestable de cette préparation dans les *hydropysies*, *œdèmes rebelles*, *pleurésies et bronchites chroniques*, *albuminuries*, et dans tous les cas où les *diurétiques* et les *sédatifs* sont indiqués.

Dépôt général chez M. Legras, pharmacien-préparateur, 222, faub. St-Denis, à Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies. Prix : 5 fr. le flacon.

---

**Bain de Pennès, stimulant,** RECONSTITUANT et SÉDATIF des plus efficaces, employé avec un grand succès depuis 1854 contre *l'anémie*, *l'engorgement lymphatique*, *les rhumatismes*. Remplace les **bains alcalins, ferrugineux,** surtout les **bains de mer.** — Le rouleau : 1 fr. 25 (exiger le timbre de l'Etat).

Gros : rue de Latran, 2, à Paris. — Détail : dans les pharmacies.

---

**Poudre anti-asthmatique** du docteur LEFEBVRE.

Vingt-cinq années d'expérimentation sur lui-même de toutes les vapeurs médicamenteuses (cigarettes, papiers et poudres anti-asthmatiques) permettent au docteur Lefebvre d'affirmer la supériorité et l'infaillibilité de cette préparation. Les vapeurs dégagées par sa combustion calment à l'instant même le spasme dyaphéique, éloignent les crises et amènent la guérison. Un brûloir portatif inventé par ce docteur assure au malade le moyen de combattre tout accès d'oppression qui le surprendrait hors de chez lui.

Dépôt : Ph^le Chiron, 19, boulev. Magenta, Paris.

---

**Constipation guérie** *sans purger* par les Pilules du PODOPHYLLE COIRRE. — Ce médicament peut être continué sans danger, même chez les femmes enceintes.— Il guérit radicalement en peu de jours les constipations les plus opiniâtres.

Prix : 3 fr. — Gros : 79, rue du Cherché-Midi. Détail : 97, rue de Rennes, et dans les pharm.

---

**Vin de Baudon** antimonio-phosphaté. TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

*Utile pendant la grossesse et l'allaitement.*

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

---

**Capsules et saccharure** A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses*, *Blennorrhagie*, *Blennorrhée*, *Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

---

**Pansement antiseptique** **Méthode LISTER.**

MM. DESNOIX et C^ie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

---

PRIX MONTYON décerné par L'INSTITUT DE FRANCE

**Phénol-Bobœuf,** DÉSINFECTANT, **antiépidémique, antiputride.**

Le **Phénol-Bobœuf** est un agent *préservatif très-précieux* contre les épidémies. Son emploi est *indispensable* pour l'*assainissement* des hôpitaux et hospices, chambres de malades, casernes, ateliers, usines, navires, et de tous les lieux insalubres où il est nécessaire de détruire des ferments de mauvaise nature. — Le flac. : 1 fr. 50.

Dépôt : dans toutes les pharm^ies et drogueries.

---

**Saint-Raphaël, Vin tannique,** prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

---

**Dragées Meynet** D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS. Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

---

**Elixir** ALIMENTAIRE **Ducro** VIANDE CRUE ET ALCOOL

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement.

Gros : 20, place des Vosges. Paris.

---

**Bains d'eaux-mères** *De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).*

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

*Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.*

Paris, Pharmacie centrale et principales ph^ies.

---

**Granules antimonio-ferreux et antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.**

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, rue Montmartre.

---

**Fumouze — Albespeyres** FOURNISSEUR DES HÔPITAUX MILITAIRES.

Les produits sont préparés sous la surveillance de MM. FUMOUZE, docteurs en médecine, pharmaciens de 1^re classe.

**Vésicatoire d'Albespeyres.**

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action prompte et régulière.—Exiger sur le côté du vésicatoire la signature d'*Albespeyres.*

**Papier** ÉPISPATIQUE **d'Albespeyres**

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action sure et régulière. La Préparation la plus commode pour entretenir les vésicatoires avec une extrême propreté.

La boite porte la signature *Fumouze-Albespeyre.*

**Capsules de Raquin**

AU COPAHU, AU GOUDRON, A LA TÉRÉBENTHINE, *Approuvées par l'Académie de médecine.*

Les Capsules Raquin à enveloppe de gluten constituent le meilleur moyen d'administrer le *Copahu*, le *Goudron*, la *Térébenthine.*— Elles sont parfaitement tolérées par l'estomac.

Exiger sur l'enveloppe la signature *Raquin.*

**Papier et Cigares** ANTI-ASTHMATIQUES de B^in BARRAL.

Ils contiennent les mêmes substances que le carton anti-asthmatique du Codex, associées au *Cannabis indica.*

**Pulvérisateur Marinier**

*admis dans tous les hôpitaux.*

Il est facile à nettoyer et s'applique sur tous les flacons;—la pulvérisation peut être graduée, l'obstruction est évitée, les trous n'étant pas capillaires.

**Sirop de dentition du D^r Delabarre**

ex-chirurgien dentiste des hôpitaux de Paris. Employé en friction sur les gencives des enfants, il facilite la sortie des dents et prévient les accidents de la première dentition.

Dépôt à Paris, pharmacie d'ALBESPEYRES, 80, faub. Saint-Denis; vente des pulvérisations chez Fumouze frères, 78, faubourg Saint-Denis.

---

**Épilepsie. Hystérie. Névroses**

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

---

NÉVRALGIES — MIGRAINES

**Gelsemium sempervirens**

une à cinq pilules au maximum en 24 heures

**ELIXIR ANTI-NÉVRALGIQUE**

une à cinq cuillerées à café en 24 heures.

**TEINTURE DE GELSEMIUM**

en petits flacons pour MM. les Médecins.

Exiger la signature du D^r Fournier, pharmacien de première classe. Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

---

**L'Acide Phénique** à l'état naissant enlève le goût de poisson et facilite la digestion de l'huile DE MORUE PHENIQUEE, du D^r Déclat. . . . . . . 3 fr.

Glyco-phénique-sirops et injections s.-cutanées à l'acide phénique, phénate, sulfo et iodo-phénique, 6, avenue Victoria, Paris, Chassaing.

---

**Eau de Contrexéville** (SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DEPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

---

**Névroses. — Sirop Collas** au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM.— Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

**Diathèse urique. Pilules Collas** au BROMURE de LITHIUM.— Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique,* puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie Collas, 8, r. Dauphine, Paris.

---

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

**Dragées de Gélis et Conté** AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs,* pour fortifier les *Constitutions lymphatiques,* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Les véritables DRAGÉES de GÉLIS et CONTÉ ne sont livrées qu'en boites carrées, revêtues d'étiquettes teintées, et scellées par une bande rose portant la signature de M. Labélonye.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

---

**Vin iodé de Moride** (34, rue Labruyère).

Chaque litre de ce vin contient l'équivalent de 12 grammes teinture d'iode ; il est excellent au goût et remplace avec avantage l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue.

N° 103. — SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1879. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

**Accidents tardifs consécutifs à l'anesthésie par l'éther ou le chloroforme. — Cas nouveau de dyspnée avec bronchite que l'on peut songer à rattacher à une cause portant sur les pneumogastriques.**

En publiant dans notre Revue clinique du 12 juillet dernier un cas de mort survenue rapidement dans le service de M. le professeur Richet à la suite d'une anesthésie par le chloroforme, et quelques autres faits inédits de même nature que ce savant maître avait recueillis dans sa pratique, nous annoncions qu'il y aurait lieu de revenir sur ce sujet.

Jusqu'ici, c'est en vain que nous avons cherché des cas analogues. MM. Gosselin, Broca, Panas, et beaucoup d'autaes chirurgiens, auxquels nous nous sommes adressé, ne se rappellent pas avoir jamais noté aucun accident tardif grave, aucun cas de mort survenant par dyspnée, huit, dix ou douze jours après l'administration d'un anesthésique, sans qu'il se fût produit de phénomènes anomaux durant la première journée.

Il faut bien dire que des faits pareils auraient pu passer inaperçus, l'attention ne s'y étant pas portée, et la mort étant attribuée à toute autre cause.

C'est ainsi que l'on n'a pas su pendant bien longtemps reconnaître les cas d'embolies pulmonaires graisseuses, dont maintenant on publie chaque jour de nouvelles observations.

Ne serait-ce point des embolies de cette espèce qui auraient amené la mort chez les malades, tous très-gras, chez lesquels l'affection dyspnéique dont il s'agit s'est produite quelques heures après une opération pratiquée durant l'anesthésie par l'éther ou le chloroforme?

M. Richet s'était posé cette question. Il espérait qu'elle serait résolue, pour la malade dont nous avons parlé, par un examen ultérieur et minutieux des poumons de cette femme au microscope. Malheureusement, les pièces se sont trouvées perdues par accident, et les doutes subsistent.

Il est vrai que, dans les cas qui ont été publiés d'embolie graisseuse, la dyspnée, quand elle s'est produite, s'est prolongée beaucoup moins longtemps. C'est le plus souvent un phénomène presque terminal. Mais on a trouvé dans ces cas de la congestion pulmonaire, des suffusions sanguines, des signes mocroscopiques qui ressemblent beaucoup à ceux qui ont été notés à l'autopsie des malades de M. Richet.

D'ailleurs, il faut bien l'avouer, l'explication la plus satisfaisante après celle-là ne l'est pas pleinement. C'est celle qui consiste à rapprocher les phénomènes observés chez ces malades de ceux qu'on peut produire chez l'animal vivant en coupant les pneumogastriques.

En effet on a noté, dans des vivisections de ce genre sur de très-jeunes animaux, de la dypsnée, de la congestion pulmonaire, des suffusions sanguines, de la bronchite, parfois même la fonte purulente des poumons.

Mais les respirations sont lentes dans la dypsnée due à cette cause ; tandis qu'elles sont très-précipitées, que la température s'élève excessivement chez les malades qui succombent dans les conditions si bien observées et si bien décrites par M. Richet.

Si, au lieu d'une paralysie des pneumogastriques, on supposait une irritation, une névralgie de ces nerfs, se rendrait-on mieux compte des symptômes ?

On ne sait pas encore très-bien reconnaître ce qui pourrait résulter d'une irritation vive et prolongée des rameaux pulmonaires des pneumogastriques.

Même hésitation existe toutes les fois qu'on peut supposer soit une compression paralysante, soit une pression irritante et excitante de ces nerfs.

Ce cas s'est présenté, notamment, tout récemment encore, chez une jeune malade entrée le 2 août dernier à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Frémy, suppléé par M. Huchard.

Nous avons vu ce malade le lendemain de son entrée ; il étouffait littéralement. Une dyspnée à forme pulmonaire, avec extrême accélération des mouvements respiratoires, élévation de la température, face vultueuse, etc., nous rappelait tout à fait l'aspect de la malade dont nous venons de parler, durant ses derniers jours.

Mais ici la dyspnée était accompagnée d'autres phénomènes qui la rendaient plus explicable. Une turgescence énorme

du cou, un développement considérable des ganglions situés sur les côtés et dans lesquels se rendent une partie des lymphatiques du poumon, tout cela survenu en quelques heures chez un malade qui, depuis plus d'un an déjà, présentait des altérations, probablement tuberculeuses, du larynx, permettait de supposer qu'une poussée congestive semblable s'était produite dans la région des ganglions bronchiques et y enserrait les pneumogastriques.

Il existait en même temps chez ce jeune homme une dysphagie absolue.

M. Huchard, qui l'examina le lendemain, fut aussi d'avis qu'il était atteint d'une adénopathie bronchique et que sa dyspnée était due à la pression des ganglions sur les pneumogastriques. Il en trouva la preuve dans une submatité parfaitement perceptible vers la moitié droite du thorax, dans une diminution des bruits respiratoires du même côté, dans l'extrême sensibilité à la pression des nerfs pneumogastriques et de leurs branches à la région du cou, à la région sous-diaphragmatique, sur les côtés du sternum, au point d'émergence du rameau anastomotique.

En interrogeant ce jeune homme sur ses antécédents, on apprenait qu'il avait eu, il y a deux ans, une angine couenneuse, suivie d'abord d'une paralysie du voile du palais, puis d'une paralysie des muscles de la face, de la langue et du bras du côté gauche. Le tout avait duré environ trois mois, mais ne pouvait avoir aucune relation avec la maladie actuelle.

Un peu plus tard, souffrant de la gorge, ayant la voix éteinte, il était entré à l'hôpital Temporaire d'abord, puis à la Charité. A l'hôpital Temporaire, on l'avait examiné au laryngoscope, et, trouvant des ulcérations dans le larynx, on lui avait pratiqué pendant trois mois des cautérisations au sulfate de zinc. A la Charité, on l'avait traité pour une bronchite suspecte compliquée d'emphysème. Pendant qu'il s'y trouvait, il avait éprouvé un accès de suffocation qui avait duré une nuit seulement et ne ressemblait en rien, quant à l'intensité, à l'accès actuel.

Il avait perdu sa mère de phthisie, et son frère aîné paraissait atteint de la poitrine. Quant à lui-même, il était très-robuste, malgré son mal de gorge. Agé de dix-neuf ans, il exerçait depuis longtemps l'état de doreur et pouvait soulever, disait-il, un poids de 20 kilos, à bras tendu, de chaque main.

Dans le service de M. Huchard, on le traita avec énergie; on lui mit des sangsues au cou, des vésicatoires sur la poitrine, on le badigeonna de teinture d'iode, on le couvrit de ventouses; bref on s'appliqua à obtenir une révulsion énergique. La dyspnée diminua bientôt; la déglutition, d'abord du pain mâché, puis de la viande, devint possible. Les liquides ne passaient encore qu'à la condition d'être très-chauds.

En même temps que s'amendaient les phénomènes généraux, on voyait le cou diminuer. Mais, quand il avait déjà, à peu près, complètement repris son volume normal, on y sentait encore des ganglions gonflés, à la base, sur les côtés, dans les régions où aboutissent des lymphatiques pulmonaires.

Le malade a recouvré un très-fort appétit, un certain embonpoint, des forces. Il a toujours la voix un peu rauque; mais il s'en affecte d'autant moins que cette raucité de la voix remonte à près de deux ans, au temps où il entra à l'hôpital dit alors *Temporaire* de la rue de Sèvres, et où on lui trouva, pour la première fois, des ulcérations du larynx.

**Méningite suppurée chez un alcoolique.**

Dans une précédente Revue clinique, nous avons donné l'observation d'un malade mort en quelques jours avec des symptômes cérébraux, par suite d'un étranglement interne portant sur le commencement du jéjunum. Le diagnostic n'en avait pu être précisé qu'à l'autopsie.

Parallèlement, il sera bon d'étudier l'observation suivante qui nous a été communiquée par M. le docteur Jean, chef de clinique de M. le professeur Hardy, et qui est relative à un homme, mort à peu près dans le même temps, par suite d'une affection suraiguë des méninges, non moins difficile à reconnaître.

Nous laissons la parole à M. le docteur Jean :

« Un cas intéressant, et dont le diagnostic est resté incertain pendant la vie, s'est présenté il y a peu de temps dans le service de clinique de la Charité. Il s'agit d'un malade, âgé de cinquante-sept ans, marchand des quatre saisons, qui est entré à l'hôpital le 6 août 1879.

C'est un homme fortement musclé, ayant fait depuis longtemps de nombreux excès alcooliques.

Le 1er août, il était en pleine santé, et le 2 août, c'est-à-dire quatre jours avant son entrée à l'hôpital, il se sentit malaisé, courbaturé, et à la halle eut un violent frisson. Il rentra chez lui, se jeta sur son lit et s'endormit. Vers cinq heures de l'après-midi, il eut une attaque apoplectiforme dont il ne connaît les détails que par le récit des personnes qui étaient auprès de lui. Il tomba, paraît-il, en bas de son lit, eut des convulsions toniques, puis cloniques, se fit de profondes morsures à la langue, dont il reste actuellement des traces indéniables, et une écume sanguinolente s'écoula de sa bouche.

Revenu à lui, il constata une courbature généralisée, une impossibilité presque complète de se lever, avec paralysie plus prononcée au bras et à la jambe droite.

Ce n'était pas la première fois qu'une semblable crise épileptiforme se produisait. A l'âge de vingt-cinq ans, il avait déjà perdu connaissance et s'était débattu; depuis lors, quatre autres attaques avaient eu lieu depuis quelques années. A la suite de chacune de ces crises, le malade restait courbaturé et pour ainsi dire légèrement paralysé des quatre membres pendant vingt-quatre heures, puis tout rentrait dans l'ordre.

La dernière attaque a été, de l'avis du malade, semblable aux précédentes, mais plus violente, et la paralysie n'a pas disparu aussi vite, puisque, le jour de son entrée dans le service, elle affecte encore très-nettement la forme hémiplégique droite.

Dans les antécédents personnels de ce malade, nous ne trouvons ni syphilis, ni rhumatismes. Depuis longtemps il était emphysémateux et avait remarqué à plusieurs reprises un léger œdème des membres inférieurs.

*État le 6 août.* — Le malade est dans le décubitus dorsal, ne pouvant pas s'asseoir, et il présente de la raideur de la colonne vertébrale.

Il raconte assez nettement son histoire et paraît assez excité.

La langue est sale, recouverte d'un enduit saburral; il y a de l'inappétence et de la constipation.

Le pouls est régulier, bat 84 fois par minute, et le thermomètre s'élève à 39°,5 le soir.

La respiration est un peu fréquente, et on constate à peine quelques râles ronflants et sibilants dans la poitrine.

Les urines sont foncées et contiennent une très-notable proportion d'albumine.

La force musculaire est très-affaiblie, et de plus il existe très-nettement de la parésie dans le bras droit et la jambe droite; les traits de la face ne sont pas déviés, la langue seule se porte un peu à gauche.

Le 9 août, le malade commence à divaguer, et ce délire persiste jusqu'au moment de la mort, sans jamais se produire sous forme de delirium tremens.

Le membre droit est très-œdématié, et cet œdème coïncide avec une augmentation très-appréciable de la chaleur quand on compare le côté droit au côté gauche.

Bientôt les bourses s'infiltrent de sérosité, et ce n'est qu'à la suite de purgatifs drastiques répétés que cet œdème tend à disparaître.

Du 10 au 17 août, l'état est à peu près stationnaire, la fièvre persiste, le thermomètre marque 39° le matin et 40° le soir; l'albuminurie est toujours très-marquée, mais il n'existe aucune phlegmasie appréciable capable d'expliquer cette fièvre; les râles ronflants, sibilants et sous-crépitants sont plus nombreux dans la poitrine, mais l'hypostase rend compte facilement de la production de ces symptômes.

Les pupilles, pendant le cours de la maladie, ont été toujours égales; dans les derniers jours, elles se contractent toutes deux et sont réduites au diamètre d'une tête d'épingle.

Enfin la constipation légère fait place à une diarrhée incoercible, et le malade meurt le 18 août après avoir présenté pendant vingt-quatre heures une respiration stertoreuse.

Pour résumer en quelques mots l'histoire de ce ce malade, nous voyons, au début, une attaque apoplectiforme, ou plutôt une légère parésie droite, des troubles vaso-moteurs du même côté, de la contracture pupillaire, une albuminurie persistante, et d'autre part l'absence de constipation et de vomissements à toutes les périodes de l'affection.

En présence de ces symptômes diffus, ne présentant pas de localisation véritable sur aucun appareil de l'économie, sinon peut-être sur le système nerveux, et s'accompagnant d'une fièvre intense et pour ainsi dire continue, nous ne pouvions guère penser qu'à une phlegmasie latente du thorax, ou bien à une lésion inflammatoire du cerveau ou de ses enveloppes, bien que le malade n'ait jamais présenté ni vomissements ni constipation; mais il ne nous était nullement possible de nous prononcer et de porter un diagnostic précis. L'autopsie seule est venue nous renseigner, en nous montrant l'existence d'une méningite suppurée.

Autopsie. — *Poumons.* — Congestionnés dans les 2/3 inférieurs.

Pas de pneumonie profonde.

*Reins.* — Congestionnés, présentant quelques îlots blanchâtres à la surface, un peu plus gros que d'habitude.

*Foie.* — Petit, nullement granuleux, un peu de dégénérescence graisseuse.

*Cœur.* — Volume normal, pas d'insuffisances, petite saillie bourgeonnante sur la valve droite de la mitrale. Un peu d'athérome aortique au premier degré, pas de plaques calcaires.

*Cerveau.* — D'une façon générale, nous pouvons dire que la pie-mère est épaissie sur toute l'étendue de l'encéphale, et présente aussi bien à la base qu'à la convexité une infiltration plastique très-accusée.

De plus, du côté gauche principalement, on constate une teinte opaline due à un épanchement purulent dans les mailles de la pie-mère. Celle-ci est fortement injectée et forme des plaques ecchymotiques au niveau du lobule du pli courbe à gauche.

Mais, dès qu'on examine la base de l'encéphale, on constate au niveau de la partie antérieure de la scissure de Sylvius du côté gauche, une sorte de foyer purulent qui comprime les circonvolutions de l'insula et la partie postérieure de la troisième frontale, sans intéresser cependant la substance grise; à droite, au même niveau, nous constatons un épaississement très-notable de la méninge, avec infiltration purulente légère, mais dans tous ces points la décortication est facile. Toutefois, à gauche, au point où le pus est en plus grande abondance, il y a adhérence de la dure-mère à l'arachnoïde et production d'une néo-membrane dans l'étendue de 2 centimètres environ.

Nous constatons aussi quelques petites plaques ecchymotiques à la partie inférieure du lobe sphénoïdal gauche, mais elles ne pénètrent que très-peu dans la substance grise.

Sur le vermis inferior et le plancher du quatrième ventricule, nous trouvons enfin un épaississement notable de la pie-mère avec coloration grisâtre.

Telles sont les lésions méningitiques trouvées dans ce cas; elles relèvent à la fois de la méningite chronique plastique et de la méningite aiguë suppurée.

Comme renseignement négatif, nous pouvons ajouter que l'examen de la moelle ne nous a indiqué rien d'anomal.

Les légions méningitiques chez les alcooliques ne sont pas exceptionnelles, mais, le plus souvent, elles consistent en altérations de la dure-mère (pachyméningite chronique avec tendance à l'hématome).

Chez notre malade, au contraire, la méninge externe est presque respectée; le processus morbide a atteint de préférence la pie-mère, et, outre cette lésion chronique, nous avons trouvé une lésion franchement aiguë à processus suppuratif, ce qui est loin d'être la règle dans l'alcoolisme, et nous a paru mériter l'attention. »

**Sein douloureux.**

Nous sommes allé prendre des nouvelles de la jeune femme dont nous avons parlé dans notre Revue du 28 juin et qui, atteinte de l'affection que M. Richet nomme *sein douloureux*, a été traitée par la méthode de la compression du thorax.

Lorsqu'elle est sortie de l'Hôtel-Dieu, fort peu de jours après le moment où nous écrivions cet article, cette femme allait beaucoup mieux, au point de vue des douleurs mammaires. Le sein, soutenu et pressé par la bande de caoutchouc enroulée autour de la poitrine, n'était plus le siège de ces douleurs vives, spontanées, ou paraissant telles, qui, survenant surtout la nuit, avaient rendu le sommeil impossible, ou à peu près, pendant longtemps. Il y avait également une diminution très-considérable de l'excessive sensibilité accusée naguère par la malade à la palpation exercée latéralement, comme nous l'avons dit.

Mais la guérison n'était pas complète. Elle ne l'est pas encore aujourd'hui, bien que la malade, qui a repris ses occupations très-fatigantes, se soit astreinte à continuer la compression de la poitrine, même pendant les heures où

elle fait sa classe. Cette compression a d'ailleurs un grand avantage, celui de mettre obstacle aux mouvements du sein qui réveilleraient la douleur.

Il va sans dire que cette femme est toujours nerveuse, impressionnable, sujette à des névralgies et des névroses de toute espèce, qui se rattachent à son tempérament et qu'exaspèrent les fatigues, les préoccupations, les émotions pénibles, les idées noires, avec ou sans cause.

Dr Victor REVILLOUT.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. VIDAL.

### De la couperose (1).

II

Au point de vue de l'étiologie, la couperose est héréditaire ou acquise. Elle est fréquemment héréditaire, par transmission directe : les filles héritent de la couperose de leur mère. Les femmes y sont trois ou quatre fois plus exposées que les hommes : chez ces derniers, la couperose n'existe guère que par l'effet des causes occasionnelles extérieures et des habitudes alcooliques, tandis que, dans le sexe féminin, où la peau est plus sujette aux congestions, on la retrouve, surtout dans les classes aisées de la société, beaucoup plus commune que dans le sexe masculin.

Lorsqu'elle se développe par hérédité, la couperose s'indique déjà vers l'époque de la puberté, par la rougeur de la face ; si la mère est couperosique, on peut dès lors prévoir et prédire le même désagrément pour sa fille.

Chez l'homme, on l'observe ordinairement vers l'âge de quarante ans ; quelquefois plus tôt, si l'hérédité et le régime hâtent son développement. Le plus ordinairement, elle est due à l'alcoolisme, qui entretient une congestion ordinaire de la face; il faut y ajouter les conditions spéciales de diverses professions, cochers, verriers, chaufourniers, où les influences extérieures de l'air, du feu, augmentent encore l'effet de l'alcoolisme, si fréquent dans ces professions. Toutes ces causes réunies déterminent facilement la couperose, alors même que l'individu n'y est pas prédisposé, et hâteront son évolution, si l'hérédité l'a déjà fait éclore.

Le pronostic n'en est pas grave si l'on considère que la couperose est compatible avec une longue existence : mais, au point de vue de sa permanence, il ne laisse pas que d'être assez sombre et fâcheux. Car, chez certaines femmes surtout, la tristesse et la lypémanie même surviennent promptement ; elles ne veulent plus sortir de leurs appartements, elles mènent une vie toute de solitude et de mélancolie. On comprend que, pour ces malades, la couperose est une maladie grave, qu'il importe d'attaquer dès son début, pour en enrayer ou au moins en modérer les désastres. La guérison, relative, en effet, est possible au début, surtout chez les gens qui l'ont par hérédité, ou encore chez les sujets, atteints de couperose acquise, qui sont assez dociles pour renoncer aux excitations qui ont déterminé l'éruption.

Je n'insisterai pas sur le diagnostic : il se fait à première vue. On ne confondra pas la couperose avec la rougeur de l'érythème qui est passagère, ne dépasse jamais une durée de quelques jours, et surtout est continue pendant cette période de temps ; ici, au contraire, la rougeur apparaît deux heures à peine, puis disparaît. Plus tard, elle devient permanente, mais elle reste limitée; un érythème, quel qu'il fût, s'étendrait aux régions voisines.

La confusion serait plus facile avec un lupus érythémateux au début : cependant, dans la couperose, la rougeur est diffuse sur ses bords, tandis que le lupus a une rougeur assez nettement circonscrite et des bords indurés : enfin, on y voit les cicatricules qui témoignent la régression des éléments cellulaires du centre du lupus.

A la période pustuleuse de la couperose, on pourrait la confondre avec l'acné simplex : on reconnaîtra cette forme d'acné parce qu'elle est disséminée sur le dos, la poitrine ; enfin, ses pustules ont une base rouge, mais elles sont isolées. L'acné simplex, juvenilis, est l'indice d'un tempérament scrofuleux, qui n'est pas généralement celui qui est prédestiné à la couperose.

En un mot, le type de la couperose est tellement bien constitué par sa localisation, son siège, sa vascularisation, que les gens du monde, même, ne s'y méprennent jamais.

Y a-t-il un traitement général de la couperose? Non, assurément, si l'on entend par là l'administration de médicaments. Oui, si l'on veut parler du régime qu'il faut imposer aux malades.

Supprimer les vins, que l'on remplace par de la bière, si c'est nécessaire; supprimer l'alcool, les liqueurs, le café, le thé même, la charcuterie, les salaisons. Chez les sujets qui sont sujets à l'urticaire ou à diverses manifestations après l'ingestion de moules, on proscrira même le poisson de mer, ou, du moins, on n'en permettra qu'un usage modéré. Le malade devra, en un mot, renoncer à tout ce qui peut déterminer la congestion de la peau.

Chez les femmes, on surveillera la menstruation : le plus souvent, elles sont dysménorrhéiques ou aménorrhéiques, quelquefois elles ont des ménorrhagies; on régularisera la fonction menstruelle, autant qu'il sera possible.

Chez les individus prédisposés à la couperose, on évitera l'influence du vent, du froid : les femmes porteront un voile ; les hommes, s'ils appartiennent à la classe aisée, éviteront de s'exposer au vent, de sortir en voiture découverte, etc. Dans la classe ouvrière, ces considérations d'esthétique ont beaucoup moins d'importance.

On soumettra les malades à l'emploi des eaux minérales sulfureuses douces (Uriage, Saint-Gervais, Luchon) ; les eaux alcalines (Vichy, Vals) seront recommandées aux dyspeptiques. Il ne faut pas perdre de vue les deux symptômes si fréquents : constipation et froid aux pieds, qui traduisent le défaut d'équilibre de la circulation. On cherchera donc à déterminer la congestion ailleurs, pour faire dérivation à celle de la face : il ne faut pas craindre de produire des hémorrhoïdes par l'administration de l'aloès. On peut prescrire des pilules contenant 10 centigrammes d'extrait de rhubarbe, et 5 centigrammes d'aloès. On peut les formuler ainsi :

| | | |
|---|---|---|
| Extrait de rhubarbe . . . | 2 | grammes. |
| Aloès . . . . . . . . . . . | 1 | — |
| Essence d'anis . . . . . . | 2 | gouttes. |

Diviser en vingt pilules, à prendre une par une, deux, trois même par jour, avec la première cuillerée de potage au dîner. Cela suffit pour donner le lendemain une ou deux évacuations faciles.

L'hydrothérapie, en grosses douches froides sur les

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 août.

jambes et les pieds, et non du côté de la face, excitera aussi la cirulcation des extrémités. L'exercice à pied, la marche, les frictions alcooliques (eau de mélisse, eau de Cologne, etc.), sur la plante des pieds, produiront le même résultat.

L'hygiène, en un mot, aidera au traitement de la couperose, mais elle serait assurément insuffisante. Il faut surtout avoir recours au traitement local.

Autrefois j'ai employé les frictions avec une petite proportion d'onguent napolitain. Hébra a recommandé l'emplâtre de Vigo; d'autres, les lotions avec le savon sulfureux. On fait mousser le savon sur la joue, puis on y laisse la mousse.

Avec quelle eau doivent se laver les malades atteints de couperose? Les eaux crues, séléniteuses, aggraveraient leur affection. Il ne faut pas employer l'eau ordinaire : il faut faire bouillir l'eau qui doit servir à la toilette, surtout en y ajoutant quelque matière organique, du son ou des amandes pilées, par exemple.

Des lotions plus simples peuvent être faites avec du savon blanc qu'on laisse sur la figure.

Après quelques jours, se fait une poussée exfoliatrice épidermique : alors, on cessse ce traitement, puis, quelques jours après, on applique de nouveau ce savon blanc, et ainsi de suite. C'est, en un mot, un traitement perturbateur auquel j'ai recours; il détermine une certaine inflammation, et active la résolution. C'est dans ce sens qu'on emploie les agents irritants, pour transformer une congestion chronique en congestion inflammatoire franche, ayant des tendances naturelles à la résolution.

Hardy fait usage des pommades suivantes :

Protoiodure de mercure, 1 gramme sur 30; ou bien biiodure de mercure, 1 gramme sur 60 ou 100.

Une pommade a eu beaucoup de vogue dans le public : c'est la pommade de Rochard, au sel de Boutigny (1).

On prescrit :

| | |
|---|---|
| Sel de Boutigny. . . | 0g,15 à 0g,75 |
| Axonge. . . . . . . . | 30 gr. |

Si la pommade n'agit pas au 60e, on l'emploie au 40e et même au 30e. Comme elle s'altère vite, il ne faut pas en faire préparer une grande quantité à la fois. On en fait une onction le matin ; la peau s'irrite, et il survient une inflammation superficielle qui détermine une séborrhée abondante, puis des croûtes jaunâtres, qui tombent bientôt après. Ce traitement est pénible et douloureux.

On a obtenu de bons résultats avec les lotions sulfureuses à assez hautes doses : on prescrit :

| | |
|---|---|
| Véhicule. . . . . . . . . . . . | 250 grammes. |
| Polysulfure de potassium . . | 4 à 5 — |
| Teinture de benjoin. . . . . . | 5 — |

Dans cet hôpital, nous avons reconnu, d'une façon empirique, mais incontestable, surtout pour M. Hillairet, que c'est le soufre qui exerce une action favorable. Nous prescrivons :

| | |
|---|---|
| Eau simple ou eau distillée de roses. . | 250 grammes. |
| Alcool camphré. . . . . . . . . . . . | 15 à 30 — |
| Fleur de soufre. . . . . . . . . . . . | 30 — |

Avec une éponge imbibée de cette solution, on fait des lavages répétés pendant cinq ou six minutes, de sorte que la fleur de soufre se dépose sur la peau couperosée ; on n'essuie pas. Si l'on peut faire exécuter ces lavages le matin, on les recommande : mais, en tous cas, le soir, pour la nuit, tous les malades peuvent les pratiquer. On peut avoir à se préoccuper, chez certaines femmes délicates et à la peau excitable, de l'exfoliation épidermique consécutive au traitement : lorsque l'épiderme se dessèche, se fendille et s'écaille, on peut prescrire la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Glycérolé d'amidon . . . | 30 grammes. |
| Oxyde de zinc. . , . . . | 2 — |

Cette pommade donne une teinte blanchâtre uniforme, qui aide à masquer la difformité causée par la rougeur.

Il faut savoir que les traitements par l'iode, le bromure de potassium, aggravent momentanément la couperose; il ne faut les prescrire que si c'est indispensable.

On continue les lotions et les pilules d'aloès pendant un temps assez long : si la maladie est au début, on obtient une guérison pouvant durer de longues années.

S'il reste de la rougeur et de la vascularisation, on aura recours à un autre médicament : ainsi les lotions avec le chlorhydrate d'ammoniaque sont très-résolutives : on les fait avec une compresse pendant huit ou dix minutes, trois fois par jour ; on prescrit cette solution :

| | |
|---|---|
| Eau distillée. . . . . . . . . . . | 250 grammes. |
| Chlorhydrate d'ammoniaque . . | 10 — |

Lorsque la maladie est à un degré plus avancé, il faut avoir recours au traitement chirurgical qui, seul, peut avoir raison des varicosités, des étoiles veineuses.

Les couperoses anciennes amènent un épaississement considérable du derme, et une vascularisation telle, que l'hypertrophie ne peut plus être combattue avec succès que par un traitement chirurgical. Autrefois je faisais des ponctions avec un canif, avec une lancette, de façon à couper les vaisseaux. Le kystitome était introduit sous la peau et coupait les bouquets vasculaires. Cette méthode, fort employée par Fayel (de Halle) et par Hébra père, était peu connue en France. Je l'ai appliquée ici le premier, en France, et presque le seul, je crois (sauf Aubert de Lyon). J'en ai obtenu de bons effets depuis quelque temps, et vous pouvez voir que je la mets en pratique sur une assez vaste échelle.

J'ai fait fabriquer un scarificateur spécial, consistant en une lame de lancette munie d'un arrêt pour limiter la profondeur à laquelle on pénètre dans la peau. Les scarifications doivent être faites de préférence sur les points où il y a des pustules, et sur toute la surface congestionnée, siège de l'acné. On les fait aussi multipliées que possible, sans avoir recours à la réfrigération locale, parce que celle-ci est suivie d'une réaction qui faciliterait l'hémorrhagie. Avec ces piqûres, j'attaque, un jour une région, puis, trois ou quatre jours après, une autre région, de façon à ne revenir sur les mêmes points que tous les huit jours. Vous avez pu voir que la surface congestionnée pâlit sous l'influence de ce traitement : les pustules indurées s'affaissent, et, à la longue, la face reprend une coloration presque normale, sans la moindre cicatrice.

Les scarifications agissent comme saignées locales d'abord, et, ensuite, par la section des vaisseaux, surtout dans les formes variqueuses. L'idéal serait de faire les piqûres sur tous les points ; en faisant les scarifications, dit Hébra,

(1) Le sel de Boutigny, chloroiodure de mercure, ou iodure de chlorure mercureux, s'obtient en triturant, puis en chauffant ensemble 37g,4 de bichlorure de mercure, et 62,6 de biiodure de mercure.

on doit arriver à imiter autant que possible les mouvements de l'aiguille d'une machine à coudre.

S'il y a épaississement mamelonné, on fait des incisions, des scarifications linéaires véritables.

M. Hardy, dans des cas analogues, a employé l'ignipuncture répétée. Lorsque l'hypertrophie est véritablement devenue éléphantiasique, il ne reste plus d'autre ressource que celle d'extirper la partie éléphantiasique, de faire, à l'exemple d'Ollier, la décortication du nez. Ce procédé peut être employé sans crainte dans les cas désespérés, car on doit bien se rappeler que les tissus altérés sont le derme seul : au dessous, tout est normal, et, lorsque l'incision des tubérosités est faite, on arrive sur des cartilages non altérés ni hypertrophiés : le squelette étant sain, les parties recouvrent un aspect fort satisfaisant.

---

**HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.** — M. Picot.

### Érysipèle de la face compliqué d'endo-péricardite.

(Observation recueillie par M. le docteur Nasse, chef de clinique.)

Depuis longtemps on sait que, pendant le cours de l'érysipèle, le cœur peut être atteint d'inflammation. Les anciens auteurs qui avaient observé, pendant cette maladie, des *fluxions* sur la bouche, le pharynx, les bronches ou les séreuses cardiaques, voyaient dans ces *fluxions* un véritable *érysipèle interne*. Dans ces dernières années, M. le professeur Jaccoud (*Traité de pathologie interne* et *clinique médicale de Lariboisière*) a particulièrement insisté sur la fréquence des complications cardiaques pendant l'évolution de l'érysipèle; et il s'est appuyé sur l'existence de ces complications analogues à celles que l'on rencontre pendant la scarlatine ou la variole, pour rapprocher l'érysipèle de ces fièvres éruptives, et en faire avec raison une maladie analogue. Il a montré que, par ordre de fréquence, on rencontre l'endocardite, la péricardite et la myocardite, et il a insisté sur la nécessité qu'il y a pour le médecin d'examiner journellement le cœur chez les érysipélateux. Ces notions furent confirmées par M. Sevestre, qui, dans sa thèse (1874), publia un certain nombre d'observations signalant le développement des maladies cardiaques pendant l'érysipèle.

Ces maladies sont de deux sortes. Les unes, intéressant le myocarde, sont plus ou moins analogues à celles que l'on trouve dans les fièvres graves et dans les cas où la température atteint un degré élevé. Les autres siègent dans les séreuses du cœur, endocarde et péricarde.

Nous avons observé, dans le service de clinique de M. le professeur Picot, un cas d'érysipèle de la face avec des complications cardiaques qui se rapportent à cette dernière catégorie. Vu le nombre encore restreint d'observations sur ce sujet, nous avons cru utile de publier ce cas.

Observation. — François L..., employé de commerce, âgé de vingt-neuf ans, entre à l'hôpital Saint-André le 16 mai 1879. C'est un homme d'un aspect robuste, d'un embonpoint notable et d'une bonne santé habituelle. Il a eu vers l'âge de dix ans la rougeole, à vingt ans la variole, et enfin, à vingt-quatre ans, la syphilis pour laquelle il a suivi un traitement pendant quatorze mois. Il y a deux ans, il a eu une bronchite qui a duré un mois.

Le malade entre à l'hôpital avec un érysipèle de la face qui occupe le nez et les joues. Il y a trois jours que l'érysipèle a débuté par le nez. Le malade ne s'est pas aperçu qu'il eût en ce point une ulcération quelconque, et il attribue son mal à une insolation. Les ganglions du cou sont augmentés de volume, surtout à gauche.

L'attention est attirée du côté du cœur par une voussure sensible de la région précordiale. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal à un centimètre en dedans du mamelon. A l'auscultation, on trouve les bruits du cœur très-profonds, mais sans bruits anomaux, sauf à la base où on trouve une sorte de frottement mal accusé. Le pouls est irrégulier et intermittent, la température 39°,4.

On prescrit un vésicatoire sur la région précordiale, et une potion avec 75 centigrammes de feuilles de digitale en fusion.

Le 17. — Le matin, pouls, 96; température, 39°,4. On entend les bruits du cœur plus nettement que la veille, mais à la pointe on perçoit un bruit de souffle. On continue à administrer l'infusion de feuilles de digitale, 75 centigrammes, avec 5 grammes d'extrait de quinquina.

Le soir, le pouls, petit, irrégulier, intermittent, bat cent quatre fois par minute. Température, 39°,2. L'érysipèle s'est étendu; il occupe la face, le front, gagne le cuir chevelu, et s'étend aux oreilles et à la partie supérieure du cou.

18 mai. — Le matin, la température reste à 39°,2; cependant le pouls s'est relevé, il est plus plein, on ne retrouve plus les intermittences ni les irrégularités, quatre-vingt-douze pulsations. A l'auscultation, on constate les mêmes signes que les jours précédents: le souffle mitral et le bruit de frottement au niveau de la base du cœur persistent.

Le soir, la température atteint son maximum, 39°,5. Cependant le pouls reste à 92.

Le 19 mai, au matin, nous assistons à une défervescence brusque de la maladie; la température tombe de 39°,5 à 38, le pouls est très-lent, irrégulier; la langue est bonne. On supprime la digitale et on laisse le malade sans médicaments.

Le soir, la température, continuant à baisser, arrive à 37°; l'érysipèle, qui n'a pas dépassé les limites auxquelles il était arrivé le 17, commence à pâlir. A l'auscultation, on trouve un dédoublement du second temps à la pointe.

20 mai. — La guérison se confirme, la température continue à descendre et arrive au-dessous de la normale (36°,5), la face se desquame. On constate encore le souffle à la pointe du cœur. Vin de quinquina.

21 mai. — La température continue à baisser, 36°,2. Le souffle persiste. On prescrit des badigeonnages de teinture d'iode sur la région précordiale et une alimentation suffisante.

22 mai. — La température se maintient au-dessous de la normale. Le malade n'éprouve aucune douleur, mais il se trouve affaibli : potion de Todd.

23 mai. — Pouls, 44; température, 36°,1; même état, même traitement.

Cet état se continue, les forces reviennent lentement.

Les jours suivants, on ne trouve plus le bruit de souffle constaté à la pointe.

Le 28, la convalescence ne fait pas de sensibles progrès. Le pouls est d'une lenteur extrême, 48; il est intermittent, et ces intermittences paraissent se produire à intervalles réguliers : deux pulsations, puis une absence, et ainsi de suite. On prescrit quatre pilules de caféine de 5 centigrammes.

Le 30, sous l'influence de ce médicament, les intermittences ont disparu; le pouls est encore petit, mais régulier. On ne trouve plus de bruit de souffle au premier temps et à la pointe, cependant ce bruit du cœur est encore un peu prolongé.

Il ne nous paraît pas douteux que, dans cette observation, nous avons été en présence d'une affection de cœur ayant occupé les séreuses. La voussure et l'éloignement des bruits constatés au début étaient dus à une péricardite qui a cédé rapidement sous l'influence des révulsifs et de l'évolution de la maladie primitive. De plus, le bruit de souffle constaté à plusieurs reprises à la pointe du cœur et au premier temps, bruit de souffle qui s'est modifié peu à peu pour disparaître

complètement, était dû à une inflammation de l'endocarde au niveau de la valvule mitrale.

## CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Ad. Piéchaud.

### Sur une erreur de diagnostic facile à commettre à propos des corps étrangers pénétrants de l'œil.

Les corps étrangers de petit volume qui pénètrent dans l'intérieur de l'œil sont arrondis à leur surface, tranchants sur leurs bords ou aigus par leur extrémité. A la première catégorie appartiennent les grains de plomb ou de cendrée qui, pour traverser les tissus résistants, ont besoin d'être mus par une force considérable. On connait le mécanisme de leur pénétration qui ne se fait jamais sans quelques contusions plus ou moins graves des parties.

A la seconde catégorie appartiennent les paillettes de fer ou de cuivre, les éclats de pierre, etc. D'un côté, ce sont les ouvriers tourneurs sur métaux qui sont le plus fréquemment atteints; d'un autre côté, ce sont les jardiniers ou casseurs de pierre. Si le corps étranger est très-aigu, il peut pénétrer facilement par sa pointe et s'implanter profondément dans les tissus, sans contusionner, pour ainsi dire, le globe de l'œil, et la plaie cornéenne ou scléroticale est quelquefois tellement étroite et si bien resserrée, qu'il serait impossible de la soupçonner sans un peu de trouble ou de congestion.

Le fait suivant est important à citer, à cause de l'erreur qui aurait pu être commise et des conséquences chirurgicales qu'elle eût entraînées.

M. G..., âgé de trente ans environ, poseur au chemin de fer de l'Est, vient me consulter le 14 juin dernier et me prier de lui extraire un éclat de fer de petit volume qu'il a reçu daus l'œil droit quelques heures auparavant. J'aperçois en effet sur un iris verdâtre un petit point noir d'un millimètre de surface, qui indique la présence du corps étranger. Sur la partie correspondante de la cornée, trouble marqué peu étendu; signes de la contusion, pas de traces de plaie. Injection prononcée dans le bas et en dehors, vers l'endroit où s'est produite la lésion. Acuité visuelle normale.

L'iris n'a point eu le temps de s'enflammer, et la pupille est restée mobile. C'est bien à la partie inférieure et externe de la membrane que s'est enchâssé le corps étranger, l'examen minutieux que je fais en face du jour me le persuade. Je pratique l'examen à l'éclairage latéral, au moyen de la lentille, et je vois très-nettement ce petit corps implanté dans l'iris un peu boursouflé sur les bords, et je songe déjà à l'indication qui se présente aussitôt à mon esprit, d'extraire prochainement ce corps, en pratiquant une iridectomie. Mais j'avais à faire l'examen ophthalmoscopique, qui ne saurait jamais être oublié en pareil cas, quelle que soit la certitude d'une blessure superficielle, quelle que soit l'intégrité de la vision.

En dirigeant le miroir sur l'œil et en cherchant à éclairer les milieux transparents, je vois l'iris se contracter sous l'influence de la vive lumière, et à la place du point noir indiquant la présence du corps étranger, un point clair, rosé, qui laisse passer la lumière, et au travers duquel se reflètent les membranes profondes. Plus de doute; au lieu d'un corps étranger enchâssé dans l'iris, un trou pratiqué dans cet organe, une seconde petite pupille creusée nettement par le passage rapide de la pointe de fer.

Voilà une surprise contre laquelle, serait-on tenté de croire, on eût pu se mettre en garde. Point. L'examen extérieur de l'œil ne permettait pas de faire cette supposition qu'il y eût une simple perforation de la membrane irienne. L'iris, ai-je dit, était un peu tomenteux, légèrement boursouflé sur les bords, et en examinant, soit à l'œil nu, soit à l'éclairage latéral, il n'était pas possible d'avoir autre chose que la sensation du relief d'un corps étranger enchâssé sur ses bords. Il faut avoir pratiqué un grand nombre d'examens pour se rendre compte de la possibilité d'une erreur en pareil cas.

Le résultat de l'examen ophthalmoscopique a été négatif pour le reste. Milieux absolument transparents. Point de lésions du fond de l'œil. A cause de l'étroitesse de la pupille et de la situation entièrement périphérique de la plaie irienne, je n'ai pu arriver à découvrir le trajet suivi par le corps étranger. Mais il est à penser, d'après la netteté de la plaie (comme faite à l'emporte-pièce) que le morceau de fer a dû être animé d'une grande force de propulsion, et sera aller se loger dans la portion de la coque oculaire voisine de la région ciliaire, après avoir traversé les parties les plus extérieures du cristallin.

Comme conséquence de l'erreur de diagnostic, l'iridectomie, pour l'extraction du corps, était indiquée dans un délai prochain. Cette opération eût été sans bénéfice pour le malade, même si on se place au point de vue antiphlogistique, car on n'ignore pas que les blessures de l'iris sans contusion guérissent facilement, comme ce sera sans doute ici le cas.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 1er septembre 1879, la première session d'examens de validation de stage est reportée : dans les Écoles supérieures en pharmacie, dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, dans les Écoles de plein exercice et les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, au mois d'avril 1880.

Les élèves dont le stage sera terminé au 1er novembre 1880, et qui en justifieront, seront admis à suivre les cours et à participer aux travaux pratiques des Facultés et Écoles dès le commencement de l'année scolaire 1879-1880; ils seront individuellement autorisés à prendre rétroactivement les inscriptions afférentes au premier semestre sur la production des certificats d'assiduité aux cours et aux travaux pratiques, dès qu'ils auront subi avec succès l'examen de validation de stage.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés :

1° *Officiers de l'instruction publique* : MM. Griffon du Bellay et Gestin, médecins en chef de la marine; Mirza Mohammed, médecin de l'armée persanne;

2° *Officiers d'académie* : MM. les docteurs Campardon, médecin à Paris; Augier et Cros, hommes de lettres; Fleury, pharmacien major de première classe; Bancel (de Toul); Comon (de Longuyon); Daniel (de Brest), Véret (de Doullens); Sclari (de Marseille).

— M. le docteur Gillette est nommé chirurgien du collège Rollin, en remplacement de M. le docteur Lannelongue, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Magnin, docteur en médecine, est chargé des fontions d'agrégé (section des sciences accessoires et pharmaceutiques) jusqu'au 1er novembre 1880. — M. Mondan (Pierre-Louis-Gabriel), bachelier ès lettres et ès sciences est nommé provisoirement troisième prosecteur d'anatomie (emploi nouveau); M. Cassin (Paul-Xavier) est nommé provisoirement troisième aide d'anatomie (emploi nouveau); M. Raugé (Paul-César), docteur en médecine, est nommé, pour un an, préparateur de médecine opératoire (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Battle, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est rappelé à l'exercice du 1er juin 1879 au 1er novembre 1880.

— *École de médecine de Caen.* — Sont nommés : MM. Lepetit, professeur de chimie et toxicologie; Chancerel, professeur d'hygiène et thérapeutique; Charbonnier, professeur de pharmacie et matière médicale.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8636.

N° 104. — MARDI 9 SEPTEMBRE 1879. 52e ANNÉE. MARDI 9 SEPTEMBRE 1879. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



---

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

### De la myélite diffuse aiguë.

Je vais profiter de la présence, dans nos salles, d'une femme atteinte de myélite diffuse aiguë, pour vous parler aujourd'hui de cette affection.

La malade dont il s'agit est âgée de vingt-huit ans ; elle exerce la profession de femme de chambre. Elle raconte que, le 30 janvier dernier, elle a été prise subitement de frissons assez intenses, de céphalalgie et de faiblesse générale.

Le lendemain, à ces premiers phénomènes, vint s'ajouter un certain sentiment de fourmillement dans les membres inférieurs. Néanmoins cette femme put passer la journée assise sur une chaise ; mais le soir, quand elle voulut se coucher, elle constata que ses jambes refusaient de la porter, et qu'en outre elles étaient devenues tellement lourdes qu'elle avait de la peine à les mouvoir.

Ces accidents firent des progrès si rapides que, le lendemain, à son réveil, la paralysie était complète.

C'est alors que la malade se décida à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, je constatai que non-seulement les membres inférieurs étaient hors d'état d'exécuter le moindre mouvement, mais que la sensibilité était absolument détruite au niveau de ces parties, et même sur l'abdomen, jusqu'à l'ombilic.

Du reste, pas de douleurs.

Depuis trente-six heures, la malade n'avait pas uriné ; les garde-robes étaient également supprimées depuis quelques jours.

La fièvre était intense et resta telle, du reste, pendant toute la durée de la maladie. La température oscillait entre 39° et 40°, et le pouls battait de 90 à 100 fois par minute.

Il existait enfin une bronchite assez étendue, qui était survenue en même temps que les premiers phénomènes de la maladie principale. Elle se traduisait, extérieurement, par une toux grasse donnant lieu à une expectoration muqueuse, par de la dyspnée, et, à l'auscultation, par des râles sibilants et sous-crépitants disséminés dans toute l'étendue de la poitrine.

Malgré nos efforts, l'état de la malade s'aggrava rapidement les jours suivants ; l'anesthésie cutanée fit des progrès, et envahit la région thoracique jusqu'à la hauteur des seins; la dyspnée augmenta considérablement, indiquant ainsi que les nerfs intercostaux commençaient à être pris ; enfin, il y a deux ou trois jours, quelques fourmillements se sont manifestés dans les membres supérieurs, qui sont aujourd'hui à peu près paralysés.

D'autre part, dimanche dernier, nous avons constaté à la visite l'existence sur la pulpe du gros orteil gauche, et, à la région sacrée, à l'origine du sillon interstitiel, d'une petite tache blanchâtre résultant du soulèvement de l'épiderme par de la sérosité.

Ces phlyctènes n'ont pas tardé à se rompre et à se transformer en de véritables eschares. Enfin, depuis hier, une lésion semblable est apparue au talon gauche.

En présence de cette perte du mouvement et de la sensibilité qui, après avoir débuté par les membres inférieurs, s'est progressivement étendue, dans l'espace de quelques jours seulement, aux bras et à une partie du tronc, nous avons diagnostiqué une inflammation aiguë de la moelle, ayant son siége au niveau des cordons antéro-latéraux et postérieurs.

Ce diagnostic était encore confirmé par ces eschares multiples qui existent constamment dans la maladie à laquelle je fais allusion.

La myélite diffuse aiguë, celle dont nous nous occuperons exclusivement dans cette leçon, survient sous des influences diverses qu'il n'est pas toujours facile de déterminer. Elle est tantôt primitive, tantôt secondaire.

Dans le premier cas, elle résulte de l'action du froid (la bronchite dont notre malade est en même temps atteinte, bien que cette femme ne se rappelle pas s'être refroidie, semblerait démontrer que, chez elle, les choses se sont passées de la sorte); ou bien elle est due à ces fatigues prolongées et excessives qui constituent le surmenage.

Dans le second cas, elle succède à des traumatismes tels que des chutes, des coups sur la colonne vertébrale, qui ont amené tantôt la fracture d'une ou de plusieurs vertèbres, tantôt des luxations, et consécutivement une inflammation de ces parties, laquelle s'est ensuite propagée jusqu'à la moelle. D'autres fois, la myélite a son point de départ dans une névrite ou même dans une inflammation de certains viscères ; elle a gagné la moelle, par l'intermédiaire des nerfs qui se distribuent à l'organe malade.

Quelle que soit la cause qui lui a donné naissance, la myélite aiguë diffuse débute tantôt d'une façon sourde et insidieuse; tantôt, au contraire, mais c'est rare, d'une manière brusque et comme foudroyante.

Lorsque la maladie commence lentement, les premiers symptômes auxquels elle donne lieu consistent, le plus souvent, dans un état de malaise vague, mal déterminé. Rarement il y a des frissons, comme dans les affections aiguës.

Quelquefois les malades accusent un endolorissement particulier le long de la colonne vertébrale; mais, le plus ordinairement, il n'existe aucune douleur, soit spontanément, soit à la pression.

Bientôt il survient dans les membres, et particulièrement dans les jambes et dans les cuisses, un sentiment de fatigue et de courbature très-prononcé, auquel succède, peu après, un sentiment de pesanteur telle que les malades ont de la peine à se mouvoir.

Quelquefois, à ces symptômes spéciaux, viennent se joindre des fourmillements, voire même de véritables douleurs lancinantes, ou des crampes plus ou moins prononcées.

Puis, vingt-quatre, trente-six heures après ces phénomènes initiaux, on voit survenir de la paralysie.

Dans quelques cas rares, même, elle est le premier symptôme qui apparaisse. Tout d'un coup, les malades sont pris d'une faiblesse musculaire considérable, leurs jambes refusent de les porter, et ils tombent.

Ce début apoplectiforme, comme on l'a appelé, s'observe surtout lorsque l'inflammation affecte d'emblée les parties centrales de la moelle. Autrefois on pensait que, dans ces circonstances, il s'agissait d'une véritable apoplexie médullaire. Cette opinion paraissait d'autant plus fondée qu'on trouvait à l'autopsie une certaine quantité de sang épanchée au milieu de la moelle. Mais M. Hayem a montré qu'il existait, chez les individus ainsi frappés, une altération préalable de cette dernière, et que c'était à la rupture des petits vaisseaux atteints eux-mêmes par la lésion, qu'il fallait attribuer cette hémorrhagie plus ou moins abondante.

Quoi qu'il en soit, le plus ordinairement, la paralysie arrive progressivement. Elle débute d'abord par une faiblesse musculaire qui va en augmentant rapidement, de telle sorte que, à un certain moment, les malades sont absolument incapables de faire exécuter à leurs membres le moindre mouvement.

Avec cette paralysie, qui est toujours flasque, et jamais ne s'accompagne de phénomènes de contracture, on observe des troubles particuliers du côté de la sensibilité. Celle-ci est, en effet, altérée dans tous ses modes. Non-seulement les malades ne sentent plus quand on les pince, mais il est possible d'appliquer sur la peau un corps chaud ou extrêmement froid sans qu'ils en aient conscience.

Quelquefois il est encore possible, soit en excitant la plante des pieds avec le doigt, soit au moyen de l'électricité, de provoquer, dans les membres frappés d'inertie, quelques mouvements réflexes.

Le plus souvent, au contraire, ces mouvements réflexes eux-mêmes sont abolis. Cela veut dire que la moelle est atteinte dans toute son épaisseur.

On a noté, dans quelques circonstances, une diminution de la température dans les membres privés de mouvement. Chez notre malade, nous avons recherché avec soin ce phénomène, sans le constater. Quoi qu'il en soit, lorsqu'il existe, il ne se traduit que par un abaissement de quelques dixièmes de degré dans le côté malade.

Plus souvent, ces membres sont le siége d'un œdème assez accusé; mais cet œdème ne se montre jamais dès le début, et ce n'est que lorsque la maladie date déjà de trois ou quatre semaines qu'on le voit apparaître.

Enfin on a signalé, dans la myélite diffuse, une tendance très-remarquable de la peau à l'escharification, surtout lorsqu'il existe une anesthésie très-accusée. M. Vulpian attribue à la perte de la sensibilité la production des eschares. Selon ce physiologiste, celles-ci résultent de ce que les malades, n'ayant pas conscience de la douleur que cause toujours la pression prolongée sur les mêmes parties, gardent constamment la même position. Cela est vrai; mais je crois qu'à côté de l'anesthésie il y a, chez ces sujets, une diminution notable de la vitalité des tissus, en vertu même de l'altération de la moelle, et que cette cause contribue pour beaucoup à la tendance de la peau à l'escharification.

Outre ces troubles, il en est d'autres qui se manifestent du côté de certains appareils. C'est ainsi que l'on voit survenir très-promptement de la rétention des urines résultant de l'inertie de la vessie, ou bien une constipation opiniâtre par suite de la paralysie de l'intestin.

Enfin, on observe des symptômes généraux, tels que de la fièvre, des troubles gastro-intestinaux caractérisés par de l'inappétence, par du dégoût pour les aliments, et même par des vomissements.

Tels sont les divers phénomènes qui caractérisent la myélite à forme diffuse, aiguë, lorsqu'elle se développe dans la région dorso-lombaire. Mais la scène change suivant l'étendue de la lésion, suivant les parties par lesquelles elle débute.

Dans certains cas, en effet, l'inflammation envahit d'abord la région cervicale de la moelle. Alors, dès le début, après ces fourmillements spéciaux que je vous ai signalés comme les phénomènes intestinaux de la myélite, on voit survenir d'emblée, dans les quatre membres, la paralysie et la perte de la sensibilité; la contracture envahit les muscles du cou; quelquefois il y a du trismus de la mâchoire; enfin, il survient de la dyspnée résultant de la paralysie des nerfs intercostaux, et des troubles particuliers se manifestent du côté de l'appareil de la vision, tels que de la dilatation ou de la contraction des pupilles, lesquelles sont, en outre, insensibles à l'impression de la lumière.

Il n'est pas rare non plus que des vomissements fréquents, de la dysphagie, des hoquets, du ralentissement du pouls viennent s'ajouter à ces troubles caractéristiques.

Lorsque la maladie affecte la région lombaire, il peut se faire que l'altération soit simplement bornée aux parties centrales de la moelle, c'est-à-dire à la substance grise. C'est alors que l'on a ces paralysies subites dont je vous ai parlé en commençant.

D'autres fois, ce sont les parties périphériques de la moelle qui sont seules atteintes. Dans ce cas, il y a paralysie des membres inférieurs, mais la sensibilité est intacte. Dans cette forme, également, il existe des douleurs très-vives, et l'on voit survenir des phénomènes de contracture en rapport avec un certain degré d'inflammation des méninges rachidiennes. J'ajouterai enfin que les mouvements réflexes sont conservés.

Enfin il est des circonstances dans lesquelles la lésion est limitée à l'une ou à l'autre des cornes de la moelle. On observe alors de la paralysie dans un des membres, l'autre restant sain. Dans ce cas aussi, on constate ce phénomène particulier, que les troubles du mouvement siégent du côté

de la lésion, tandis que ceux de la sensibilité affectent uniquement le membre opposé.

A cela se borne ce que je voulais vous dire de la myélite. J'ajouterai que c'est une affection grave dont la terminaison est presque toujours la mort, par suite de la marche incessante de la maladie. On a cependant cité quelques cas de guérison. Mais c'est rare, et le plus souvent, après s'être arrêtée pendant quelque temps, l'altération reprend sa marche envahissante, et les malades meurent par asphyxie.

---

## HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

### Extirpation d'un séquestre du fémur.

A propos de l'extirpation de séquestre du fémur que nous avons pratiquée dans notre dernière séance, je voudrais vous rappeler les règles dont le chirurgien doit toujours s'inspirer pour ce genre d'opération.

Toutes les fois qu'on observe un abcès-sous-périosté, on peut être certain qu'il y a au-dessous un séquestre en voie de formation.

Mais il est un premier principe qu'il faut respecter ici avec beaucoup de rigueur: c'est qu'on ne doit pas toucher à un foyer pathologique dans le simple but d'éclaircir le diagnostic. Dans ces cas, si l'on porte la main sur un os malade, il faut être prêt à continuer l'opération, et à extirper le séquestre. Or l'opportunité de l'opération est une chose grave et très-importante à bien établir : en effet, il ne faut pas toucher à un séquestre avant que ce séquestre existe réellement. Et, pour cela, il ne faut pas confondre la nécrose avec le séquestre. Le séquestre est une partie morte isolée de la partie vivante : on ne devra donc pas attaquer la partie nécrosée avant que cette portion nécrosée soit complètement devenue un séquestre. Cette notion n'est pas toujours facile à constater : on dit bien d'explorer la région mortifiée, et de voir si le fragment nécrosé est mobile ; s'il remue, cela prouve bien qu'il est séparé. Mais c'est là un mauvais critérium : il y a des séquestres formés depuis une, deux, trois années, et qui ne sont pas mobiles pour cela ; il arrive pour cela comme pour un clou enfoncé dans une planche : quoique le clou soit d'une substance autre que celle de la planche, il n'est pas mobile dans la planche.

Si donc l'on se fiait à ce caractère de mobilité du séquestre, on serait amené à différer beaucoup trop longtemps le moment de l'intervention chirurgicale.

Chez des sujets jeunes, à la suite d'abcès sous-périostiques, la séparation de la portion osseuse nécrosée se fait ordinairement en deux ou trois mois : passé ce délai, on peut enlever le séquestre.

L'expectation a, en effet, des inconvénients considérables : tant que le foyer suppure, on a affaire à une plaie anfractueuse, mal désinfectée malgré les plus grandes précautions, le malade est exposé à tous les accidents d'une septicémie chronique jusqu'au jour où la cause de cette suppuration, le séquestre, sera éliminée.

Il est donc urgent de ne pas attendre trop longtemps, et d'opérer en temps convenable.

Poussant très-loin cet ordre d'idées, des chirurgiens éminents ont proposé d'enlever l'os de suite, même avant d'attendre que le séquestre fût formé. Cette pratique, mise en honneur par Holmes Scott en Angleterre, a soulevé en France des discussions intéressantes à la Société de chirurgie, et au congrès de Lille (Giraldès). J'ai combattu ces doctrines, tout en reconnaissant qu'elles ont des avantages réels dans des cas tout à fait exceptionnels. Je leur fais le même reproche qu'à certaines opérations pour les blessures de la main, pour les autoplasties de la face, etc.

Je demande, d'une manière générale, qu'au lieu d'intervenir prématurément sous prétexte d'aider et de diriger la nature, le chirurgien n'intervienne que plus tard seulement, pour compléter ce que la nature n'a pu réaliser.

Or les défenseurs de cette extirpation préventive proposent d'extraire l'os avant de savoir quelle portion de cet os sera mortifiée et deviendra un séquestre, et quelle sera l'étendue de ce séquestre.

Par cette théorie, il pourra arriver qu'on enlève une diaphyse entière d'un os, tandis qu'il ne se nécrosera que quelques petites lamelles osseuses qui seules auraient disparu, si l'on avait attendu. C'est précisément ce qui est arrivé : on a enlevé un tibia tout entier ; or, en séparant le périoste de la diaphyse, on a provoqué des hémorrhagies du périoste : en ces points, le périoste était encore adhérent à l'os, et l'os était encore nourri, et par conséquent pas nécrosé. Il n'eût donc pas été nécessaire d'enlever tout l'os, mais seulement des portions de cet os.

C'est là le reproche que je fais à cette pratique, qui fait des sacrifices inconscients de parties osseuses que la nécrose aurait peut-être respectées.

En général ces nécroses guérissent bien: le périoste se charge de refaire un os nouveau. Mais il faut un certain temps pour arriver à la réparation complète et à la solidification de l'os; plusieurs mois sont nécessaires. D'autre part, si l'on enlève l'os nécrosé avant que la gaîne périostique soit assez épaisse, et constitue une sorte d'attelle, de moule extérieur au membre, on obtient des raccourcissements, des flexions fort désagréables. C'est comme si l'on enlevait les pièces d'un moule de plâtre avant que le plâtre coulé soit solidifié : l'épreuve serait manquée. Il est donc aussi nuisible au résultat d'opérer trop tôt ou trop tard.

J'ai vu ainsi une ostéopériostite de la mâchoire qui durait depuis deux mois : je reconnus la dénudation, et la présence d'un séquestre : comme il n'y avait que deux mois écoulés depuis le commencement de l'abcès, je différai encore le moment de faire des tentatives d'extraction du séquestre. Deux ou trois jours après mon examen le séquestre proéminait dans la bouche, et fut enlevé. Mais les deux lamelles osseuses qui limitaient le séquestre étaient encore trop minces, et ne purent conserver la forme du maxillaire : elles se rapprochèrent, ce qui amena une asymétrie très-difforme, en même temps qu'une gêne très-considérable de la mastication, les arcades dentaires ne se rencontrant plus.

Le même désagrément arriva à Holmes Scott, qui, ayant extrait un séquestre de la jambe, vit la gaîne périostique se rétracter, et produire un raccourcissement considérable du membre, malgré les tractions employées pour l'empêcher.

J'ai été amené empiriquement à poser cette règle : il faut intervenir quand on suppose que la séparation du séquestre est complète, et que, d'autre part, la gaîne périostique est assez solide pour conserver la forme du membre.

D'un autre côté, je suis tout prêt à admettre, avec Giraldès, Duplay, etc., que, si la suppuration est abondante, si le malade est miné par la septicémie, il faudra intervenir prématurément. Il est évident que le soin de sauver l'inté-

grité des formes doit passer après celui de la conservation de l'existence.

Chez notre malade, le foyer inflammatoire était limité; je le croyais peu étendu parce que nous avions constaté peu d'hyperostose, à peine un léger épaississement de l'os à ce niveau. Il n'existait pas de sillon bien net, limitant la portion nécrosée et la séparant de la portion vivante : les deux os étaient, en effet, encore juxtaposés, mais le séquestre était séparé régulièrement.

Une difficulté considérable de l'opération, c'était que nous opérions dans la région poplitée, au niveau de l'anneau du troisième adducteur et de la terminaison de l'artère fémorale, qui devient la poplitée. Or on sait que souvent les séquestres ont des bords parfois très-tranchants qui coupent les tissus comme un bistouri. Comme, d'autre part, je ne voulais pas trop agrandir l'incision des parties molles, je ne pouvais faire faire de grandes évolutions dans la plaie au séquestre qui était assez volumineux. J'ai donc été obligé de le réséquer, à deux reprises différentes, avec une pince de Liston, afin de retirer plus facilement les fragments, sans les dévier de la direction parallèle à l'axe du membre, et sans atteindre les vaisseaux importants de cette région. Les trois fragments ont été ainsi extraits les uns après les autres.

Nous avons laissé les drains dans la plaie, et nous avons appliqué le pansement antiseptique ouvert, la plaie recouverte d'une mousseline phéniquée. Le malade a eu une température de 38° et 39° pendant les deux premiers jours ; au troisième jour, la fièvre traumatique a cessé, la température est revenue à 37°.

L'extension du membre pourrait être pratiquée; mais, comme le fémur est très-peu épaissi, je crains de faire une fracture dans ce foyer de suppuration, et je préfère m'abstenir.

---

## HYSTÉRIE. — SENSIBILITÉ AU ZINC.

BONS EFFETS DE CE MÉTAL APPLIQUÉ EXTÉRIEUREMENT ET ADMINISTRÉ A L'INTÉRIEUR.

Par le docteur Moricourt, ancien interne des hôpitaux.

L'hystérie, avec ses formes classiques, est chose assez rare chez les très-jeunes sujets ; et, d'autre part, malgré la place honorable que la métallothérapie a conquise, dans ces dernières années surtout, dans la science et dans la pratique, ses succès sont encore généralement trop peu connus pour qu'il n'y ait pas utilité à faire connaître les faits nouveaux qui peuvent se rapporter à ce double sujet.

C'est à ce titre que nous publions l'observation suivante :

Le 26 décembre 1878, Mme F..., fruitière, me consulte pour sa fille Marie F..., âgée de onze ans.

La mère de l'enfant se porte bien; mais le père est alcoolique. Quand il est sous l'influence de l'ivresse, il menace sa femme et sa fille, et plusieurs fois il a exercé des violences sur elles.

L'enfant est donc exposée à des frayeurs continuelles.

Marie F... s'est toujours assez bien portée. Toutefois, depuis des années, et surtout depuis deux ans, elle se plaint de céphalalgie opiniâtre, occupant la région supérieure de la tête, qui a résisté au bromure et à l'iodure de potassium, ainsi qu'aux différents moyens employés pour la combattre.

Il y a un mois, Marie F... a été prise, à droite, d'une douleur revenant par accès, partant de la main et remontant jusqu'à l'épaule.

Il y a huit jours, à la suite d'un refroidissement, contracture du sterno-mastoïdien droit. En outre la névralgie gagne les parties inférieures. Il survient plusieurs fois dans la journée des crises dans lesquelles la douleur commence au-dessus du genou gauche, remonte le long de la cuisse, passe dans la cuisse droite, redescend jusqu'au-dessus du genou ; puis remonte dans le côté droit jusqu'à la tête, et disparaît au niveau de la tempe gauche.

A chaque nouvelle crise, la douleur suit exactement le même trajet.

*Prescription.* — Bromure de potassium, 3 grammes par jour; liniment au chloroforme.

11 *décembre.* — Amélioration insignifiante. Je prescris 0g,20 de sulfate de quinine chaque jour, en quatre pilules.

12 *décembre.* — Le soir, convulsions pendant plusieurs heures dans les muscles de la face et du cou.

13 *décembre.* — Deux nouvelles convulsions plus fortes que la veille.

14 *décembre.* — Les parents, très-alarmés, vont consulter à l'Enfant-Jésus le docteur Jules Simon qui prescrit : 0g,40 de sulfate de quinine à prendre en une fois avant le déjeuner et un liniment à l'extrait de belladone et jusquiame.

16 *décembre.* — La contracture a presque entièrement disparu. Mais les convulsions persistent et deviennent même plus intenses.

Elles présentent tous les caractères d'une attaque d'hystérie. Il existe de la douleur à la pression au niveau des ovaires.

Ayant été à même de constater les résultats remarquables obtenus avec la métallothérapie par M. le docteur Burq dans le service des hystériques incurables de la Salpêtrière, je me décide pour l'emploi de cette nouvelle thérapie. Je commence donc par procéder à l'examen métalloscopique d'après la méthode si bien décrite par M. le docteur Dumontpallier dans son double rapport à la Société de biologie sur la métallothérapie et la métalloscopie, rapport auquel je renvoie pour les détails des explorations.

Les 22, 23, 24 décembre, le cuivre, l'or et l'étain sont successivement appliqués sans résultat appréciable.

Le 26, j'applique le zinc. Chatouillement au bout de quelques minutes sous le métal et à son voisinage, puis chaleur suivie bientôt d'une augmentation notable de la sensibilité et de la force musculaire. La sensibilité zinc me paraissant à peu près certaine, je prescris des pilules d'oxyde de zinc à 0,05 d'abord au nombre de deux par jour. Dès les premiers jour du traitement les crises convulsives disparaissent.

*Le 9 janvier* (1879). — Les parents, voyant leur enfant guérie, ont suspendu les pilules depuis quatre jours ; les crises sont revenues.

Je fais reprendre deux pilules 0g,05.

10 *février.* — Le traitement a été continué.

Les crises ne sont pas revenues.

L'enfant a meilleur aspect; le teint est moins jaune, plus clair; elle grandit beaucoup, appétit excellent. Mais il est survenu de la gastralgie.

J'ordonne quatre pilules de 0g,05, et des frictions à l'épigastre avec la pommade à l'oxyde de zinc.

1er *mars.* — La gastralgie a disparu au bout de quelques jours. Il n'est pas revenu de crises, bien que l'enfant soit toujours exposée aux mêmes émotions.

11 *mars.* — Nouvelle frayeur plus vive encore.

Dans un de ses accès alcooliques, le père a voulu envoyer un coup de pied dans le ventre de sa fille. Celle-ci a pu esquiver le coup ; mais, à la suite de la frayeur qui en est résulté, elle a commencé à marcher difficilement. Elle s'avance péniblement, soutenue par sa mère, les pieds écartés; elle ne peut les rapprocher. Il semble qu'il y ait contracture des abducteurs et faiblesse des adducteurs.

Quatre pilules de 0g,05, et frictions avec la pommade à l'oxyde de zinc.

14 *mars.* — Pas d'amélioration sensible. L'enfant est présentée au docteur Burq, qui reprend l'examen métalloscopique et confirme la sensibilité au zinc. Il prescrit, outre les pilules, l'applica-

tion chaque soir des armatures de zinc sur chaque jambe et sur chaque cuisse, et deux bains par semaine avec 250 grammes de sous-carbonate de soude.

19 *mars*. — Marche meilleuce, mais une crise de convulsions de huit heures du soir à une heure du matin.

20 *mars*. — L'enfant a pu aller jusqu'aux Tuileries à pied ; mais on a dû la ramener en voiture.

21 *mars*. — La mère, craignant que les plaques ne rappellent les convulsions, en a suspendu l'application.

Gastralgie. J'ordonne de remettre les plaques sur l'estomac.

26 *mars*. — Pression, 27 kilogrammes à droite et 21 à gauche. Le 23, il y a eu une crise de nerfs mêlée de pleurs et de rires avec ascension de la boule hystérique pendant laquelle la malade croyait voir Guignol.

Depuis, mieux sensible, mais non aussi grand qu'il était permis de l'espérer. Nous interrogeons alors la mère de l'enfant, qui nous apprend que les armatures qu'elle lui applique sont formées de quatre métaux (cuivre, fer, zinc, étain), donnés ensemble par erreur.

Nous prescrivons alors de les remplacer par des armatures de zinc seul.

2 *avril*. — Plus de crises depuis l'application des nouvelles armatures. Plus de boule, mais encore de la gastralgie. Sensibilité et forces meilleures.

23 *avril*. — L'enfant va assez bien ; cependant la sensibilité n'est pas encore normale. Il y a un retard dans la perception douloureuse des piqûres (la jeune malade ne s'en plaint qu'après). Depuis quelques jours, gastralgie. La mère avoue que, pendant huit jours, croyant sa fille beaucoup mieux, elle a négligé le traitement. Elle n'a donné que deux pilules, au lieu de quatre ; les armatures n'ont plus été appliquées.

15 *avril*. — L'enfant est retournée à l'école depuis trois jours. La mère a remarqué que, quand on avait oublié les pilules, sa fille avait moins d'appétit et se trouvait moins bien. L'enfant dit elle-même que les plaques la chatouillent, la chauffent, et que, le lendemain matin, l'endroit de leur application est marqué comme par un vésicatoire.

Cette marque se voit encore au bout de vingt-quatre heures. Quatre pilules 0g,05, vin de quinquina, bains au sous-carbonate de soude.

23 *avril*. — Le mieux continue. Mais la sensibilité laisse encore à désirer.

La mère, voyant que sa fille n'avait pas de crises, avait suspendu le traitement. J'insiste pour qu'elle prenne ses quatre pilules de 0g,05.

1er *mai*. — A la suite d'une frayeur causée par son père dans un accès d'ivresse, l'enfant est reprise de contractures dans les jambes et ne peut marcher de nouveau.

Cette crise est de peu de durée, et, aujourd'hui 1er juillet, la guérison s'est maintenue.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Des changements de la pupille pendant l'anesthésie par le chloroforme** (Gustave Vogel). — Des recherches faites par Schlæger à la clinique de Bonn ont donné à Vogel l'idée d'examiner la pupille pendant la narcose chloroformique. Les 8 premiers cas donnèrent des résultats identiques ; plus tard l'auteur a poursuivi les mêmes recherches sur 93 individus chloroformisés à la clinique du professeur Wahl, à Saint-Pétersbourg. Il est arrivé à cette conclusion que c'est par l'état de la pupille que l'on peut juger le plus aisément la sensibilité relative des individus à l'action du chloroforme. Il a vu souvent, même lorsque l'anesthésie durait deux heures, qu'il n'y avait ni modifications oculaires ni mouvements réflexes une fois que la tolérance s'était établie.

Le chloroforme a été donné sans aucun mélange avec l'appareil de Skinner. Il est versé goutte à goutte sur un masque placé devant la face et que l'on peut éloigner sans difficulté lorsque l'état du malade l'exige.

Schlæger admet que, sous l'influence du chloroforme, il y a d'abord une dilatation de la pupille, puis une constriction à laquelle succède un nouvel élargissement quand l'asphyxie devient imminente. Quand on éloigne le chloroforme, le malade s'éveille, la pupille se dilate également.

L'auteur a vu les deux premières phases, mais il n'a pu rencontrer la troisième. Il existerait, d'après l'auteur, une marche régulière et normale ; les autres constitueraient des exceptions.

Parmi les 93 cas qui servent de base au travail, 58 se rattachent à la règle (23 femmes et 15 enfants).

Lorsque l'insensibilité commence, les paupières sont difficiles à écarter, les pupilles réagissent sous l'influence de la lumière, le regard est vague et sans but. Souvent il y a des mouvements des deux globes oculaires ; ils sont réguliers et coordonnés d'abord ; plus tard du strabisme survient. A mesure qu'on avance dans la période d'excitation, la difficulté pour écarter les paupières augmente ; lorsque la tolérance est établie, elles n'ont de tendance à se fermer qu'à la suite des irritations qui portent sur la cornée. Le globe est dans la rotation supéro-interne, de telle sorte qu'on ne découvre guère que le bord de la pupille seul est visible ; elle est alors dilatée et insensible à la lumière ; plus tard la déviation de l'œil prend une direction inverse ; la pupille n'a plus que 2 millimètres de diamètre ; plus tard elle devient plus étroite encore, parfois elle présente à sa pointe la surface d'une tête d'épingle ; lorsque le malade s'éveille, elle reprend brusquement sa grandeur habituelle. Les choses se passent d'une façon un peu différente dans les anesthésies profondes et de courte durée, comme l'auteur l'a observé 7 fois chez des individus endormis pour réductions de luxations récentes de l'épaule. Dans les narcoses prolongées, une contraction pupillaire énergique indique la nécessité de donner du chloroforme.

Dans certains cas, il y a un peu de divergence des axes et une dilatation persistante ; il est difficile de savoir au juste à quel moment arrive la contraction persistante ; la pupille reste sensible à la lumière, et tout cela sans que le malade s'éveille.

Quand l'anesthésie a été difficile à cause d'une excitation ou d'une autre, la période de tolérance est beaucoup plus courte et les irritations réflexes se font plus aisément.

Les phénomènes fournis par la respiration sont, malgré leur fréquence, beaucoup plus irréguliers et beaucoup plus instables. La marche du pouls est plus régulière, sa rapidité augmente pendant la période d'excitation, puis elle diminue ou même tombe au-dessous de la moyenne normale ; il s'élève de nouveau quand les contractions recommencent.

Le tonus musculaire passe par les mêmes variations ; dans 6 cas cependant il y a eu du trismus quand la contraction pupillaire existait déjà. Dans 3 cas, on a noté la contracture des muscles abdominaux ; dans 2, celle des extenseurs des doigts.

Les cas irréguliers se sont présentés chez 13 hommes, 2 femmes et 1 enfant de moins de quinze ans. Dans tous ces cas la dilatation pupillaire a été persistante ; quand on ouvre l'œil après la fin de la période d'excitation, l'œil a sa situation normale ou est à peine dévié en haut ; la pupille est et demeure dilatée ; la pression sanguine a notablement baissé ; il y a même quelquefois à ce moment des mouvements réflexes dans un certain nombre de muscles ; parfois les phénomènes changent brusquement, la pression du sang augmente en même temps que la contraction pupillaire ; le sommeil devient agité ; parfois on voit du côté de l'œil un certain nombre de phénomènes qui annoncent que l'anesthésie diminue ; tels sont les mouvements de divergence, le nystagmus, etc. La durée de ce stade est extrêmement variable : dans quelques cas la narcose est complète ; dans d'autres il y a encore un certain nombre de mouvements réflexes.

Dans 9 cas la dilatation pupillaire persista après que le globe de l'œil eut repris sa situation et sa stabilité normales.

La narcose avait suivi la même marche que dans les autres cas.

Chez 6 individus cachectiques, il n'y eut presque aucune période d'excitation; mais presque au début les malades furent plongés dans une sorte de collapsus. Le pouls était très-petit, la respiration superficielle, la pupille contractée sans action réflexe. Dans 2 cas, l'anesthésie fut complète; dans 6 autres, accompagnée d'agitation.

L'auteur a pu observer 4 fois la pupille lorsque l'asphyxie devenait imminente.

Deux fois la dilatation se présenta, puis la contraction revint dès qu'à l'aide de la respiration artificielle on eut ramené les choses à l'état normal. Il tire de ses recherches les conclusions suivantes :

1° La pupille se dilate d'abord, puis elle se contracte; lorsque cette contraction est rapide, très-marquée, c'est que l'anesthésie est sur le point de cesser. Dans d'autres cas, la contraction n'arrive qu'à ce moment; une dilatation, lorsque l'anesthésie est profonde, indique une menace d'asphyxie.

2° Le globe de l'œil est dévié de telle sorte que la pupille regarde en haut; parfois la cornée correspond constamment au milieu de la fente palpébrale; vers la fin de l'anesthésie, le globe présente un certain nombre de mouvements irréguliers.

Chez les individus épuisés, la pupille ne donne pas d'autres signes que la dilatation prémonitoire de l'asphyxie. (*Mittheil. aus d. Dorpater chir. Klinik Saint-Petersb. med. Wochenschr.*, 1879, nos 13 et 14.)

**Observation sur l'éléphantiasis à Samos** (Königer). — L'éléphantiasis règne endémiquement à Samos; sur 100 habitants de l'île, 50 au moins en sont affectés à une période ou à une autre de leur vie. Dans les localités marécageuses, elle est plus grave et plus fréquente que partout ailleurs; elle atteint de préférence les jambes, rarement les bras. Les deux sexes sont également éprouvés. Les lèvres et les mamelles sont prises cependant plus rarement que le scrotum. Un médecin du pays, Turner, croit que l'éléphantiasis est une conséquence de la malaria; il traite, par conséquent, la première affection par le sulfate de quinine; on peut également recourir à la cinchonine, à l'arsenic, aux changements de climat. Les grosses tumeurs scrotales doivent être opérées.

Turner possède actuellement une statistique de 75 cas dont quelques-uns sont relatifs à des tumeurs énormes pesant 75 livres. Il n'a eu qu'un seul cas de mort (par diarrhée profuse, dix jours après l'opération). Pour prévenir les hémorrhagies, il élève la tumeur de manière à faire refluer le mieux possible le sang qu'elle contient, et il comprime au niveau du pédicule avec un fort clamp à vis. Le pénis et le testicule sont soigneusement ménagés, et on leur forme une nouvelle enveloppe au moyen de trois lambeaux convenablement taillés. (*Archiv. f. klin. chir.* 1878. Bd. XXIII, Hf. 2.

**Anévrysme de l'aorte chez un individu ayant eu antérieurement un anévrysme traumatique de la poplitée** (Schrotter). — Le professeur Schrotter a présenté à la Société de médecine de Vienne (séance du 28 février 1879) un homme ayant un anévrysme de l'aorte. Près du bord gauche du sternum et dans le premier espace intercostal, on voit une tumeur de la grosseur du poing et ayant des pulsations très-énergiques; la matité est complète à ce niveau; de plus, on entend un murmure systolique prononcé, tandis que le ton diastolique est obscur. Il y a paralysie de la moitié gauche du larynx, et, lors des mouvements de la moitié droite, les cartilages aryténoïdes n'ont qu'un déplacement irrégulier et très-peu prononcé. En 1873, ce même malade est entré à la clinique du professeur Dumreicher pour un anévrysme de la poplitée gauche. Il était apparu à la suite d'un saut. Il fut traité et guéri par la compression digitale et la flexion de la jambe sur la cuisse; les douleurs diminuèrent peu à peu, et la tumeur finit par disparaître. Actuellement il n'y a pas de trace de tumeur sur le trajet de la poplitée. On perçoit les pulsations de la tibiale postérieure droite, mais celles de gauche sont insensibles; on ne sent de pulsations dans aucune des tibiales antérieures.

De 1873 à 1875, le malade a été en Amérique, il a mené une vie très-agitée et s'est parfaitement porté. Plus tard, à la suite d'une course à cheval, il eut de vives douleurs dans le bras gauche; en 1877, il eut pour la première fois une tumeur au point où siège actuellement l'anévrysme; elle disparut sous l'influence de douches froides, reparut au mois d'août et disparut de nouveau au mois d'octobre. Le malade se plaignait alors de douleurs névralgiques très-vives, intéressant tantôt un côté tantôt un autre et irradiant vers la tête et la nuque. L'auteur a employé pour le traitement de cet anévrysme les injections sous-cutanées de seigle ergoté. (*Allg. Wien. med. Zeitung*, 4 mars 1879, p. 97.)

**Sarcome sus-mammaire du côté droit. — Extirpation. — Guérison** (Alsobe-Malbuisson). — Un homme de quarante ans, bien constitué, présentait dans la région sus-mammaire droite une tumeur bilobée, inégale, dure au toucher, adhérant dans son tiers supérieur aux tissus du voisinage; sa circonférence était de 30 centimètres, sa hauteur de 7 centimètres 1/2, son diamètre oblique de 10 centimètres. La peau avait conservé sa coloration normale, sauf vers le sommet où l'on trouvait une petite surface rougeâtre, bien circonscrite et douloureuse. Le néoplasme avait débuté deux ans auparavant; le malade dit que c'était alors une petite tumeur bien limitée qui resta longtemps stationnaire; pendant les six derniers mois, le développement fut au contraire rapide.

Le diagnostic sarcome en voie de ramollissement ayant été porté, on conseilla l'extirpation. Celle-ci fut faite sans difficulté, et le malade fut complètement guéri au bout d'un mois. (*Siglo médico y Revista de medicina y cirurgia prácticas*, 22 julio 1879, n° 74, p. 83.)

**Dysentérie chez un enfant de quinze mois. — Guérison par l'infusion d'ipécacuanha. — Perversion de l'appétit. — Géophagie. — Poudre de lactate de fer. — Guérison** (Cuello). — A. B..., est présenté par sa mère à la consultation du docteur Cuello, le 21 novembre 1878, pour des évacuations muco-sanguinolentes très-fréquentes. Enfant de quinze mois en paraissant dix à peine, pâle et amaigri.

Infusion de racine d'ipéca. . (1/100)

Ajouter :

Eau de cannelle. . . } *ad.* 10 grammes.
Sirop diacodé. . . . }

25. Plus de selles sanglantes; amélioration de l'état général.

28. L'auteur est appelé pour la troisième fois vers l'enfant que sa mère ne peut empêcher de manger de la terre. Cette perversion de l'appétit existe depuis qu'il prend des aliments solides. Poudre de lactate de fer.

5 décembre. État général satisfaisant. On a donné à l'enfant de la poudre de lactate de fer chaque fois qu'il a voulu manger de la terre.

A la suite de son observation, l'auteur insiste : 1° sur la rareté des perversions de l'appétit à un âge si tendre; 2° sur la relation chronologique qui a existé entre ce trouble et l'affection intestinale; 3° sur la guérison rapide de tous les deux; 4° sur la tolérance des intestins pour les préparations martiales même à la suite d'affections graves et de longue durée. (*Escuela médica (de Caracas)*, *mayo* 8 1879, n° 10, p. 146.)

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 30 août 1879, ont été promus dans le corps de santé militaire :

*Au grade de médecin principal de première classe :* M. Dauvé.

*Au grade de médecin principal de deuxième classe :* M. Bourot.

*Au grade de médecin-major de première classe :* MM. Weber, Apté et Bouchard.

— Par décret en date du 4 septembre 1879, M. le docteur Bryon, médecin-major de première classe au 3e régiment de zouaves, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur (trente-quatre ans de service, 21 campagnes.

— *Hospices civils de Saint-Étienne (Loire). — Concours public pour une place de médecin.* — L'Administration des Hospices civils de Saint-Étienne fait savoir que, le *lundi* 12 *avril* 1880, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour une place de médecin. Le concours aura lieu devant le Conseil d'administration, assisté d'un Jury médical, et se composera de cinq épreuves, savoir : le lundi, question *d'anatomie et de physiologie* ; le mardi, question *de pathologie interne* ; le mercredi, question *d'hygiène et de thérapeutique* ; le jeudi, *clinique*, avec consultation orale ; le vendredi, *clinique*, avec consultation écrite.

Pour chacune des trois premières épreuves, les concurrents composeront un mémoire sur la question posée par le Jury, et feront la lecture de ce mémoire en séance publique.

Pour la quatrième, chaque candidat examinera, devant le Jury, un malade choisi par ce Jury, puis émettra, en séance publique, son opinion sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'affection soumise à son observation.

Enfin, pour la cinquième séance, chacun des concurrents examinera un autre malade en présence du Jury, puis rédigera, pour être lue en séance publique, une consultation écrite contenant son avis sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie.

*Conditions d'admission au concours.* — 1° Au jour fixé pour le concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteur. Toutefois cette condition n'est pas obligatoire pour ceux qui auraient fait, après une nomination au concours, pendant trois ans et à la satisfaction de l'administration, le service d'élève interne dans les hôpitaux de Paris, Lyon, Montpellier et Nancy.

2° Tout médecin étranger est admissible au concours si, indépendamment des conditions exigées par le précédent article, il exhibe son diplôme et justifie qu'il a obtenu du Gouvernement l'autorisation d'exercer la médecine en France.

3° Les candidats sont tenus de se faire inscrire, quinze jours au moins avant l'ouverture du concours, au Secrétariat de l'Administration des Hospices civils de Saint-Étienne, rue Valbenoîte, n° 40, et d'y déposer leur diplôme de docteur, ainsi qu'un certificat de moralité récemment délivré par le Maire de leur résidence.

Tout candidat qui se présentera en invoquant le titre d'interne sorti de l'un des hôpitaux civils ci-dessus désignés devra justifier en outre, par pièces émanées de l'administration de cet hôpital, qu'il a été nommé interne au concours et qu'il en a fait le service pendant trois ans au moins à la satisfaction de ladite administration.

4° Avant de concourir, chaque candidat prendra connaissance des renseignements relatifs au service médical dans les hospices civils de Saint-Étienne, et sera réputé de plein droit s'être engagé, en cas de nomination, à se conformer à tous ces règlements et à tous autres que l'administration jugerait convenable d'adopter pour le bien du service.

Les candidats pourront déposer au Secrétariat leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés concernant la médecine, et, s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront mis sous les yeux de MM. les Jurés.

*Entrée en exercices et honoraires.* — Le médecin qui sera nommé à la suite du concours entrera en exercice le 1er juin 1880. Son traitement sera de 1,500 fr. par an.

Saint-Étienne, le 1er septembre 1879.

*Les Membres du Conseil d'Administration :*

MM. VIER (Louis), Vice-Président ; DE ROCHETAILLÉE (Vital) ; DELPHIN (Guillaume), curé de Notre-Dame ; DUPONT (Louis), pasteur ; GUITTON (Auguste-Emmanuel), COLCOMBET (Victor) et GIRON (Marcellin).

— *École de médecine de Nantes.* — Un concours s'ouvrira le 5 janvier 1880, pour un emploi de suppléant des chaires de sciences naturelles. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Accolas, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, pour une période de neuf ans

— *École de médecine de Tours.* — M. Ledoublé, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, pour une période de neuf ans.

---

**Recherches critiques et expérimentales sur le nitrite d'amyle,** par le docteur DUGAU. 1 vol. in-8° de 144 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Octave Doin.

**Étude sur la pleurésie diaphragmatique,** par le docteur HERMIL. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

**Salins (Savoie) et ses eaux thermales,** par le docteur DESFOSSEZ. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8641.

## Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

| Thermalité 13° | Saint-Jean | Rigolette | Précieuse | Désirée | Magdeleine |
|---|---|---|---|---|---|
| Acide carbonique libre. | 1.425 | 2.095 | 2.218 | 2.145 | 2.050 |
| Bicarbonate de soude... | 1.480 | 5.800 | 5.940 | 6.040 | 6.280 |
| — de potasse. | 0.040 | 0.263 | 0.230 | 0.263 | 0.255 |
| — de chaux... | 0.310 | 0.259 | 0.630 | 0.571 | 0.520 |
| — de magnésie | 0.120 | | 0.750 | 0.900 | 0.672 |
| — fer et mang. | 0.006 | 0.021 | 0.010 | 0.010 | 0.029 |
| Chlorure de sodium.... | 0.060 | 1.200 | 1.080 | 0 100 | 0.169 |
| Sulfate de soude et chaux | 0.054 | 0.220 | 1.185 | 0.200 | 0.235 |
| Silicate et silice, alumine | 0.080 | 0.060 | 0.060 | 0.058 | 0.097 |
| Iodure alcal. arsenic. lith. | indice | traces | indice | indice | traces |
| | 2.151 | 7.826 | 8.885 | 9.142 | 9.248 |

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

| | | |
|---|---|---|
| Acide sulfurique libre | | 1.33 |
| Silicate acide | sesqui-oxyde de fer | 0.44 |
| Arséniate » | | |
| Phosphate » | | |
| Sulfate » | | |
| — de chaux | | |
| Chlorure de sodium | | |
| Matières organiques | | |

*Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes.* Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

## Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

## Thymol-Doré

HYGIÈNE ET SALUBRITÉ DE LA MAISON

Bains, lotions, toilette intime, assainissement, médecine domestique, épidémies.

Cette précieuse substance, récemment introduite dans le commerce, est un produit végétal, un extrait des essences de Thym, un antiputride, un désinfectant de premier ordre, en même temps qu'un parfum des plus subtils. Il est déclaré supérieur à tous les produits similaires et recommandé par toutes les sommités médicales. Voir entre autres les travaux des docteurs *Giraldès, Bouilhon, Paynet, Lallemand, Rengade, Lewen, Bouchardat, Wirchow*, etc. — Dépôt général, 20, rue Richer, Paris, et partout. — 2 fr. le flacon.

## Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DEPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

## Elixir Prothière

A LA CRÉOSOTE VÉGÉTALE PURE

contre la Phthisie. Accepté sans répugnance et bien supporté par les malades. (Tarare.)

## Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

**Pepsine Boudault en poudre,** par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

**Pepsine Boudault en poudre,** par flacon de 10 prises de 1 gramme.

**Elixir** et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

**Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault.** — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

## Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le* 29 *mars* 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

GRANULES TROIS CACHETS.

## Phosphure de Zinc

A 4 milligrammes

(1/2 milligramme de phosphore actif)

*Anémie, Chlorose, Hypochondrie, Hystérie, Névralgies et autres Névroses, Métrorrhagies, Dysménorrhées, Spermatorrhée, Tremblement alcoolique ou mercuriel, Incontinence d'urine, etc.*

3 fr. le flacon, dans toutes les pharmacies.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

## Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr. ; eau, 100 gr.) ; pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solutiou. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

## Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliqes hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de Ch. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

## Poudres et Pastilles de Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

*digestives, absorbantes, antigastralgiques* contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

Adh. DETHAN, pharmacien, faubourg Saint-Denis, 90, Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

## Épilepsie. Hystérie. Névroses

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathematique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A. Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

## Sirop MINERAL SULFUREUX Crosnier

goudron et monosulfure de sodium tnaltérable

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (7 août 1877).

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante. — r. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

## Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

## Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Barèges*.

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain.... 1 »
Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

## Extrait de viande Liebig.

L'Extrait de viande Liebig est du bouillon concentré. Les Etablissements de la compagnie Liebig, situés dans l'Uruguay, sont aujourd'hui universellement connus. La Compagnie a obtenu, à l'Exposition de 1867, deux médailles d'or ; à celle du Havre, en 1868, une médaille d'or ; en 1869, à Amsterdam, un grand diplôme d'honneur ; en 1872, une grande médaille d'or à l'Exposition scientifique de Moscou ; un grand diplôme d'honneur à Vienne, en 1873 ; elle a été mise hors concours à Lyon en 1872 ; et enfin on lui a octroyé, à l'Exposition de Paris, en 1878, une médaille d'or.

Le bouillon à l'extrait de viande se prépare instantanément et il est privé de graisse et de gélatine. Ce sont là des qualités qui lui assureront l'approbation du médecin pour qui un bouillon de préparation facile est d'une si grande importance. Plusieurs pharmacopées ont du reste dû l'admettre parmi les médicaments de pharmacie.

Se vend en gros par les principaux droguistes de Paris et de la province.

## Tamar indien Grillon

(Électuaire lénitif no 532 du Codex.)

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc.

Ph. GRILLON, 52, r. Grammont, Paris. Bte, 2 f. 50.

## Ver solitaire

Guérison certaine par les *Globules* de SECRETAN (à l'extrait vert des rhizomes frais de fougère mâle des Vosges). Le seul remède infaillible, expérimenté avec le plus grand succès dans les hôpitaux ; pas d'insuccès possible. — Dépôt : *Secretan*, pharm., 37, avenue Friedland, Paris. — Envoi *fo* contre mandat 10 fr. (Éviter les contrefaçons.)

N° 105. — JEUDI 11 SEPTEMBRE 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 11 SEPTEMBRE 1879. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOTEL-DIEU. — M. Richet.

### Extirpation d'un sarcome mélano-choroïdien ; récidive.

Nous allons opérer une femme, âgée de cinquante-trois ans, mère de six enfants, qui n'avait jamais été malade jusqu'en 1877. A cette époque, elle remarqua que sa vue se troublait de l'œil droit : elle consulta notre collègue M. Galezowski, qui reconnut l'existence d'un sarcome mélano-choroïdien et en fit l'extirpation le 14 août 1877. La malade se rétablit vite. Mais, vers la fin de novembre, elle constata, au fond de l'œil opéré, une tuméfaction anomale. Le 3 décembre, elle fut admise dans nos salles, et nous prîmes des renseignements sur sa première opération. Nous avons cherché si le pigment choroïdien existait dans son sang ; il n'y en avait pas trace. Voyant que nous apportions à sa maladie une grande attention, elle en comprit la gravité, eut peur, et quitta l'hôpital.

Elle nous revint il y a trois semaines : la tumeur n'a pas considérablement augmenté de volume, mais les douleurs dans la tête sont intolérables. L'œil gauche est normal, et ne présente pas d'accidents sympathiques.

Le premier phénomène dont nous fûmes frappés, c'est que la tumeur n'avait pas du tout augmenté de volume depuis six mois : elle paraissait presque avoir diminué. Elle repoussait la paupière inférieure en avant ; en saisissant la tumeur sous les paupières, et en l'appuyant contre l'angle supéro-externe de l'orbite, on la sentait peu résistante, fuyant sous le doigt ; fortement appliquée contre le plancher de l'orbite, elle semblait même être fluctuante.

La tumeur est complètement adhérente aux paupières. Il n'y a pas de tuméfaction des ganglions mastoïdiens et présterno-mastoïdiens. Les fosses nasales sont libres.

Nous avons de nouveau examiné le sang de la malade, afin de voir s'il contient du pigment choroïdien. En effet, depuis longtemps on sait que les tumeurs sarcomateuses de la choroïde récidivent rapidement ; mais, depuis deux ou trois ans, on a découvert que c'est l'élément mélanique qui amène la récidive, lorsqu'il est mélangé avec le sang. Ce mélange se fait par voie veineuse plutôt que par voie lymphatique : en effet, j'ai vu, sur un sarcome mélanique de la joue, en disséquant le pédicule jusque dans le trou sous-orbitaire, que c'était la vessie sous-orbitaire, remplie de mélanose, qui formait le pédicule. Quelques mois après, ce malade succombait.

M. Nepveu a aussi publié un mémoire où il établit que le système veineux renferme du pigment mélangé au sang, dans les cas où il y a récidive : il faut donc s'abstenir d'opérer lorsqu'on trouve ce mélange au microscope. J'ai, d'ailleurs, observé une récidive chez un malade dont le sang renfermait une grande quantité de ce pigment.

Chez notre malade, cet examen du sang fut négatif, quant à la présence du pigment choroïdien : d'autre part, nous n'avions rien observé du côté des ganglions ni du côté du périoste de l'orbite, ni du côté des narines ; nous n'avions donc aucun motif pour refuser l'opération demandée.

Établissons donc le diagnostic exact de la tumeur : le 14 août 1877, le sarcome existait, il avait débordé la choroïde et avait gagné le tissu cellulaire rétro-oculaire. On l'enleva au thermocautère, et l'on constata exactement que c'était bien un sarcome mélano-choroïdien. Tout porte à croire que c'est une récidive.

Cependant nous devons remarquer que, depuis le mois de décembre, la tumeur n'a pas suivi la marche progressivement ascendante que ces tumeurs suivent ordinairement : au lieu d'envahir le périoste et les régions avoisinantes, comme c'est la règle, la tumeur est restée stationnaire ; elle s'est plutôt affaissée.

Les pièces histologiques, que nous devons à l'obligeance de M. Galezowski, ont montré que la première tumeur était formée par un stroma de fibres conjonctives assez consistantes, tenant le pigment mélanique dans leurs mailles.

Aujourd'hui, au contraire, la tumeur est quasi fluctuante, et, n'était le siège, on l'affirmerait complètement, la tumeur fuyant en arrière sur la couche graisseuse du fond de l'orbite.

Ces deux caractères permettraient de supposer toute autre chose que la récidive. Par exemple, encore, on pourrait supposer que, l'opération ayant été faite avec le thermocautère, les conduits des glandes lacrymales accessoires ont été oblitérés, et qu'il s'est fait un kyste. On sait, en effet, que, lorsque l'œil a été enlevé sans qu'on enlevât la glande lacrymale, il se produit toujours un larmoiement très-gênant. Or notre malade n'a pas du tout ce larmoiement : la possibilité d'un kyste est donc, sinon probable, au moins

admissible, surtout dans la discussion du diagnostic différentiel. Aussi, après avoir disséqué les paupières pour découvrir la tumeur, je me propose de ponctionner cette tumeur avec un petit trocart, afin de parer à toutes les éventualités.

Nous instituons donc le traitement comme s'il s'agissait d'un sarcome mélanique.

Le pronostic est fort grave, la récidive ayant été prompte. Puis la maladie a dû se propager dans le tissu rétro-oculaire, par les lymphatiques de la lamina fusca qui vont au trou optique, à côté du nerf optique.

Nous ne nous bornerons donc pas à l'énucléation du globe oculaire seul ; je me propose d'enlever une portion considérable de ce tissu rétro-oculaire ; je crois ce sacrifice indispensable, ayant encore vu récemment un cas où l'on n'avait enlevé que la moitié antérieure sans enlever tout le globe oculaire ; la récidive commence dès maintenant.

L'œil du côté opposé n'est pas malade. M. Galezowski vient de l'examiner à l'instant même ; il n'y trouve rien d'anomal, sous tous les rapports, sauf un peu plus de vascularisation de la papille et, sur la choroïde, quelques taches pigmentaires à peine un peu plus prononcées qu'à l'ordinaire.

Quant au procédé opératoire, je ferai une incision qui prolongera la fente palpébrale jusqu'au rebord de l'orbite : je disséquerai les adhérences des paupières, supérieure et inférieure ; je ferai la ponction dont j'ai parlé, avec un trocart très-fin. Ensuite, je disséquerai la tumeur en rasant le périoste de l'orbite que je viderai complètement, en haut et en bas, enlevant tout, nerfs, vaisseaux, glandes lacrymales. L'artère ophthalmique donnera une petite hémorrhagie que j'arrêterai avec une boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer. Enfin je placerai une couche de pâte de Canquoin au fond de l'orbite pour détruire le périoste lui-même, dans la crainte qu'il ne fût déjà menacé de la tumeur. J'ai déjà employé ce procédé avec succès : les malades ne souffrent que pendant deux ou trois heures, car les filets nerveux sont déjà altérés.

J'ai renoncé à l'emploi du thermocautère pour cette opération : je m'en suis servi une fois ; il n'a pas arrêté l'hémorrhagie, car il n'oblitère que les petits vaisseaux et jamais ceux d'un calibre moyen.

Il présente aussi un autre inconvénient grave : comme il faut introduire le doigt au fond de l'orbite pour guider l'instrument et s'assurer de la profondeur à laquelle on opère, j'ai été effrayé de la chaleur effrayante qui y est développée par le thermocautère ; la graisse même prit feu, et j'eus des craintes pour le voisinage de l'encéphale ; la glace appliquée immédiatement conjura tout danger.

Depuis, je me suis bien promis de ne plus employer le thermocautère dans l'orbite : il est d'ailleurs plus facile de disséquer la tumeur, puis de suivre le bistouri avec le doigt, en se servant du couteau comme je le recommande expressément.

L'opération se fait sans le moindre accident : la tumeur énucléée est bien un sarcome mélanique de la grosseur d'un marron, composé d'une coque fibreuse très-mince, remplie complètement d'une masse noire, brillante, pigmentaire.

Un confrère de Rouen, qui assistait à la clinique, signale un accident survenu par l'emploi du thermocautère dans l'énucléation oculaire : le malade succomba en quelques heures : on trouva à l'autopsie un abcès du cerveau, à la partie correspondante à l'orbite, qui avait subi l'action de la chaleur si considérable développée par le thermocautère.

## HOPITAL NECKER. — M. Potain.

### De l'ictère spasmodique secondaire.

Dans la salle des femmes nourrices est entrée récemment une malade atteinte d'un ictère assez notable, qui a été reconnu facilement. Mais il ne suffit pas de diagnostiquer l'ictère, symptôme banal d'un grand nombre de maladies bien différentes les unes des autres ; il faut en rechercher la cause, d'autant plus que, de ces maladies, les unes sont bénignes et s'éteignent spontanément, tandis que les autres sont presque fatalement mortelles.

En présence d'un ictère, la première question qu'on doit se poser est de se demander si cet ictère est dû à la matière colorante de la bile ou à la matière colorante du sang.

Autrefois on ne faisait pas cette distinction. Cependant Trousseau déjà avait remarqué que les urines des ictériques ne présentent pas toujours les mêmes réactions. Gubler compléta cette étude et établit qu'il y a deux espèces d'ictère, l'ictère hémaphéique et l'ictère biliphéique. En effet, certains ictères paraissent produits par autre chose que par la matière colorante de la bile.

Les matières colorantes de la bile et celles du sang sont deux espèces de corps très-voisins ; les cristaux d'hématoïdine sont tout à fait identiques à ceux de la matière colorante de la bile. Lehmann avait indiqué ce fait, mais il n'a pas dit de quelle façon il l'avait constaté. Depuis longtemps déjà j'avais reconnu, en examinant du tissu cellulaire graisseux où la bile s'était épanchée, qu'on y trouvait des cristaux analogues, par leur aspect et par leurs réactions, aux cristaux de l'hématoïdine, et il était certain que ces cristaux venaient de la bile puisque je ne les trouvais que là où la bile s'était épanchée. Une autre analogie entre la cholépyrrhine et l'hématoïdine, c'est que ces deux substances cristallisent dans les mêmes circonstances, c'est-à-dire quand elles sont en contact avec des matières grasses.

D'un autre côté, lorsque le sang s'épanche dans le tissu cellulaire, dans les cas de contusions, nous voyons la région passer successivement par les teintes violette, bleue, verdâtre et jaune : c'est de l'ictère qui se fait sous nos yeux. Supposons que l'ecchymose existe sur tout le corps, nous aurons un phénomène analogue à l'ictère. C'est ainsi qu'on a expliqué certains ictères des nouveau-nés : ce n'est pas aujourd'hui le moment de discuter cette hypothèse.

Quoi qu'il en soit, il est des formes d'ictères où l'urine présente une coloration et des réactions tout à fait différentes de celles qu'elle présente dans d'autres circonstances. On trouve ainsi deux catégories bien nettes : 1° dans l'ictère bilieux proprement dit, si l'on verse de l'acide nitrique lentement dans le verre à réaction, on voit dans l'urine se former successivement des anneaux colorés, passant du rouge ponceau dans la profondeur à une teinte verdâtre à la partie plus superficielle, avec des couleurs intermédiaires, bleu, vert, de diverses nuances ; 2° dans l'ictère hémaphéique on n'a que du rouge foncé, et pas les autres couleurs, et surtout pas la coloration verte de l'ictère bilieux.

La distinction est donc fort nette : sans doute, pour certains cas d'ictère, on peut, à la rigueur, trouver des raisons de croire que la matière colorante du sang a pu se trans-

former et donner les réactions observées; ainsi les cas où la matière colorante s'épanche dans les tissus, les globules du sang s'altèrent rapidement; de même certaines formes de chlorose où les globules disparaissent très-rapidement. Mais il est d'autres cas où l'origine purement hématique de l'ictère est beaucoup plus difficile à préciser. Dans certaines maladies de foie, les urines offrent les réactions de l'hémaphéisme; le sang est modifié, altéré; on a pensé que les acides biliaires étaient capables de dissoudre les globules, et pouvaient amener ensuite la sortie du sang liquéfié et son épanchement dans les tissus. C'est là une supposition qui n'est pas encore établie.

On le voit, l'explication du mécanisme des deux sortes d'ictère n'est pas encore bien nette. Discutons maintenant le diagnostic différentiel de ces deux ictères, au point de vue clinique, sans nous arrêter aux hypothèses qu'ils soulèvent.

Au point de vue clinique, si l'ictère est biliphéique, la cause est certainement hépatique : mais, si l'ictère est hémaphéique, c'est à d'autres suppositions plus vagues qu'il faut le rattacher. D'abord, établissons que, si l'ictère est intense, il est toujours facile d'en fixer la nature, car il est biliphéique certainement. L'ictère hémaphéique ne donne jamais une teinte ictérique si prononcée.

Dans l'ictère biliphéique, on a trouvé dans les urines les réactions des acides biliaires en même temps que celles des matières colorantes de la bile. On a attaché une grande importance à les distinguer : mais ces réactions sont délicates et difficiles à conduire. Ainsi la réaction de Pettenkoffer est souvent inexacte quand il y a une faible quantité d'acides biliaires.

Pour d'autres procédés, il faut une analyse chimique complète. Enfin, d'autres difficultés surgissent : on ne trouve pas toujours des acides biliaires dans les urines. Quand on injecte des acides biliaires dans le sang, on n'en retrouve plus que très-peu ou pas dans les urines. Ce fait a amené Frerichs à supposer que ces acides biliaires devenaient des matières colorantes par la même transformation que celle qu'il observait dans sa capsule de porcelaine. Mais on ne retrouve pas toujours un excès de matière colorante dans l'urine lorsqu'on a injecté ces acides dans le sang. Reste encore à expliquer pourquoi on ne retrouve pas d'acides biliaires dans les urines alors qu'elles renferment des matières colorantes en grande quantité.

Il y a encore des cas où les acides biliaires ont presque complètement disparu de la composition de la bile; on a dit que souvent on ne les avait pas trouvés dans la bile de la vésicule. Voilà donc bien des difficultés à résoudre.

Quoi qu'il en soit, chez notre malade, nous avons constaté un ictère véritablement biliphéique.

Or, quelles sont les causes d'ictère? On peut les classer en quatre catégories principales : 1° l'ictère déterminé par l'occlusion des voies biliaires; 2° l'ictère fébrile, ictère des fièvres et des diverses inflammations; 3° l'ictère lié aux intoxications; 4° l'ictère spasmodique. Nous n'avons pas à examiner ici l'ictère des nouveau-nés, dont le mécanisme n'est pas encore bien établi, ni l'ictère produit par l'oblitération de la veine porte.

I. L'ictère produit par l'occlusion des voies biliaires, depuis les cellules hépatiques jusqu'au canal cholédoque, est de beaucoup la forme d'ictère la plus fréquente. La compression des parois des canaux cystique et hépatique, du canal cholédoque, leur obstruction, les cancers du voisinage du hile du foie, l'engorgement des ganglions, etc., peuvent produire cet effet. On a même accusé la grossesse de pouvoir amener la compression du cholédoque, et par suite l'ictère.

L'ictère existe parfois dans la grossesse, mais j'éprouve quelque hésitation à accepter ce mécanisme.

La paroi des canaux biliaires peut être altérée par la production du cancer. Enfin, la muqueuse peut être tuméfiée sous l'influence de ce qu'on appelle le catarrhe des voies biliaires, et amener l'ictère catarrhal. Les interprétations ne sont pas encore bien nettes sur la manière dont l'ictère catarrhal succède au catarrhe des voies digestives; dans ces cas, on a trouvé seulement la tuméfaction de la muqueuse au niveau de l'ampoule de Vater; mais est-ce là un obstacle suffisant pour déterminer l'occlusion des voies biliaires?

Ce mécanisme ne serait guère vraisemblable, si l'on n'y ajoutait encore la présence dans la cavité d'un liquide bilieux plus visqueux, plus épaissi, que tend à produire l'état catarrhal lui-même. On peut alors admettre que l'obstruction du canal est possible.

Quant à l'oblitération de la cavité par des calculs, elle est bien connue : pour de gros calculs, le fait s'explique facilement. Mais il en est de même pour des calculs de petit volume. Ces petits calculs agglomérés en une masse forment un bouchon qui obstrue la cavité : la vésicule se distend, et tout à coup une crise gastrique se produit, et une débâcle générale entraîne tous ces petits calculs, qu'on peut retrouver dans les selles. J'ai observé ainsi une malade qui éprouvait des coliques hépatiques violentes avec ictère : puis la crise cessait, et aussitôt après une femme de chambre dévouée retrouvait les petits calculs éliminés. Ces granulations éliminées avec un flot de bile ne sont pas toujours les calculs noirs que l'on connaît : ce sont souvent des granulations de phosphate de chaux.

La polycholie peut aussi produire le même effet : non pas si la bile a un libre cours, mais si, sa circulation étant entravée plus ou moins complètement, la bile se sécrète en plus grande quantité, il y aura un retard dans son élimination, distension de la vésicule; la pression augmentant dans le système des canaux biliaire, le passage pourra se faire des vaisseaux biliaires dans les vaisseaux sanguins. Parmi les obstacles qui entravent le cours de la bile dans le foie lui-même, la congestion, même considérable, du foie ne suffit pas pour amener l'ictère : il faut quelque chose de plus, il faut qu'il y ait inflammation : l'hépatite diffuse cause l'ictère constamment. De même les abcès du foie, le cancer du foie produit très-habituellement l'ictère, cependant pas toujours. Les kystes ne sont accompagnés d'ictère que très-exceptionnellement. En effet, le kyste refoule le tissu hépatique, mais n'envahit pas sa substance comme le cancer. Seule, la classe des kystes alvéolaires, qui pénètrent dans le parenchyme même du foie, amène de l'ictère. Les kystes hydatiques ne présentent pas d'ictère : d'autant plus qu'ils occupent le plus fréquemment la face supérieure du foie et ne lèsent pas les canaux biliaires.

II. L'ictère fébrile est assez bien connu; il apparaît dans la pneumonie, l'érysipèle, etc., dans les maladies produites par des infections générales telles que la fièvre jaune, la fièvre rémittente des pays chauds, le typhus, les suites de couches, etc.

III. L'ictère des intoxications est produit par un grand nombre de substances : le phosphore amène une altération du foie fort analogue à l'atrophie jaune aiguë ; le chloroforme, l'alcool, les venins, l'infection putride, l'infection putride, l'infection purulente, sont aussi accompagnés d'ictère, dû sans doute à des lésions de mécanisme différent.

IV. Nous nous arrêterons un peu plus longtemps à l'ictère spasmodique, parce qu'il est beaucoup moins connu et plus contesté, même de bons observateurs ne l'ont pas admis : je pense cependant que le fait même de l'ictère spasmodique existe réellement : quant à son mécanisme, il est plus difficile à expliquer.

J'en décrirai deux espèces : l'ictère spasmodique primitif, et l'ictère spasmodique secondaire.

L'ictère spasmodique primitif se produit sous l'influence d'une émotion morale vive, immédiatement et sans intermédiaire entre le trouble nerveux et l'apparition de l'ictère. On en a cité des exemples probants : on raconte l'histoire de deux duellistes dont l'un, fortement impressionné sous la pointe du fer de son adversaire, fut pris soudain d'un ictère si intense que son adversaire effrayé en laissa tomber l'épée de sa main. Une autre observation moins légendaire, mais beaucoup plus incontestable, est due à Bouillaud : un de ses clients se faisait la barbe, quand il reçut une lettre lui annonçant une nouvelle désastreuse. Quelques instants après il revient devant son miroir pour achever de se raser et courir à ses affaires, il est stupéfait de se voir une teinte jaune extrêmement prononcée. Or il avait pu voir, devant son miroir, la couleur de son visage avant l'arrivée de cette nouvelle, et il n'avait rien remarqué d'anomal ; l'ictère s'était donc produit spontanément, et sous l'influence de cette émotion morale. On connaît la rigueur dont s'entourait Bouillaud, qui n'a certainement rapporté cette observation qu'après s'être entouré de toutes les garanties.

Un homme de ce quartier ayant été pris par les insurgés et menacé d'être fusillé, sa face devint jaune subitement, dans l'espace de quelques instants.

Les cas d'ictère spasmodique secondaire sont plus nombreux : c'est à cette forme que se rapporte l'ictère de notre malade. Cette femme avait eu une colère violente ; auparavant elle se portait bien, allaitant un enfant et ne s'en trouvant pas trop fatiguée. Le lendemain de cette colère très-violente, elle éprouva des nausées, de l'inappétence, les troubles de l'état catarrhal des voies digestives. Le lendemain, soit le deuxième jour après son excitation nerveuse, elle avait de l'ictère.

Ici la relation n'est pas douteuse entre l'influence du trouble nerveux et l'apparition de l'ictère. On peut admettre, pour l'expliquer, l'obstruction des voies biliaires produites par la tuméfaction de la muqueuse du canal cholédoque, avec épaississement de la bile, comme le produit l'état anatomique de l'embarras gastrique ; cette théorie du bouchon fibrineux est possible.

Quant au mécanisme de l'ictère spasmodique primitif, il est beaucoup plus difficile : on ne peut invoquer un spasme, produisant l'obstruction momentanée et immédiate, car les fibres musculaires n'existent pas dans les voies biliaires, et il faudrait trouver des éléments contractiles pour faire prévaloir cette hypothèse. D'ailleurs, il serait nécessaire que la contraction eût une longue durée, puisque, après la ligature du canal, il faut plusieurs heures et même plusieurs jours (Frerichs) pour amener l'ictère.

On peut accepter une autre explication : l'émotion morale vive produit un trouble profond dans la circulation abdominale, une diminution considérable de la tension sanguine : or, si la tension diminue ainsi brusquement, il en résulte subitement une grande différence entre la tension sanguine et la tension des canalicules biliaires, d'où le passage des produits biliaires du côté où la tension est la plus faible.

Cette interprétation est rationnelle, et je pense qu'on doit l'admettre jusqu'à ce qu'on en ait trouvé une plus satisfaisante.

Chez notre malade, il n'y a pas lieu d'attribuer l'ictère à une cause autre que l'influence morale ; elle n'avait pas de fièvre, pas de cause d'obstruction, pas de tumeur, pas de calcul probablement parce qu'elle n'a jamais eu de coliques d'aucune sorte ; pas d'intoxication.

Mais elle a présenté un phénomène assez intéressant : elle a eu de la fièvre depuis l'apparition de l'ictère. Or cette fièvre n'est pas l'effet de l'ictère, car il est apyrétique. On sait même qu'il produit un ralentissement du pouls. Bouillaud le premier a signalé ce ralentissement ; il a établi qu'il est causé par les acides biliaires, et non par les matières colorantes de la bile, et qu'il n'est pas produit à la suite de l'action de ces sels biliaires sur le pneumogastrique, comme cela arrive pour la digitale. Il existe encore, outre le ralentissement du pouls, un ralentissement de la respiration, dont on ne connaît guère mieux le mécanisme.

Cette femme présente un pouls normal actuellement, c'est-à-dire un pouls fébrile, si l'on songe que, si l'ictère existait seul, ce pouls serait ralenti.

Or l'ictère s'accompagne assez souvent de fièvre rémittente, nocturne, en tant qu'il amène une affection hépatique : cette modification du foie, consistant en congestion sanguine et dilatation des canaux biliaires, constitue l'angiocholite qui pourrait nous expliquer l'état fébrile.

Mais nous pouvons encore le rapporter à une autre raison : c'est que, pendant les premiers jours, nous avons pu sentir le fond de la vésicule biliaire saillant, globuleux et tendre, d'une rénitence modérée, et très-douloureux à la pression, tandis que les régions voisines étaient absolument indolores : il y avait donc de la cholécystite, qui nous donne une raison très-suffisante de la fièvre qui a existé. Cette inflammation de la vésicule s'est, sans doute, produite à la suite du catarrhe biliaire primitif.

Ainsi est reconstituée l'histoire de cette maladie : ajoutons qu'il fallait une certaine prédisposition qui existe réellement, car cette malade a déjà eu, il y a deux ans, des symptômes à peu près analogues, et sous les mêmes influences.

L'existence de la cholécystite n'est pas bien rare, alors même qu'il n'y a pas de calculs dans la vésicule biliaire ; quelquefois, pendant la fièvre typhoïde, il se produit une ulcération de la vésicule, d'où une péritonite autour de la vésicule, et cette péritonite se propage toujours dans le même sens, le long du gros intestin, ce qui se traduit par de la douleur dans la fosse iliaque droite.

Chez les malades atteints de cholécystite d'origine calculeuse, on observe souvent cette forme : ils ne se plaignent de ressentir des douleurs que dans la fosse iliaque droite : c'est un fait qu'il ne faut pas oublier lorsqu'on a affaire à des vieillards. Je l'ai vérifié, anatomiquement, un assez grand nombre de fois à l'hospice des Ménages.

Il serait, en outre, bien intéressant de nous arrêter encore

aux modifications de la respiration qui sont survenues chez cette malade; cette femme nous a bien établi que, parmi les symptômes peu nombreux qu'elle a ressentis, c'est une dyspnée très-prononcée qui l'a gênée le plus pendant plusieurs jours. Cependant jamais elle n'avait éprouvé de troubles respiratoires auparavant.

Ce fait n'est pas signalé par les auteurs; je l'ai cependant rencontré souvent. Récemment encore, j'ai vu un jeune homme chez qui la dyspnée fut le premier symptôme de l'ictère. Je pense qu'on devrait en chercher l'interprétation dans les relations qui existent entre le foie et le poumon, dans lesquels on doit reconnaître des influences réciproques comme entre tous les appareils de l'organisme.

Le pronostic n'est pas grave : cet ictère ne dure ordinairement pas plus de trois semaines; toutefois, si, exceptionnellement, il durait plus longtemps, il pourrait produire une modification persistante de l'état du foie, et amener des lésions du parenchyme hépatique. Il ne faut pas oublier un précepte sur lequel insistait beaucoup Cruveilhier : c'est que tout ictère qui persiste longtemps est grave. Soyons donc toujours prêts à surveiller un ictère qui prendrait cette marche, car ce serait le symptôme d'une affection latente envahissant l'organisme.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

---

### Des gommes syphilitiques.

I

Qu'est-ce que la gomme? Et, d'abord, pourquoi ce nom de gomme, *gummi*, *gummontales*, a-t-il été imposé par les premiers observateurs à des lésions syphilitiques? Quelle analogie d'aspect y ont-ils rencontrée? Est-ce à cause de la grossière ressemblance qui existe entre la gomme des arbres et le suc corrompu de ces tumeurs, ou les tubercules croûteux eux-mêmes? Nous n'en savons absolument rien, mais il nous importe peu de le chercher; qu'il nous suffise de savoir ce que ce terme représente.

La gomme est un néoplasme d'origine syphilitique, se déposant dans les tissus sous forme de tumeurs circonscrites ou d'infiltrations diffuses, et qui, non susceptible d'organisation, aboutit à une dégénérescence nécrobiotique particulière.

La fréquence des gommes est extrême : elles ont une très-large part dans l'histoire de la vérole tertiaire. Elles appartiennent toujours à la période tertiaire, mais elles apparaissent à des âges plus ou moins avancés de la maladie, trois ans, dix ans, vingt ans après l'infection syphilitique. J'ai observé un cas authentique de gomme survenue cinquante-cinq ans après le chancre infectant.

La gomme affecte les sièges les plus divers : elle peut envahir tous les organes de l'économie, mais attaque avec le plus de prédilection le système cellulaire sous-cutané. Alors même qu'elle gagne les organes les plus profonds, l'œil, les os, les muscles, c'est aux dépens du tissu cellulaire qu'elle y fait son apparition.

Les gommes se présentent sous deux formes : 1° sous forme de dépôts bien limités, circonscrits, séparables des lots voisins; 2° sous forme d'infiltrations diffuses, sans limites précises.

Au point de vue de la structure, les gommes offrent toujours les mêmes éléments dans leur structure fondamentale. On peut les formuler par les propositions suivantes : 1° la gomme est une production organisée; ce n'est pas un exsudat amorphe; ce n'est pas une tumeur liquide comme on le pensait autrefois; elle est une tumeur solide primitivement; 2° les gommes sont des productions organisées qui, en dépit de leur nature spécifique, n'ont rien de spécifique dans leur constitution. Ces dépôts ne contiennent rien qui leur appartienne en propre; en un mot, les gommes n'ont pas d'élément histologique spécial; 3° les gommes sont des productions constituées par la prolifération du tissu conjonctif; ce sont des néoplasies conjonctives. Si l'on ouvre une gomme, on trouve que les sept ou huit dixièmes de sa masse sont constitués par des éléments cellulaires, petits et grands (cystoblastions de Robin), réunis les uns aux autres par une espèce de gangue amorphe, intercellulaire, finement granuleuse. La dissection y montre encore des fibres cellulaires ou élastiques dirigées en tous sens, et des vaisseaux au milieu de ce lacis conjonctif (ce qui différencie la gomme du tubercule qui ne renferme pas de vaisseaux).

On ne trouve rien autre dans la gomme : elle se rapproche de la structure des productions inflammatoires, des tissus de granulations (Virchow). Cependant, si elle n'était que cela, elle ne se différencierait pas des autres productions syphilitiques, chancres ou plaques muqueuses, ou des scléroses. Ainsi l'on a dit à tort que le chancre n'est qu'une gomme. Mais il faut autre chose pour constituer une gomme.

Ce qu'elle a de spécifique, de caractéristique, se trouve dans son évolution ultérieure : une gomme en naissant est, pour ainsi dire, condamnée à mort; certains tissus peuvent se résorber ou s'organiser; le sort immédiat de la gomme est de dégénérer. Chacun de ses cystoblastions se désagrège, se subdivise (division nucléaire), puis chaque petit noyau subit une dégénérescence spéciale, une transformation graisseuse. De sorte qu'une gomme, après un certain temps, subit nécessairement la dégénérescence granulo-graisseuse. Alors elle constitue une masse jaunâtre, caséeuse, sèche (gomme phymatoïde), ou bien elle se liquéfie (gomme diffluente). Quoi qu'il en soit, c'est un tissu dégénéré, un corps mort, un corps étranger dans l'organisme; il faudra que l'organisme l'élimine. C'est là le caractère spécifique de la gomme, qui est bien une néoplasie, mais une néoplasie qui ne peut s'organiser.

Comme la gomme a son siège de prédilection dans le tissu cellulaire sous-cutané, c'est cette sorte de gomme que nous prendrons comme type de description. La gomme peut occuper le tissu cellulaire sous-cutané dans toute l'étendue de ces téguments; mais il est des régions où on la rencontre plus fréquemment que dans d'autres; c'est aux membres inférieurs, à la jambe, qu'on la voit le plus communément ; puis la région du cou, la partie supérieure du thorax, en avant ou en arrière; les membres supérieurs, la face, le scrotum, le fourreau de la verge; ensuite les doigts, les grandes lèvres, l'aine, le sein.

Lorsqu'on les a disséquées, on voit que ces tumeurs sont logées dans le tissu cellulaire, indépendantes de la peau et des tissus sous-jacents, nettement limitées et arrondies. A la coupe, on trouve, pour les gommes jeunes, l'aspect d'un parenchyme gris rosé, ferme et dense, ayant la consistance du foie; pour les gommes plus anciennes, le tissu est plus opaque, plus blanchâtre; son centre a une teinte

plus jaunâtre : plus tard, il se ramollit et devient caséeux. Enfin, toute la périphérie de la gomme prend le même aspect que le centre, et l'on a une bouillie purulente, jaune, presque verdâtre ; c'est la gomme diffluente.

Pour faire l'étude clinique de la gomme, nous la considérerons à quatre périodes naturellement instituées : 1° formation, crudité ; 2° ramollissement ; 3° ulcération ; 4° réparation cicatricielle.

A. *Période de formation et de crudité.* La gomme débute par une petite nodosité sous la peau, de la grosseur d'un petit pois, puis elle s'accroît, atteint le volume d'une olive, d'un gros ganglion, d'une noix, d'un œuf même.

C'est alors une tumeur nettement circonscrite, accusée par son relief ou par sa résistance. Elle a une forme généralement globuleuse ou ovoïde. D'autres fois, elle est hémisphérique, et présente l'aspect d'une moitié de prune ou d'abricot.

Elle a une consistance dure. Elle est essentiellement *aphlegmasique;* absence de chaleur, de rougeur à la peau, et surtout absence complète de douleur ; ce sont là des caractères très-importants de la gomme. Les gommes sont tellement indolentes que le malade ne les aperçoit que par hasard, en se déshabillant; et le médecin, en examinant le malade, lui montre des tumeurs qui jusque-là étaient complètement ignorées. Récemment encore, chez un malade porteur de treize gommes, je lui en découvrais trois qu'il ne se connaissait pas.

B. *Période de ramollissement.* La gomme, qui était primivement ferme, solide, diminue peu à peu de consistance; son centre se ramollit ; elle devient plus molle de jour en jour. Elle a débuté à froid, pour ainsi dire, sans le moindre phénomène inflammatoire ; mais elle n'achève pas ainsi son évolution : la gomme s'enflamme dans la suite, les téguments commencent à rougir, ils sont d'abord rosés, puis rouges, enfin ils prennent la coloration franchement rouge d'un abcès chaud. Alors la gomme n'est plus indolente. Elle n'est pas douloureuse à proprement parler ; cependant le malade y ressent quelques élancements, un peu de tension et de gêne dans la région, un peu de sensibilité, et c'est tout. Enfin, la peau s'amincit de plus en plus, elle s'use par sa paroi interne ; il ne reste plus qu'une mince pellicule épidermique qui cédera dans un instant.

C. *Période d'ulcération.* La pellicule cutanée est tellement amincie qu'elle se rompt bientôt ; il se fait une petite crevasse centrale au sommet de la tumeur. En général, il n'y a qu'une seule ouverture ; quelquefois elle est double. Alors se produisent quelques phénomènes sur lesquels je veux insister un peu, car c'est cette troisième période de l'évolution de la gomme qui est la moins bien connue, quoiqu'elle soit la plus importante.

Par la petite fente épidermique, se fait une évacuation partielle du liquide, qui est tantôt visqueux, ambré, ressemblant à une solution de gomme ; tantôt sanieux, jaunâtre, pyoïde ; tantôt absolument analogue à du pus. Cette évacuation subite est toujours incomplète : une gomme ne se vide pas comme un abcès, elle ne subit qu'un demi-affaissement; on sent au-dessous encore une assise solide, une base toujours résistante. La gomme tend ensuite à s'ouvrir davantage ; la petite crevasse s'élargit successivement.

Le deuxième phénomène est l'apparition d'un bourbillon au fond de ce cratère béant ; c'est là quelque chose de spécial que ne présente aucune autre tumeur : le bourbillon de la gomme est une espèce de masse charnue, parenchymateuse, membraneuse et blanchâtre, que des auteurs, avides de dénominations pittoresques, ont comparée à de la chair de morue. C'est un véritable bourbillon, insensible au toucher ; c'est bien un tissu mort que l'on peut saisir avec des pinces ; il est assez ferme, mollasse sous le doigt, quoique résistant et coriace, absolument comme de la chair de morue.

Ce bourbillon subit une désagrégation partielle ; avec les pinces, on peut le diviser en filaments, en fragments vermicelliformes. Qu'est-ce que cette masse bourbillonneuse ? C'est le tissu même de la tumeur dégénérée, mortifiée ; c'est ce tissu nécrobiosé, passé à l'état d'eschare. C'est donc, nous avions raison de le dire, un véritable bourbillon analogue (non pas identique) à celui du furoncle, de l'anthrax, qui est aussi composé de tissu mort ; mais ici ce bourbillon est une eschare de tissu morbide, et non une eschare de tissu normal vivant.

Ce bourbillon a un aspect caractéristique ; une fois qu'on l'a vu, on le reconnaît toujours. Il est le signe pathognomonique de la gomme syphilitique.

Tout ce que nous allons étudier dans la suite n'est plus que la pathologie de l'eschare du bourbillon, le travail d'élimination de cette eschare, puis le processus de réparation.

De jour en jour les lambeaux se détachent, se dissocient, s'en vont par parcelles que l'on retrouve dans le pus, dans les linges de pansement, etc. Il reste, à la place, nne perte de substance, une ulcération.

Cette ulcération de la gomme mérite une étude spéciale : elle est caractérisée par les signes suivants : 1° elle est toujours et invariablement creuse, fortement creuse, excavée, ayant une profondeur minimum de plusieurs millimètres, parfois de deux ou trois centimètres ; 2° elle est à pic, elle a ses bords en falaise, abrupts, fortement et nettement entaillés ; 3° elle a une forme arrondie ou ovalaire. Le fond de l'ulcération est inégal, anfractueux, étagé, comme disait Bazin, et surtout encore caractérisé par son aspect bourbillonneux ; c'est un ulcère de mauvaise mine, à caractère putrilagineux, bourbillonneux, où l'on voit encore quelques débris du bourbillon non éliminés, qui témoignent de la qualité de cette ulcération.

D. *Période de réparation cicatricielle.* On peut prévoir, *à priori*, ce qui va se produire dans la suite. Lorsque le fond de l'ulcère sera vidé, détergé complètement, lorsqu'il aura un aspect rouge régulier, l'auréole diminue, le fond s'élève et se couvre de bourgeons charnus. La cicatrisation se fait normalement. La cicatrice est rougeâtre d'abord, elle blanchit plus tard, mais elle reste toujours plus ou moins pigmentée ; elle est toujours déprimée, en raison de la perte considérable de substance qu'elle a comblée. Elle est indélébile.

Dans quel laps de temps se produisent tous ces phénomènes d'évolution de la gomme syphilitique ?

La durée de la gomme est toujours longue, remarquablement longue ; jamais elle n'est moindre de trois ou quatre mois, souvent elle atteint six, huit mois, souvent plus encore.

La durée est variable surtout pour la première et la seconde période; la formation est quelquefois très-lente, la gomme ne se constituant que très-lentement. Une fois formées, les gommes restent des mois ce qu'elles sont, sans poursuivre leur évolution. Certaines gommes sont, au contraire, à ramollissement hâtif.

En revanche, après ces deux périodes écoulées, les gommes suivent généralement une évolution régulière. Quelques semaines suffisent à l'évacuation du bourbillon ; cependant, même à cette période, certaines gommes ne se réparent pas rapidement, malgré le traitement spécial ; elles se compliquent de phagédénisme, et s'éternisent sur le même sujet.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 septembre 1879. — Présidence de M. Roger.

### CORRESPONDANCE

M. Edmond Turquet, sous-secrétaire d'État au ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, informe l'Académie que le Congrès international de sauvetage, dont il est le président, s'ouvrira le mardi 16 septembre au Palais de l'Industrie à Paris.

M. Vassèges, professeur à l'Université de Liège, envoie une brochure qu'il a publiée sur le forceps Tarnier.

M. Lagneau offre en hommage, en son nom personnel, le tirage à part d'un article qu'il a publié dans la *Revue d'anthropologie* de M. Broca, et qui a pour titre : *Carte ethnologique de France.*

### RAPPORT

M. GIRAUD-TEULON donne lecture d'un rapport sur une note de physique présentée il y a quelques mois par M. le docteur Prompt. L'auteur de la note étudiait le mécanisme d'une illusion d'optique qui se produit lorsqu'on fixe attentivement une réunion de losanges ou de carrés. M. Giraud-Teulon conclut en disant que la question ne lui paraît pas complètement élucidée par les expériences de M. Prompt.

### COMMUNICATIONS

**Herpès traumatique.** — M. le docteur David fait une communication sur trois cas d'herpès traumatique survenus sur la joue et sur la gencive à la suite d'opérations ou de lésions dentaires.

Ce sont, dit M. David, les premiers faits que l'on possède en l'espèce.

L'auteur fait remarquer dans son travail la légèreté du traumatisme qui, dans deux cas, a provoqué l'éruption.

Mais une considération plus générale est émise au point de vue de la pathogénie de cette affection, dont l'histoire n'est pas encore complètement faite.

Dans deux de ces observations, M. David a constaté très-nettement, avant l'apparition de l'herpès, un malaise général et un mouvement fébrile manifeste qui indique bien le caractère général de l'affection.

Aussi, pour ces deux cas du moins, l'auteur semble-t-il rejeter la théorie de M. Verneuil (Réveil d'une influence constitutionnelle diathésique) et ne voir qu'un simple herpès fébrile.

Dans la troisième, il s'agit d'une éruption herpétiforme qui est survenue plusieurs fois sur la gencive à la suite de l'inflammation d'un lambeau de cette muqueuse surmontant la dent de sagesse en voie d'éruption. C'est, si l'on veut, une complication particulière des accidents provoqués par l'éruption des dents de sagesse.

Voici les conclusions du mémoire de M. David :

1° Parmi les éruptions vésiculeuses, d'origine traumatique, quelques-unes, bien que reconnaissant pour cause initiale le traumatisme lui-même, peuvent être considérées comme effet et comme signe critique de la fièvre qui les précède ;

2° Il y a donc lieu d'admettre une fièvre herpétique, ainsi que le propose M. Parrot ;

3° Les traumatismes et les diverses opérations pratiquées sur les dents et dans la bouche en général doivent être considérés comme pouvant provoquer, soit la fièvre herpétique, soit l'herpès proprement dit.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le lundi 1er décembre 1879, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, un concours public pour cinq places d'élèves internes.

Le lundi 15 du même mois, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert, dans le même hôpital, pour sept places d'élèves externes.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

— N.-J. Foucault, en ses *Mémoires*, rapporte la petite anecdote suivante :

« Un consul de Nogaro, où j'ai couché le 14 juin 1674, et qui est médecin, me dit, dans sa harangue, que le roi m'avoit envoyé dans la province pour la purger de tous les fainéans et gens de mauvaise vie, et qu'au sentiment d'Hippocrate, ce qui formoit les humeurs peccantes étoit l'oisiveté. Je gardai mon sérieux, mais les assistans ne se crurent pas obligés à la même gravité. »

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Necker, commencera un nouveau cours particulier de technique microscopique le lundi 22 septembre, à quatre heures, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi, et le continuera tous les jours à la même heure.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences.

On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de une heure à deux heures.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Paralysie agitante (maladie de Parkinson).** Étude clinique, par Paul de Saint-Léger, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Gr. in-8° de 115 pages avec trois planches. — Prix : 5 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

**Contribution à l'étude de la digitale,** par le docteur V. Chappet, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Gr. in-8° de 140 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

**De la phthisie fibreuse chronique, ses rapports avec l'emphysème pulmonaire et la dilatation du cœur droit,** par le docteur L. Bard, interne des hôpitaux de Lyon. Gr. in-8° de 140 pages avec trois planches. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

**De la section des nerfs ciliaires et du nerf optique,** par le docteur Paul Redard, interne en médecine des hôpitaux de Paris. Gr. in-8° de 156 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

**Étude sur la syphilis héréditaire tardive,** par Victor Augagneur, docteur en médecine, interne des hôpitaux de Paris. Gr. in-8° de 128 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8651.

N° 106. — SAMEDI 13 SEPTEMBRE 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 13 SEPTEMBRE 1879. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. Parrot.

### Diarrhée et érythème athrepsique des nouveau-nés.

La diarrhée des enfants du premier âge et spécialement des nouveau-nés, dont nous nous occupons exclusivement, n'est pas une maladie; elle n'est pas une affection, car elle ne peut être rapportée à aucun état organique déterminé; elle correspond à des modalités très-différentes des fonctions digestives et se rencontre avec des lésions très-diverses du tube intestinal. On ne peut donc absolument pas la regarder comme une maladie; ce n'est qu'un symptôme, qu'un fait clinique qu'on observe au lit des enfants, et nous ne l'étudierons qu'à ce seul point de vue, limitant complètement cette leçon à la diarrhée des nouveau-nés, ne voulant nullement faire un chapitre de pathologie générale et réservant notre étude à la diarrhée des enfants du premier âge et spécialement des nouveau-nés. Nous resterons donc au seul point de vue pratique et ne considérerons la diarrhée qu'à l'âge auquel nous l'observons, c'est-à-dire dans les trois premiers mois de la vie extra-utérine.

Commençons notre étude par celle des déjections intestinales *normales;* chez le petit enfant nouveau-né, aussitôt après la naissance, nous trouvons d'abord un produit excrémentitiel tout à fait spécial, le méconium (du grec μηκώνιον, suc de pavot, avec lequel il présente une certaine analogie). Le méconium existe dès la fin du troisième mois de la vie utérine, mais alors il présente un aspect différent; ce n'est qu'au cinquième mois qu'il prend tous les caractères que nous lui trouvons à la naissance. Pendant les trois jours qui suivent la naissance, l'enfant rend du méconium; il a l'aspect d'une matière onctueuse, pâteuse, poisseuse, sortant en forme de petit boudin s'étalant sur les fesses, sur la couche, et y adhérant intimement comme de la poix, et, quand on sépare la couche des fesses du petit enfant, on ne l'en écarte qu'avec peine; il s'étire comme une lame élastique avant de s'en séparer.

Il présente une teinte vert très-foncé, quelquefois noirâtre. Il ne renferme pas de corps solides; au toucher, comme à la vue, c'est une substance molle et onctueuse. Il persiste rarement au-delà de deux ou trois jours; à la fin, il est déjà mélangé d'une matière plus claire, jaune, et moins onctueuse au toucher; le méconium va finir.

Quant à sa constitution, il renferme plus de 700 parties pour 1,000 d'eau, une énorme quantité de mucus et de l'épithélium de l'estomac et surtout du tube intestinal, qui paraît être le premier corps qui constitue le méconium; ce déchet épithélial irriterait la surface de l'intestin et provoquerait ensuite une sécrétion exagérée de bile, qui y existe en effet en grande quantité, encore bien caractérisée par ses matières colorantes et ses acides biliaires. On trouve encore des sels en assez grande quantité.

On peut ici se demander comment il se fait que le méconium s'accumule ainsi à partir du troisième mois sans être éliminé dans les eaux de l'amnios. Or il ne peut sortir de l'intestin, parce que, pour expulser les matières fécales, il faut un certain effort et que, pour faire un effort, il faudrait que l'enfant respirât; aussi, dès qu'il est à l'air libre et qu'il a respiré, il fait cet effort et expulse le méconium. Il en rend même quelquefois pendant le cours de l'accouchement, mais c'est par des pressions venant de la mère et s'exerçant indirectement sur le corps du fœtus pendant le travail.

Passons maintenant à l'étude des garde-robes normales proprement dites: elles sont quelque chose de tout à fait spécial; elles ont un aspect particulier, jaune, jaune d'œufs brouillés, tant à la vue qu'au toucher. Elles ne sont pas humides, mais elles sont onctueuses. Elles n'ont pas d'odeur. Elles sont au nombre de deux, trois, rarement quatre dans les vingt-quatre heures. Elles ne sont pas solides et moulées, mais s'étalent peu, formant de petits amas limités. Elles sont constituées par une grande quantité de matières colorantes, de la bile, qui leur donnent cette belle teinte jaune vif, et qui seraient peu altérées, d'après Lehmann, puisqu'elles auraient conservé leurs réactions. On y trouve ensuite de la caséine qui n'a guère été attaquée par la digestion, puis des matières grasses du lait et une petite quantité d'épithélium. Enfin on y trouve une très-grande quantité de microphytes, de micrococcus qui existent dans les selles les plus normales et qu'il faudrait bien se garder de considérer comme des causes d'altérations lorsqu'on les rencontrera aussi en grande quantité dans les diverses selles pathologiques.

Citons ensuite les *matières de transition,* qui ne sont réellement plus normales, quoique la plupart des médecins et des mères s'en contentent généralement. Cependant elles sont

déjà pathologiques; elles n'ont plus le même degré de consistance, de sécheresse, d'homogénéité; elles sont un peu plus fluides, moins onctueuses, moins colorées, plus acidules. Et, au contact de l'air, elles verdiront spontanément: c'est là un indice pathologique.

Les garde-robes *pathologiques* présentent divers caractères spéciaux. On ne peut préciser leur nombre; il varie selon la quantité qui est expulsée à chaque selle. Il y a des enfants qui en ont un grand nombre, dix, trente, parce qu'à chaque tetée, à chaque mouvement, ils font une petite selle. Leur consistance est très-fluide, à des degrés divers; elles s'étalent et couvrent une grande surface du linge; une partie de la couche est ainsi maculée par de la matière intestinale proprement dite, et autour de ces taches on voit une zone liquide, humide, sans coloration, qu'il ne faut pas croire due à l'urine, mais qui est mouillée par l'eau qui vient du tube intestinal et qui s'est séparée de la matière solide. Il faut dès lors bien se garder de l'attribuer à une excrétion d'urine abondante que nous avons déjà signalée comme un signe de bonne santé. Les taches faites par l'urine ne forment pas une zone si régulière, et elles siègent sur des parties plus antérieures de la couche.

La coloration de ces garde-robes pathologiques diffère quelquefois très-peu de la teinte jaune; toutefois elle est plus blanchâtre et plus terne. Elles verdissent au contact de l'air ou quelquefois elles ne verdissent pas. Elles sont constituées au début par de petits amas, de petites stries de matière verte au milieu de la matière jaune. Le vert s'accentue de plus en plus. A un degré plus avancé, la matière est complètement verte, comme de l'oseille ou des épinards. Cette matière verdâtre est du mucus coloré en vert par les matières colorantes de la bile. A un dernier degré, de pronostic beaucoup plus désastreux, les garde-robes, jaunes et vertes, sont mélangées de grumeaux de lait non digéré. Parfois même elles sont tout à fait constituées par ce lait mal digéré, par des grumeaux blancs, laiteux; c'est de la véritable lientérie.

La constitution des garde-robes est la même que celle de l'état physiologique; dès que la matière verte apparaît, elle est presque toujours contenue dans le mucus; on y voit des perles de mucus adhérent, tenace et presque transparent; il y a des couches absolument composées de substances de cette nature; ce sont les cas où les enfants souffrent énormément. Nous n'entrerons pas dans la discussion de la nature de cette matière verte. Les uns ont pensé que c'était du sang exsudé et rejeté dans le tube intestinal. Ce n'est pas admissible, car on trouverait des traces de globules sanguins. Elle vient sans doute du foie, de la matière colorante de la bile. Toutefois ces selles ne sont pas plus bilieuses que les autres selles; il est plus juste de les désigner sous le nom de selles vertes, quoique nous ne voulions pas discuter ici si elles viennent des matières colorantes biliaires, altérées ou non.

L'odeur des selles est un signe important à consulter; à l'état normal, elle est presque nulle. Les selles de transition ont une odeur acide, aigrelette, de lait aigri; quelquefois cette odeur s'accentue et devient pénétrante. Parfois elles sont fétides et gangreneuses, surtout quand les selles pathologiques renferment beaucoup de grumeaux de lait non digéré; il semble que ce lait, non élaboré par les sucs intestinaux, a subi une sorte de putréfaction pendant son séjour dans le tube intestinal. Cette odeur imprègne alors toute la literie, les vêtements, etc.

Il est aussi intéressant de nous occuper de l'état de l'enfant au moment où il rend ces garde-robes. Pour une selle normale, l'enfant devient pâle d'abord; c'est le commencement de la sensation du bol fécal; puis l'effort expulsif se produit, la face se congestionne, devient turgide et rouge; l'enfant pousse, mais sans souffrir; il éprouve une véritable satisfaction lorsqu'il est débarrassé. Une diarrhée verte, au contraire, est accompagnée de douleur, d'une véritable colique; la figure se contracte, les traits se crispent; l'enfant pousse un cri prolongé jusqu'à la sortie des matières fécales. La satisfaction suit d'ailleurs cette selle pathologique, comme la selle normale.

Nous ne nous occuperons pas ici de l'anatomie pathologique de ces selles, ni de tout ce qui concerne le reste de leur étude pathologique; disons seulement que, quelque mauvaises que soient les selles, on ne trouve à l'autopsie aucune lésion qui les explique. L'intestin est lésé à peine une fois sur deux ou trois cents cas. Nous pouvons donc le répéter, la diarrhée est un symptôme; elle n'est pas une maladie.

Cette diarrhée, qui est l'effet de causes nombreuses, devient à son tour la cause d'une autre altération, de l'*érythème athrepsique* des nouveau-nés. Cet érythème (qu'il faut distinguer de l'érythème *sudoral* des petits enfants, qui est très-fréquent pendant la saison d'été) est une affection rare au-delà du troisième ou du quatrième mois. Il est essentiellement constitué, au début, par une petite rougeur de la peau, qui est légèrement élevée et couronnée par une vésicule entourée d'une auréole rouge; il s'en forme des dizaines, des milliers, très-rapidement; alors elles se confondent, de façon qu'on ne peut plus reconnaître la lésion élémentaire, sauf à la périphérie de cette plaque où l'on distingue toujours la vésicule initiale.

Ces vésicules apparaissent en divers points. Examinons-les là où la peau est sèche, à la région antérieure des cuisses, par exemple: la rougeur diminue un peu, la vésicule se crève, il reste une desquamation épidermique, une écaille blanchâtre, laissant une collerette épidermique et un espace rouge. C'est ce que l'on peut observer surtout dans les points périphériques; car, là où la peau est le siège d'une irritation continuelle, les vésicules groupées se confondent, la desquamation ne se fait plus régulièrement, la corticule est enlevée par le frottement; il ne reste plus que de larges surfaces rouges où l'on ne reconnaît plus ni vésicules ni auréole. Il semble alors que la peau est vernissée; elle est rouge, brillante, comme si on avait enlevé sa couche la plus superficielle.

Ces parties sont douloureuses, mais elles le sont beaucoup moins qu'on ne pourrait le croire, sauf dans les cas d'ulcérations; alors il faut songer à la syphilis. Ce qui fait le plus souffrir les enfants atteints d'érythème, c'est la colique intestinale.

Relativement à son siège, l'érythème ne se trouve, dans l'immense majorité des cas, que sur certains points déterminés, vers la région ischiatique des fesses, à la région postérieure et supérieure des cuisses, parfois aux jambes, mais plus tard. On voit alors de larges surfaces rouges sur les fesses, et, à la périphérie, de petites vésicules; c'est le caractère de l'érythème. Cependant on le trouve quelquefois ailleurs, sur le tronc, sur la face même plus souvent que sur le tronc.

L'érythème n'est pas une maladie ayant son existence indépendante; il ne se rencontre que chez les enfants atteints

d'athrepsie; il lui faut, pour qu'il puisse se développer, deux éléments indispensables: une altération de la nutrition et des frottements. S'il ne se développait que par l'un ou par l'autre de ces éléments, on lui trouverait un autre siège; il se produirait sur toute la surface du corps. On ne l'observe jamais chez les enfants sains; il y a certainement déjà un trouble morbide dès qu'il apparaît; l'athrepsie peut n'être encore qu'à un degré très-léger, mais elle existe déjà et menace l'enfant. Ce peut donc être une manifestation très-utile pour le médecin, puisque l'érythème apparaît dès le début de cette évolution morbide.

L'érythème ne laisse jamais de cicatrices.

C'est là le fait le plus important à connaître pour en faire le *diagnostic.*

Ce diagnostic n'est pas toujours facile; je tiens à vous rappeler ici que j'ai une fois pris pour cet érythème l'érythème de la *variole.* Dans un cas analogue, la température élevée qui doit déjà être arrivée au moment de la période congestive de la variole, devrait faire nettement le diagnostic, car, dans l'érythème athrepsique, la température, au contraire, est hyponormale.

L'érythème *sudoral* n'a pas le même siège; il est surtout répandu sur la face, le cou, le tronc; il présente une rougeur moins intense.

La *roséole vaccinale* est très-éphémère; elle est constituée par des papules larges, légèrement soulevées, et il n'y a pas de vésicules, ou elles sont disséminées et très-larges. On ne l'observe guère que sur les membres supérieurs, rarement sur le tronc.

Nous avons étudié le diagnostic des *syphilides* (1) avec lesquelles on évitera de confondre l'érythème; la coloration des syphilides, toujours dominée par un ton violet, est très-remarquable et très-caractéristique.

L'*érysipèle* présente de larges surfaces rouges, tuméfiées et œdémateuses.

Quant à la cause de cet érythème, nous ne devons plus le regarder, avec Valleix, comme une manifestation toujours liée au muguet. Il peut y avoir un érythème sans muguet. Il n'y a aucun lien nécessaire entre ces deux affections; elles sont fréquemment concomitantes, parce qu'elles sont toutes les deux une manifestation d'une même maladie plus générale.

Avant de terminer, fixons bien l'attention sur la *lésion anatomique* de la peau atteinte d'érythème; il y a toujours dans l'érythème, essentiellement et primitivement, une altération de l'épiderme, du corps muqueux de Malpighi. Au contraire, les syphilides comportent toujours une altération du derme. Il n'y a que très-rarement dans l'érythème une légère prolifération nucléaire dans le derme; elle n'apparaît qu'après une très-longue irritation, et alors elle est suivie de cicatrice. Il n'y a de cicatrice que lorsque le derme a été altéré; tout ce qui n'atteint que l'épiderme n'en produit pas; c'est pourquoi l'érythème ne laisse pas de cicatrice.

---

## HOPITAL COCHIN. — M. Bucquoy.

### Fièvre syphilitique. Diagnostic différentiel avec la fièvre typhoïde.

Il est assez rare de rencontrer des accidents fébriles dans l'histoire de la syphilis : la fièvre syphilitique est cependant plus fréquente qu'on ne le pensait autrefois, et, depuis que l'attention a été fixée sur ce sujet par mon éminent collègue M. Fournier (1871-73), on a profité de l'étude si complète qu'il a faite des phénomènes fébriles survenant dans l'évolution des accidents syphilitiques. Cette question un peu spéciale nous intéresse vivement et mérite une discussion approfondie, en raison des deux faits cliniques remarquables qui viennent de se produire dans notre service. Le premier est un exemple manifeste de fièvre syphilitique; le deuxième a soulevé une difficulté considérable de diagnostic différentiel entre la fièvre syphilitique et la fièvre typhoïde.

A. Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille, âgée de dix-huit ans, qui est entrée au n° 2 de la salle Saint-Philippe le 16 février dernier, se plaignant d'éprouver depuis deux jours, c'est-à-dire depuis le 14 février, des accidents fébriles intenses. Elle avait été prise subitement de frisson violent, de céphalalgie très-forte, d'insomnie, de prostration complète : elle présentait, en un mot, tous les signes d'une affection assez sérieuse, qui rendait urgente son admission à l'hôpital. Le soir de son entrée, la fièvre existait encore intense, accompagnée d'un mal de tête des plus violents. Le lendemain matin, l'état fébrile s'était un peu modifié; la température était descendue de 39°,5 à 37°,4. Cependant les phénomènes de début m'avaient fait d'abord redouter une affection fébrile grave, une fièvre continue probable ; je cherchai du côté de l'abdomen les symptômes de la fièvre typhoïde, quoique la chute de la température fût peu favorable à ce diagnostic, et je fus fort étonné de rencontrer, au lieu des taches rosées lenticulaires, une roséole disséminée sur le tronc et sur l'abdomen : je demandai immédiatement des renseignements sur une syphilis antérieure, et j'en reçus qui n'étaient absolument pas douteux. En effet, cette jeune fille avait contracté un chancre six semaines auparavant; on en voyait encore les traces sur la région gauche de la vulve , et l'adénite inguinale existait encore : s'inquiétant de ces accidents, la jeune malade était entrée dans le service de M. Fournier, où elle était restée huit jours, après lesquels elle était rentrée chez elle. Mais, le chancre s'étant élargi, elle avait fait un deuxième séjour de huit jours chez M. Fournier, et y avait commencé un traitement mercuriel. C'est deux jours après sa sortie des salles de l'hôpital Saint-Louis qu'elle fut soudain prise des accidents fébriles qui l'ont amenée dans notre service.

Nous avions donc bien le droit de dire qu'il s'agissait d'une fièvre syphilitique, la marche de la fièvre ayant encore été caractéristique. En effet, le soir du quatrième jour, la température remontait à 38°,7; le lendemain, nouvelle chute le matin, et, le soir, la température montait de nouveau de 37°,3 à 38°,7. Le sixième jour, défervescence moins marquée, probablement à cause de l'apparition d'une angine (purement inflammatoire et non symptomatique d'une éruption de plaques muqueuses). Le soir, la température s'éleva à 38°,5, et, le septième et dernier jour, elle retomba à 37°,3 pour ne plus s'élever. La fièvre avait donc duré sept jours; la roséole persistait encore, quelques jours après, au moment de la sortie de cette jeune fille, sortie nécessitée par mesure disciplinaire, ce qui nous a empêché de suivre plus longtemps l'évolution, d'ailleurs normale, de sa roséole.

En même temps que la fièvre, les symptômes d'une affection fébrile ordinaire persistaient avec intensité, perte d'appétit, constipation, langue blanche étalée, et surtout cépha-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1878, p. 633 (Parrot, *Syphilis héréditaire*).

lée opiniâtre, insomnie, lassitude générale, si bien que, si nous n'avions pas découvert cette malade pour examiner sa paroi abdominale, nous aurions méconnu la roséole et par conséquent la nature de la fièvre que tous les symptômes nous autorisaient facilement à rapporter à une simple fièvre synoque ou catarrhale. C'est, en effet, ce qui est arrivé à la plupart des observateurs, comme l'a fait remarquer un élève de M. Fournier (1).

C'est surtout chez les femmes que l'on observe la fièvre syphilitique. M. Fournier, à Lourcine, en a observé 351 cas sur 1,120 femmes entrées dans son service pour des accidents syphilitiques divers.

Notre collègue a remarqué que l'on ne rencontre ces phénomènes fébriles que dans la période secondaire, mais à des phases très-variables des accidents de cette période secondaire.

Dans sa clientèle particulière, M. Fournier a aussi observé cette fièvre syphilitique beaucoup plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes.

Il ne s'agit pas là seulement d'une fièvre symptomatique subordonnée à certains symptômes, mais bien d'une fièvre ayant un caractère spécial d'essentialité, indépendante du symptôme secondaire; elle n'est pas, suivant M. Fournier, le prodrome de l'état local, mais elle est une manifestation de la diathèse syphilitique en activité. Elle a ses allures particulières, et M. Fournier a classé ces accidents fébriles sous trois types différents :

1° Le type intermittent, de beaucoup le plus commun;

2° Le type continu, simple, ou, plus souvent, à paroxysme;

3° Le type vague, erratique, le plus rare, qui se distingue surtout par son irrégularité.

La fièvre syphilitique que nous avons observée appartient à la première catégorie : c'était bien un type intermittent que nous avons observé à partir du deuxième jour, depuis l'entrée de la malade à l'hôpital.

Le début a été celui de toutes les affections fébriles : irruption franche, frisson intense, céphalalgie tenace et très-vive, courbature générale, etc.; le trouble des fonctions digestives a été aussi celui des affections fébriles. Toutefois on voit des cas où, au lieu de l'anorexie, et quoique l'état fébrile soit intense, on observe une exagération de l'appétit, une boulimie véritable, qui contraste singulièrement avec les accidents fébriles accusés par le malade; celui-ci ne se contente même pas des cinq portions alimentaires de l'hôpital, et en redemande encore. En même temps, ces malades ont la langue nette, au lieu de l'avoir sale, étalée et saburrale.

Le type intermittent de l'accès est quotidien ordinairement, et diffère de celui de la fièvre intermittente, qui est le plus souvent tierce; enfin, au lieu de revenir de minuit à midi, comme l'accès palustre, il apparaît le soir. Il n'est d'ailleurs pas aussi intense, sans frisson, sans claquement de dents, sans sueurs profuses, etc. Jamais le sulfate de quinine n'a produit d'influence modificatrice quelconque sur l'accès de fièvre syphilitique.

B. Le deuxième cas observé dans notre service se rapporte à ce que M. Fournier a appelé « typhose syphilitique » : il avait remarqué, en effet, que, très-souvent, l'état fébrile s'associe avec des accidents d'asthénie générale, d'hébétude et de torpeur intellectuelle, véritable adynamie qui peut se prolonger pendant plusieurs semaines et simuler, à s'y méprendre, une fièvre typhoïde. C'est précisément cette question de diagnostic différentiel qui s'est présentée pour notre malade.

Cet homme, couché au n° 7 de la salle Sainte-Marie, est un garçon tonnelier, âgé de vingt ans, entré dans nos salles le 11 mars, venant de l'hôpital du Midi où il avait été reçu le 6 février pour un chancre infectant contracté certainement *au commencement de février*. C'est le 25 février qu'il a commencé à être pris d'accidents fébriles particuliers, fatigue insolite, vertiges, étourdissements, mal de tête, douleurs de ventre et particulièrement, dit-il bien, du côté droit de l'abdomen. On lui administra des vomitifs à deux reprises différentes; puis, l'état persistant, on l'évacua dans notre service, le 11 mars. Le 12, je fus frappé de son état d'abattement, de sa mauvaise mine : la température, 39°,1, la fréquence du pouls, la langue sale et sèche, les lèvres fuligineuses, lui donnaient complètement l'aspect d'un malade atteint de fièvre typhoïde de moyenne intensité. Le gargouillement existait dans la fosse iliaque droite : je le découvris pour rechercher les taches rosées, et je constatai une éruption des plus abondantes; toute la surface du tronc et de l'abdomen, la racine des membres même, étaient le siège d'une éruption presque confluente de papules, très-abondantes surtout aux régions antérieures et postérieures, mais respectant complètement le visage. Était-ce là une éruption typhique? C'étaient bien des papules, avec coloration plus intense que dans les cas ordinaires, et une saillie plus prononcée et une abondance extrême que l'on ne rencontre pas ordinairement dans la fièvre typhoïde, mais dont j'ai vu assez souvent des exemples, ce qui faisait qu'au moment où j'examinai le malade, je ne songeai pas d'abord à l'idée d'une syphilide papuleuse. Mais, dès que j'appris l'histoire de ce malade, il fallut poser nettement la question et me demander si c'était de la syphilis ou de la fièvre typhoïde.

Le malade avait de la constipation opiniâtre malgré l'administration de deux vomitifs : mais, si l'on examinait le début de la maladie, sa marche, son apparition chez un sujet venu à Paris depuis deux ans, la douleur abdominale, la courbature, la lassitude générale qui l'avait obligé de garder constamment le lit sans avoir de rémission dans le cours de la fièvre, tout cela autorisait le diagnostic de fièvre typhoïde. D'autre part, on pouvait le combattre en disant qu'il n'y a pas eu d'épistaxis, pas de diarrhée, pas de râles dans la poitrine; que l'éruption a été très-abondante, avec saillie considérable des papules, et coloration plus marquée que celle des taches rosées : celles de coloration rose plus tendre s'effaçaient pourtant sous le doigt.

Dès le premier jour, cependant, je crus devoir me rallier au diagnostic de fièvre continue, sans vouloir poser une affirmation absolue. En effet, les phénomènes fébriles se rapprochaient de ceux de la fièvre typhoïde; ils s'étaient manifestés à une époque où la fièvre syphilitique ne s'observe guère, vingt-cinq jours seulement après le chancre, date à laquelle les accidents secondaires ne débutent pas ordinairement. La sensibilité dans la fosse iliaque droite, accusée spontanément par le malade, est aussi un argument : la constipation est exceptionnelle, mais n'est pas rare dans la fièvre typhoïde. Parmi les phénomènes ultérieurs, la persistance des taches rosées jusqu'au début de la convalescence a été constatée dans la fièvre typhoïde : mais c'est aussi de cette manière que s'éteint une syphilide papuleuse.

La marche de la maladie est beaucoup plus caractéristi-

(1) Courtot. Thèse de Paris, 1871.

que, à mon avis, de la fièvre typhoïde : vers le quinzième jour, la défervescence a commencé et elle est arrivée le dix-septième et le dix-huitième, puis, après quelques oscillations, la convalescence s'est établie régulièrement vers le vingt-unième jour. Le malade est entré en convalescence comme y entre un typhique ; c'est une convalescence franche, et non l'état adynamique qui se prolonge après une fièvre syphilitique.

Des sudamina ont aussi été constatés vers le quinzième jour, comme dans la fièvre typhoïde.

Telles sont les raisons qui m'ont déterminé à formuler ce diagnostic, tout en reconnaissant qu'il y avait des arguments sérieux pour conclure à l'existence d'une syphilide papuleuse.

On distinguerait assez facilement une fièvre syphilitique d'une fièvre synoque par ses oscillations, sa marche, ses intermittences et sa défervescence rapide, par l'absence des taches ombrées que l'on rencontre dans la fièvre éphémère. L'absence des épistaxis, des phénomènes abdominaux, du météorisme, des râles sibilants, servira notablement à faire le diagnostic entre la fièvre syphilitique et la fièvre continue.

Un cas plus difficile est celui où il faut distinguer la fièvre syphilitique à manifestations arthropathiques d'une véritable attaque de rhumatisme articulaire subaigu. M. Fournier reconnaît lui-même avoir soigné des fièvres syphilitiques sans être convaincu qu'elles n'étaient pas des attaques de rhumatisme proprement dit. Cependant il ajoute qu'en général les phénomènes syphilitiques sont moins intenses du côté des articulations que les véritables attaques de rhumatisme.

La durée de la fièvre syphilitique est assez variable ; elle est souvent de cinq à huit jours, mais quelquefois elle peut atteindre deux ou trois septénaires ; la forme vague, erratique, peut même durer cinq à six semaines.

Quelle que soit sa durée, elle est rarement grave ; elle guérit bien. On ignore son influence sur les manifestations plus ou moins rapides des accidents secondaires.

M. Fournier a cependant remarqué qu'elle se manifeste généralement sur des sujets prédisposés à la syphilis viscérale.

La fréquence chez les femmes montre encore qu'elle semble avoir besoin d'un terrain particulier pour se développer.

La convalescence de la fièvre syphilitique est ordinairement pénible et difficile : elle laisse longtemps les individus alanguis et affaiblis.

Je vous ai déjà dit que le sulfate de quinine ne produit aucun effet sur la fièvre syphilitique, non plus que le quinquina et les toniques. Il semblerait qu'on doit craindre, au premier abord, de traiter ces malades par le mercure, pour éviter de surcharger leurs fonctions digestives déjà troublées ; il n'en est rien, d'après M. Fournier. Il n'y a, dit-il, qu'un seul remède contre la fièvre syphilitique qui persiste un ou deux septénaires : c'est le mercure, comme pour tous les autres accidents secondaires. Il est bien toléré par l'estomac. Au cas contraire, on pourrait d'ailleurs l'administrer par la méthode des frictions. M. Fournier y ajoute les préparations iodurées. Le sirop de Gibert, qui est une préparation mixte de mercure et d'iodure de potassium, a donné des résultats favorables.

## REVUE DE GYNÉCOLOGIE.

I. **Manuel de gynécologie** (2e partie), par le docteur de Sinéty. Paris, Octave Doin. — II. **De la métrite chronique dans ses rapports avec l'arrêt d'involution de l'utérus**, par le docteur Fauquez. Paris, Delahaye. — III. **Étude sur l'exploration de la sensibilité de l'ovaire, et en particulier de la douleur ovarique chez la femme enceinte**, par le docteur Chaignot. Paris, J.-B. Baillière.

I. M. le docteur de Sinéty vient de publier la deuxième partie de son *Manuel pratique de gynécologie*. Lorsque nous analysions, il y a quelques mois, le premier fascicule de cet excellent ouvrage, nous disions qu'il manquait peu de chose pour que ce fût un traité complet. L'auteur a ajouté ce « peu » dans le volume qui vient de paraître.

Toutes les questions relatives aux polypes divers, aux maladies des ovaires et des autres annexes de l'utérus, sont traitées avec les détails que comporte une étude sérieusement faite.

Comme dans la première partie, l'anatomie et surtout l'anatomie pathologique, dans laquelle nous retrouvons des recherches fort intéressantes déjà communiquées par M. de Sinéty à la Société de biologie, tiennent une large place. Nous ne pouvons que nous en féliciter. Ce manuel est un des meilleurs livres de gynécologie qui aient paru depuis quelque temps. Il nous paraît inutile d'en faire une analyse, car il faut le lire. Grâce à la méthode et au classement suivi par l'auteur, cette lecture est facile, et cela n'est pas à dédaigner, car les ouvrages dits classiques ne peuvent être lus qu'à dose modérée.

II. M. le docteur Fauquez a pris pour sujet de sa thèse inaugurale une question grosse de difficultés, sur laquelle l'attention des gynécologistes est fixée depuis longtemps, surtout depuis la publication de la thèse de M. Chenêt. L'auteur s'est fort bien acquitté de la tâche qu'il s'était imposée. C'est ainsi que les parties consacrées à l'histologie normale de l'utérus, aux modifications subies par les éléments de cet organe durant la grossesse, aux changements que présentent ces mêmes éléments après l'accouchement et l'avortement, enfin à l'étiologie, prise à un point de vue général, de la métrite chronique, sont très-complètes et très-remarquablement présentées.

De plus, trois observations suivies du résultat fourni par l'autopsie démontrent clairement que l'augmentation de volume de l'utérus, et l'accroissement de sa cavité, ont eu pour cause directe un arrêt d'involution, et n'étaient nullement occasionnés par l'évolution inflammatoire.

M. Fauquez, en étudiant le processus de la métrite chronique dans ses rapports avec l'arrêt d'involution, donne une explication qui mérite d'être relatée, car c'est toute une théorie. D'après son maître, le docteur Chéron, les affections utérines, quelles qu'elles soient, sont le résultat « d'une irritation qui, transportée à la moelle lombaire, se réfléchit sur l'utérus sous la forme d'une congestion amenée par la cessation temporaire ou permanente de l'activité fonctionnelle des centres d'innervation vaso-motrice » (page 51).

Or l'arrêt d'involution est une cause d'irritation spinale : une congestion permanente s'établit, et l'utérus devient le siége d'un travail morbide qui peut se limiter à l'engorgement, ou donner lieu aux altérations de texture de la métrite chronique.

L'influence des diathèses sur la production des affections utérines n'est plus douteuse aujourd'hui. Pour M. Chéron, c'est encore par l'intermédiaire de la moelle que l'action de la diathèse se fait sentir sur l'utérus (page 69).

Cette conception des faits est certainement séduisante. Mais il ne faut jamais se laisser séduire par les apparences plus ou moins trompeuses d'une théorie, surtout dans les sciences biologiques. Aussi nous ne croyons pas nous montrer trop exigeant, en réclamant une démonstration complète des idées qui précèdent, et en faisant remarquer que c'est des faits que jaillit la lumière.

Voici, du reste, les conclusions de ce travail :

« La métrite chronique est beaucoup plus fréquente à la suite de la fausse-couche ou de l'accouchement qu'à toute autre époque de la vie d'activité sexuelle. Ce n'est pas le travail de la fausse-couche ou de l'accouchement qui seul suffit à expliquer l'établissement de l'état morbide d'où résulte la métrite chronique. Sous l'influence des causes énumérées dans ce travail, l'involution utérine s'arrête dans son évolution, agit alors comme cause irritative et favorise le développement des conditions qui produisent la métrite chronique. C'est ainsi que s'explique l'augmentation de volume, l'agrandissement souvent considérable que présente l'utérus dès le début de l'envahissement de la métrite chronique. L'involution utérine, arrêtée dans son évolution, ne conduit pas fatalement à la métrite chronique, car cette affection ne se développe que dans les organismes atteints d'affection constitutionnelle ou de diathèses. Dans le cas où l'organisme est indemne de maladie générale, l'engorgement, le renversement, l'abaissement, la flexion ou la combinaison de ces différents états sont le résultat de l'arrêt de l'involution. Les causes de la métrite chronique consécutive à l'arrêt d'involution sont donc spéciales à l'individu ; elles sont représentées par l'état diathésique. Pour empêcher le développement de la métrite consécutive à la fausse-couche ou à l'accouchement, il suffit de favoriser l'involution utérine en laissant, pendant le temps que met normalement l'utérus à revenir sur lui-même (soixante-dix à quatre-vingts jours), l'appareil utéro-ovarien dans le calme le plus complet. Cette régression peut être favorisée par de nombreux moyens thérapeutiques, au nombre desquels les décongestionnants, l'hydrothérapie, les révulsifs sur la région lombaire jouent le principal rôle. Enfin, dans ce même but, il importe de préciser qu'abandonner une femme qui vient de faire une fausse-couche ou un accouchement, se fiant à la bonne nature pour ramener l'appareil utéro-ovarien dans l'ordre normal, est une erreur grave contre laquelle on ne saurait trop réagir. »

III. En pratiquant le palper abdominal, M. Budin a rencontré plusieurs fois une douleur particulière, quoique la palpation fût modérée. En étudiant ce fait curieux, il acquit la conviction que cette douleur était produite par le passage, sous la main, de l'ovaire. Il communiqua cette opinion à la Société de biologie, et M. Chaignot vient de décrire avec détails tous les développements que comporte cette intéressante étude.

On ne peut douter, après avoir lu la thèse de M. Chaignot, de l'existence de cette douleur ovarique chez les femmes enceintes. L'auteur a fort judicieusement divisé ses observations en cinq groupes. Les deux premiers comprennent les cas de douleur ovarique gauche et droite, le fœtus étant en position O. I. C. A. et O. I. D. P.

Le troisième groupe contient trois observations des plus intéressantes. Elles relatent en effet des modifications de la position du fœtus ayant modifié parallèlement la douleur ovarique.

Dans le quatrième, la douleur ovarique n'était provoquée que pendant la contraction indolore de l'utérus. Enfin, le cinquième contient quatre observations de douleur ovarique double.

Le chapitre le plus intéressant de ce mémoire est, sans contredit, celui qui est consacré à l'étude de la sensibilité de l'ovaire. On ne doit point oublier, en effet, que Scanzoni, Lonmoigne, Puech, etc., admettent comme démontrée l'insensibilité de cet organe. Scanzoni même rattache les douleurs de l'ovarite à l'inflammation de la partie la plus rapprochée du péritoine, ou d'autres organes avoisinant.

L'ovaire, à l'état normal, est-il oui ou non sensible ? Malgré Scaglio et Boinet, nous ne le croyons pas, et nous regrettons que M. Chaignot ne nous donne pas sur ce point les idées de son maître. Nous croyons, pour l'avoir expérimenté souvent, que M. Puech a parfaitement raison lorsqu'il dit, dans son ouvrage sur les ovaires et leurs anomalies, qu'à l'état physiologique l'ovaire est généralement insensible.

Pour ce gynécologiste, lorsqu'on constate la sensibilité ovarique, c'est que l'organe n'est pas dans son état normal. On en a une preuve irrécusable dans la congestion liée à l'hémorrhagie menstruelle. Telle n'est pas, il est vrai, l'opinion du professeur Courty, qui prétend que la sensibilité normale de l'ovaire est exquise. Quant à son opinion qu'elle n'a pu être niée que par des médecins inexpérimentés, il la retirera, nous l'espérons, dans une autre édition de son long traité.

Lorsqu'il existe un état pathologique, la sensibilité de l'ovaire est excessive. Ce point n'a jamais été contesté, si ce n'est par Scanzoni, et à tort, nous nous permettons de le dire. Nous ne rééditerons pas les faits qui prouvent surabondamment les douleurs liées à l'ovulation, les douleurs ovariennes chez les hystériques, celles qui sont dues à des congestions passives, etc. Nous appellerons seulement l'attention sur un point parfaitement présenté par M. Chaignot, et qui confirme pleinement, selon nous, les conclusions de sa thèse, à savoir que, lorsque « la matrice est remplie par un fœtus presque à terme, outre la possibilité de la pression de l'ovaire, il y a, pour favoriser le développement de la douleur, une distension des vaisseaux par l'afflux sanguin, une congestion plus ou moins marquée ». Malgré l'opinion contraire de Bischoff, les travaux de Murat, Chéron, Churchill et Stoltz nous paraissent établir d'une façon péremptoire la congestion de l'ovaire pendant la grossesse. En revanche, nous ne partageons nullement les idées de M. Chaignot relativement à la sensibilité normale de l'utérus. Encore ici nous demandons des faits, et des faits bien observés.

Quoi qu'il en soit de ces divergences d'opinions, la thèse de M. Chaignot est un travail fort remarquable. Nous sommes convaincus qu'elle sera généralement appréciée, car elle est très-travaillée, et les doctrines qui y sont émises, ainsi que les faits relatés, prouvent que l'auteur a sérieusement étudié son sujet et consciencieusement pris ses observations.

Ce mémoire appelle de nouvelles recherches qui, nous l'espérons, ne se feront pas trop attendre. Dr V. DE FOURCAULD.

## CORRESPONDANCE

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

La séance de l'Académie de médecine du 19 août dernier, séance dans laquelle le fer dialysé a été l'objet d'une longue discussion, a été fort imparfaitement racontée par la plupart des journaux, qui se sont presque tous bornés à donner *in extenso* les conclusions défavorables de M. Personne, en glissant plus que légèrement sur la discussion animée qui en a suivi la lecture et dans laquelle le fer dialysé a trouvé de chauds défenseurs. Permettez-moi de vous présenter ici les choses sous leur véritable jour. Le fer dialysé a été, il est vrai, vivement attaqué par M. Personne, qui est venu continuer la campagne contre les spécialités, campagne commencée par M. Mourrut, à l'occasion des préparations de pepsine. Nous ne voulons pas rechercher quel est le mobile vrai de cette attaque. Nous sommes, certes, bien éloigné de croire que, semblable à celle de M. Mourrut, elle cache un but personnel et intéressé, et qu'elle ne cherche à déconsidérer une préparation connue que pour lui en substituer une similaire ; mais, enfin, comme l'a si bien dit le docteur Simplice dans l'*Union médicale :*

« *Le jeune pharmacien, qui a trouvé que les ferments digestifs préparés jusqu'ici ne valaient rien, a trouvé également le moyen d'en préparer d'excellents, ce que tous les médecins et malades vont apprendre ou ont déjà appris par un magnifique et élégant prospectus où les merveilleuses propriétés de la découverte sont chantées en ton majeur.* »

Mais, nous le répétons, loin de notre pensée de faire la moindre assimilation entre les mobiles qui ont poussé MM. Personne et Mourrut, et nous sommes convaincus que l'amour seul de la science a guidé le travail du premier.

Mais, ce que nous ne pouvons admettre, c'est que les journaux de tout ordre et de toute nuance qui ont reproduit si complaisamment les vives attaques contenues dans le travail de M. Personne,

qui ont souligné le trait par lequel M. Berthelot est venu à la rescousse, que ces journaux, dis-je, aient glissé si légèrement sur les protestations soulevées par ces attaques.

Ainsi M. Hardy, l'éminent professeur, est vivement intervenu dans le débat, et voici ses propres paroles :

« Peu m'importe, a-t-il dit, que le fer dialysé Bravais soit plus ou moins pur au point de vue chimique. Je veux rester sur le terrain de la clinique, et sur ce terrain un bon médicament est celui qui guérit et qui donne des succès. Or, ce que j'affirme, c'est que le fer Bravais m'a donné des succès, et je ne crains pas de le dire dans cette enceinte, quand j'ai à ordonner une préparation ferrugineuse, il en est deux que j'ordonne de préférence parce que ce sont celles qui m'ont le plus constamment réussi dans ma pratique : ce sont le tartrate de fer et le fer Bravais. »

Telles sont, Monsieur le rédacteur, les paroles que M. Hardy a prononcées dans cette séance, dont le compte-rendu, écourté à dessein, a été présenté au public sous le jour le plus défavorable au fer dialysé. Ces paroles ont été entendues par de nombreux auditeurs, et voilà pourquoi j'ai cru, dans l'intérêt de la vérité, devoir les faire connaître aux lecteurs de votre estimable journal.

R. Bravais.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 septembre 1879, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

*Au grade de médecin en chef* : M. Bonnet.

*Au grade de médecin principal* : MM. Santelli et Gailhard.

— Par arrêté ministériel en date du 12 août 1879, les aspirantes au titre d'élève sage-femme de première classe subissent un examen préparatoire portant sur les matières ci-après : 1° la lecture ; 2° l'orthographe (cette épreuve consiste en une dictée de vingt lignes de texte ; le maximum des fautes est fixé à cinq) ; 3° deux problèmes sur les quatre opérations fondamentales de l'arithmétique et portant spécialement sur les questions usuelles ; 4° notions élémentaires sur le système métrique.

Le jury de cet examen, qui est constitué par le recteur, est composé :

A Paris : du secrétaire de la Faculté de médecine ; d'un inspecteur de l'enseignement primaire et d'une inspectrice des écoles ;

Dans les départements : du secrétaire de la Faculté ; d'un inspecteur primaire et de la directrice de l'École normale primaire ou d'une institutrice déléguée à cet effet.

Les dispositions ci-dessus sont applicables aux aspirants et aspirantes au titre d'herboristes de première classe.

L'examen d'admission au titre d'herboriste de première classe comprend, indépendamment de la détermination des plantes usuelles, quelques notions élémentaires concernant le caractère de ces plantes.

Les dispositions de cet arrêté sont exécutoires à dater du 1er octobre 1879.

— Une session d'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire dans les bibliothèques universitaires ou dans les bibliothèques des Facultés des départements, s'ouvrira à Paris, le 27 octobre prochain, à la bibliothèque de l'Arsenal.

Les registres d'inscription des candidats sont ouverts au Secrétariat des diverses académies ; ils seront irrévocablement fermés le 10 octobre à quatre heures.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Anatomie descriptive et dissection,** contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 3e édition, revue et augmentée, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12, avec 1,227 figures intercalées dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, Ve Delahaye et Ce.

**Pathologie et clinique chirurgicales,** contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, Ve Delahaye et Ce.

**Manuel d'anatomie.** 2e édition du résumé d'anatomie, livre destiné aux examens et aux concours, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-18, avec 151 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Ve Delahaye et Ce.

**Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie (agenda-annuaire),** par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**De la phthisie fibreuse chronique, ses rapports avec l'emphysème pulmonaire et la dilatation du cœur droit,** par le docteur L. Bard, interne des hôpitaux de Lyon. Gr. in-8° de 140 pages avec trois planches. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

**Étude sur la syphilis héréditaire tardive,** par Victor Augagneur, docteur en médecine, interne des hôpitaux de Paris. Gr. in-8° de 128 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8659.

N° 107. — MARDI 16 SEPTEMBRE 1879. 52e ANNÉE. MARDI 16 SEPTEMBRE 1879. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

### Autopsie de pleurésie purulente : impossibilité de la guérison.

Nous avons eu hier l'occasion de faire l'autopsie d'un malade qui a succombé aux suites d'une pleurésie purulente pour laquelle nous avions pratiqué antérieurement l'opération de l'empyème. Je veux profiter de cet exemple pour en tirer un enseignement précieux. Cette autopsie a démontré, une fois de plus, que la guérison ne peut être obtenue, après l'opération de l'empyème, que si le poumon peut encore se dilater. Vous avez vu, en effet, que le poumon était tout à fait aplati contre la colonne vertébrale, qu'il n'était pas dilaté, et ne pouvait même plus se dilater, de sorte qu'il existait, entre le poumon et la paroi costale, une vaste cavité en pleine suppuration. Pour que la guérison soit obtenue après l'évacuation de la poitrine par l'ouverture large du foyer purulent, il faut que le poumon soit encore en état de remplir cette cavité pleurale en se dilatant, et de venir adhérer à la paroi thoracique, en faisant disparaître, par conséquent, la cavité primitive. Si le poumon ne prend pas des adhérences sur le feuillet pariétal de la plèvre, la cavité persistera, il restera une grande cavité purulente de la plèvre, qui continuera à suppurer sans fin. La guérison devient absolument impossible. On a dit, il est vrai, que chez les enfants la guérison peut se faire, dans la pleurésie purulente, avec conservation de la cavité pleurale ; je ne suis guère disposé à accepter cette opinion. En tout cas, chez les adultes, cela ne se passe jamais ainsi. La guérison définitive ne s'obtient que si le poumon recouvre une certaine élasticité et une perméabilité suffisante, sinon l'opération de l'empyème ne fera que retarder la mort par septicémie.

Aussi je ne saurais trop vous répéter qu'il ne faut pas se hâter de faire la thoracentèse, dans la pleurésie simplement séreuse ; c'est une opération séduisante, mais elle ne donne des résultats magnifiques que dans les cas où les sujets ne sont pas tuberculeux, et où l'épanchement ne se reproduit pas. S'il y a la moindre disposition à la suppuration, il faut prendre garde aux ponctions de la plèvre : mieux vaut attendre qu'elle ait suppuré spontanément, à moins, bien entendu, que l'épanchement, fût-il sérieux, ne menace de causer la mort du malade par asphyxie ou par syncope.

Notre malade avait été ainsi ponctionné pour un épanchement séreux, qui s'est reproduit plusieurs fois de suite, et qui, après une troisième ponction, est devenu purulent. Notons enfin que nous avons trouvé, à l'autopsie, des tubercules dans les poumons, ainsi que dans les méninges ; au niveau du tuber cinereum et des couches optiques, il existait même un point de suppuration.

### Hémorrhoïdes, anémie : hydrothérapie.

Parmi les malades du service, il en est un dont l'histoire est très-instructive, et ne doit pas être dédaignée, quoiqu'il s'agisse d'une affection connue depuis bien longtemps. Je veux parler de cet homme, âgé de quarante-cinq ans, qui présente des hémorrhoïdes. Elles sont procidentes pendant la défécation, et, en même temps, elles laissent écouler une grande quantité de sang. Le prolapsus n'est d'ailleurs pas douloureux ; les hémorrhoïdes rentrent aisément, mais cet écoulement sanguin, qui se renouvelle depuis vingt ans, a considérablement affaibli cet homme. Ce malheureux a déjà passé dans les services de bon nombre de médecins des hôpitaux, et, jusqu'à présent, on ne lui a pourtant prescrit que des traitements illusoires.

Dans des cas analogues, il existe deux moyens capitaux auxquels vous devrez toujours recourir aussitôt que les palliatifs ordinaires, perchlorure de fer, ergot de seigle, etc., sont insuffisants. C'est, en premier lieu, l'hydrothérapie, et, ensuite le traitement chirurgical. Or, dès que le malade éprouve des pertes de sang qui l'affaiblissent, il faut le traiter sans hésiter, et ne plus redouter, comme autrefois, de recourir à la chirurgie. Aujourd'hui, en effet, ce traitement n'expose plus aux dangers trop redoutés par les médecins : il est inoffensif parce que nous attaquons successivement et isolément certains points du bourrelet hémorrhoïdal.

C'est la « dissémination » de nos divers moyens d'action, cautérisation ou ligature, sur des points isolés, et en plusieurs séances, qui nous assure le succès.

Cet homme est tombé dans l'anémie la plus profonde : il est pâle, exsangue ; ses lèvres sont décolorées, ses gencives blanchâtres ; il se plaint d'étourdissements, d'anorexie, de

faiblesse générale. On entend, à la base du cœur, un bruit de souffle d'anémie. C'est d'abord à cet état général que nous devons opposer une médication efficace. C'est, comme je vous l'ai dit, par l'hydrothérapie que nous obtiendrons une reconstitution salutaire. Nous allons l'employer immédiatement, pendant vingt ou trente jours de suite, en y ajoutant un régime réparateur, vin, viande crue ; en attendant le moment opportun pour tenter une intervention chirurgicale, nous prescrirons des lavements additionnés d'eau de Pagliari. On recommande dans le même but les injections d'ergotinine. Je n'en ai pas encore essayé l'emploi, c'est pourquoi je ne puis vous donner mon opinion sur leur efficacité. Mais je ne veux pas terminer sans vous rappeler instamment un conseil qu'il faut toujours donner aux hémorrhoïdaires : recommandez-leur toujours de ne pas rester longtemps à la garde-robe. En effet, dès que les matières fécales sont expulsées, ils continuent à faire des efforts, précisément à cause de l'irritation réflexe provoquée par la chute des hémorrhoïdes ; celles-ci se tuméfient de plus en plus et saignent abondamment. Il importe que le malade les laisse ainsi le moins longtemps possible, car il est évident qu'il perdra beaucoup moins de sang en ne restant à la garde-robe que pendant cinq minutes, au lieu d'y rester une dizaine de minutes, comme la plupart des malades ont la mauvaise habitude de le faire.

---

**HOPITAL NECKER. — M. Potain.**

### Hypertrophie du cœur droit, consécutive à l'hypertrophie du foie.

Deux de nos malades sont atteints d'affections analogues.

Dans la salle Sainte-Adélaïde, nous avons trouvé une femme qui a un gros foie et un cœur volumineux.

Le cœur présente une hypertrophie seulement dans les cavités droites qui sont dilatées; mais il n'y a pas de lésions d'orifices. L'hypertrophie des parois du cœur droit est probable, parce que l'intensité des bruits du cœur droit est considérable : c'est ce caractère qui nous permet d'affirmer l'hypertrophie : toutefois il est difficile de juger de cette intensité, on ne le peut guère que par le siège particulier de ces bruits.

Or le premier bruit est sourd à la pointe du cœur ; au contraire, quand on se rapproche du sternum, on l'entend avec un timbre éclatant : donc ce bruit vient du cœur droit, où il est exagéré, tandis que, dans le cœur gauche, il est à peine normal.

Un autre caractère de ce bruit est sa dureté, ce qui indique l'énergie de la contraction du ventricule droit.

Le deuxième bruit est faible sur le trajet de l'aorte, tandis que sur le sternum, vers le deuxième espace intercostal gauche, il est dur, éclatant. C'est encore le même phénomène que pour le premier bruit : le deuxième bruit est normal dans le cœur gauche, tandis que, dans l'artère pulmonaire, il est fort exagéré. C'est donc encore une preuve de l'hypertrophie du cœur droit.

Cette hypertrophie du cœur droit peut se produire dans des circonstances diverses, comme l'obstacle au cours du sang peut naître de conditions très-variables ; il peut venir tantôt des poumons, tantôt du cœur gauche. Y a-t-il ici une entrave à la circulation pulmonaire, une sclérose pulmonaire, une pleurésie de l'emphysème pulmonaire, etc.? Cette femme ne toussait pas avant d'être malade ; elle s'enrouait un peu, et c'est tout. L'emphysème n'est pas non plus à mettre en cause : elle présente tout au plus l'emphysème qu'on rencontre ordinairement chez tous les gens de son âge, mais il n'a rien d'exagéré.

Du côté du cœur gauche, trouverons-nous des lésions qui expliquent l'hypertrophie du cœur droit? Non encore : le cœur gauche est sain, les bruits du cœur ne sont pas intenses, mais ils sont nets; le pouls est régulier, un peu mou ou dépressible, et un peu brusque.

Il faut d'ailleurs bien se rappeler que l'intensité des bruits cardiaques est absolument relative : un bruit du cœur ne nous paraît très-intense que parce qu'il est seul : les bruits normaux du cœur nous paraissent, dans l'état ordinaire, être d'une intensité considérable; il suffit d'un souffle pour les faire disparaître ; il faut donc s'habituer à ne pas leur chercher une grande intensité pour les déclarer normaux.

Nous n'avons donc ici aucune des causes ordinaires de l'hypertrophie du cœur droit : ni gêne de la circulation pulmonaire, ni maladie du cœur gauche.

Corvisart autrefois l'attribua à des émotions morales. Bouillaud rapporta des cas d'hypertrophie du cœur droit à des lésions inflammatoires de l'endocarde. Mais ici nous n'avons pas de traces ni de péricardite ni d'endocardite. Nous sommes donc en présence d'une forme où l'étiologie classique nous fait défaut.

Quand on rencontre une hypertrophie du ventricule gauche, on recherche une lésion des reins; quand c'est une hypertrophie du ventricule droit, on songe à tout ce qui appartient aux lésions de la circulation pulmonaire. L'histoire de notre malade sort de ces catégories.

Elle n'a jamais eu de fatigues bien grandes ; elle ne s'est pas livrée à un travail excessif. Mais elle est mariée à un homme qui est buveur et qui n'a pas un caractère bien conciliant : chaque retour au logis est le signal de querelles et d'irritations dans le ménage. Sous cette influence, cette femme a éprouvé des troubles des voies digestives, des maux d'estomac. Dans des situations analogues, souvent la femme se console en imitant l'exemple de son mari, et en se livrant, elle aussi, à l'alcoolisme : toutefois elle ne paraît pas avoir pris ce genre de vie, et elle ne présente pas d'apparences d'alcoolisme.

Elle a subi des causes plus capables de l'amener dans l'état où elle se trouve : les chagrins domestiques ont produit un notable degré d'hypochondrie. Or l'hypochondrie favorise facilement le développement des affections du foie. Précisément ici, nous trouvons un foie très-volumineux : il mesure 19 centimètres sur la ligne mammaire, et 13 centimètres sur la ligne médiane.

La malade n'a pas eu d'ictère ; c'est une hypertrophie du foie, d'une nature assurément difficile à déterminer : mais ce n'est pas simplement de la congestion hépatique.

Une nouvelle question se pose ici, très-importante à résoudre : l'hypertrophie du cœur est-elle consécutive à l'hypertrophie hépatique, ou bien, réciproquement, celle-ci est-elle consécutive à l'hypertrophie cardiaque ?

On ne peut guère admettre que la lésion cardiaque ait amené l'hypertrophie du foie, car toute la circulation se fait assez bien ; les orifices sont libres. Pour produire un tel gonflement par ce mécanisme, il faudrait une gêne de la circulation très-considérable, ce qui n'est pas ici.

D'ailleurs il existe des troubles digestifs anciens, tandis

que les troubles cardiaques ne remontent pas aussi loin : sans avoir des preuves exactes de cette succession, nous pouvons admettre, par exclusion, que l'hypertrophie du foie consécutive aux diverses causes exposées est la cause probable de l'hypertrophie du cœur droit.

Il en est de même chez l'homme que nous venons aussi d'examiner. Le foie a été primitivement malade, et cette lésion a eu son retentissement sur le fonctionnement du ventricule droit. Quand il y a eu maladie hépatique, le trouble cardiaque a existé, et, dès que l'affection hépatique a disparu, le trouble cardiaque a aussi disparu. Cet homme a présenté de l'ictère : pendant l'ictère, est survenue une insuffisance tricuspide, qui a cessé d'exister en même temps que l'ictère. C'est donc là un trouble seulement fonctionnel qui pourrait entraîner des lésions permanentes s'il persistait pendant un certain temps.

Chez cet homme, le cœur est volumineux, la pointe est déviée en dehors ; le premier bruit est exagéré au niveau du sternum, où parfois, au lieu d'élection des bruits tricuspidiens, on perçoit un souffle d'insuffisance tricuspide. De même, au niveau de l'artère pulmonaire, nous avons constaté une accentuation exagérée du deuxième bruit.

Encore ici, à l'hypertrophie du cœur droit, nous ne trouvons pas d'étiologie vraisemblable autre que la maladie du foie.

Cet homme est un fervent alcoolique ; il boit huit ou dix litres de vin par jour, sans compter les verres d'eau-de-vie du matin et les verres de rhum dans la journée. On pourrait être tenté de rapporter à l'alcoolisme la modification du cœur droit ; mais il faut noter que l'alcoolisme agit beaucoup plus généralement sur le ventricule gauche ; la question ne peut donc être tranchée sans hésitation.

Il paraît vraisemblable que, dans les deux cas que nous avons observés, c'est à l'hypertrophie du foie qu'il faut rapporter la modification du cœur droit ; c'est là une théorie qui ne rentre pas dans les doctrines établies, et ces deux faits, s'ils étaient seuls, ne prouveraient pas grand'chose. Mais j'en ai déjà observé d'autres analogues ; il m'a semblé utile d'attirer votre attention sur ces considérations : accumulons les faits, plus tard nous pourrons en dégager une doctrine plus rigoureuse.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

### Des gommes syphilitiques (1).

II

Le tableau du type classique des gommes syphilitiques n'est pas toujours tel que nous l'avons décrit ; il présente souvent des variétés qu'il importe de connaître.

1° *Variétés de symptômes.* En dehors des symptômes purement objectifs que nous avons attribués à la gomme syphilitique, on observe souvent des symptômes fonctionnels qui s'ajoutent à la symptomatologie chirurgicale de la lésion. On comprend que, par leur situation sur des parties mobiles, à la main, etc., les gommes rendent certains mouvements difficiles. Celles qui siègent à la région sous-maxillaire gênent la mastication, et même la déglutition et la respiration. De même les gommes qui se développent sur le cuir chevelu, aux points où se pose la coiffure, présentent des incommodités très-désagréables.

(1) Fin. — Voir le numéro du 11 septembre 1879.

De même celles qui occupent la paupière supérieure, comme j'en ai vu, ayant la forme de trois petits haricots, obligeant le malade à tenir la paupière toujours abaissée. Un autre de mes malades portait sur le dos de la verge une gomme présentant le volume et la forme d'une belle datte : pour échapper aux plaisanteries de plusieurs dames, il me réclamait instamment une opération ; l'iodure de potassium la rendit inutile.

Les gommes qui siègent au contact de filets nerveux causent des douleurs remarquables par leur intensité : elles amènent même des troubles moteurs et de véritables parésies. Ricord a ainsi vu une gomme sous-cutanée de l'aine déterminer des névralgies crurales intenses ; j'ai vu une autre gomme, comprimant le nerf cubital, produire de très-violentes douleurs dans l'avant-bras, et sur les deux derniers doigts de la main, suivant la distribution anatomique exacte de ce nerf cubital.

Nélaton a observé des gommes de l'aisselle produisant, dans un cas un état variqueux des veines du bras, dans un deuxième cas des douleurs névralgiques intenses dans le bras, l'avant-bras et les doigts ; dans un troisième cas, des troubles parésiques assez manifestes pour que la malade, une repasseuse, n'ait pu serrer aucun objet dans ses mains, ni même saisir son fer à repasser.

Nélaton a aussi vu une gomme plantaire qui causait une douleur absolument intolérable dès que le malade appuyait le pied sur le sol : l'iodure de potassium fit disparaître la tumeur, et par conséquent ces douleurs, en quelques semaines.

2° *Variété de nombre.* Dans les cas les plus habituels, on compte une, deux, quatre gommes au plus. Il est infiniment moins commun d'en trouver cinq à huit ; il est bien plus rare encore d'en trouver neuf à douze : à ce chiffre, il y a lieu d'être surpris autant qu'effrayé de cette véritable diathèse gommeuse. Cette multiplicité peut présenter deux formes : les gommes peuvent être multiples, mais avoir le même siège, ce sont les *gommes en bouquet ;* ou bien elles peuvent avoir des sièges différents, ce sont les *gommes disséminées.*

Les gommes en bouquet se trouvent étagées sur le cou, par exemple, comme chez le malade que je viens de vous montrer dans les salles : on en a vu quatre sur la tête, six sur le rachis.

Les gommes disséminées sont éparpillées : j'ai vu une malade de Lourcine qui portait onze gommes ainsi réparties : quatre à la tête, trois aux jambes, deux à l'avant-bras, une à la main, une sur l'épine dorsale. Cependant les gommes peuvent être plus multipliées encore ; on en a compté quinze, trente-cinq, cinquante (Cazenave). Lisfranc a publié, dans le *Bulletin de thérapeutique* de 1845, l'observation d'un malade qui portait *cent soixante* tumeurs gommeuses sur les bras et les cuisses, et ayant le diamètre d'une noix à celui d'une petite poire. Après huit mois, le traitement à l'iodure de potassium avait réduit ce nombre au chiffre raisonnable de quarante.

3° *Variétés de volume.* En général, la gomme a la grosseur d'une petite noix ; assez souvent elle atteint celui d'un œuf de poule, quelquefois celui d'un œuf de dinde. En quelques cas, ces limites ont été dépassées : j'ai présenté une gomme de la cuisse ayant acquis le volume d'une tête de fœtus à terme, au minimum (Société des hôpitaux). Le docteur Maindeville a publié l'observation d'une gomme qui oc-

cupait toute la face s'étendant de l'orbite au cou, au nez et à la nuque. Quoique ces formes soient rares, il est important de les connaître, pour ne pas les confondre avec les cancers.

4° *Gommes en nappes.* Les gommes ont parfois l'aspect d'une tumeur étalée en galette, s'étendant sur une large surface, avec une épaisseur proportionnellement minime.

Ces gommes représentent une tumeur étalée, mesurant au minimum quelques centimètres carrés, quelquefois 15 ou 20 centimètres de longueur sur 6 ou 8 de largeur, avec une épaisseur de 1 ou de 2 centimètres au plus.

Mais toutes ces variétés ont la même évolution, la même symptomatologie, la même structure que celle que nous avons décrite. Signalons-en seulement deux particularités : 1° lorsqu'une gomme en nappe est assez considérable, elle est, en des points différents, à des âges différents de son évolution. On la trouve ici ulcérée, là ramollie, ailleurs seulement à sa période de crudité ; 2° en raison de sa grande surface, cette gomme tend à s'ouvrir sur plusieurs points à la fois : on voit deux, quatre ulcérations, qui tantôt sont indépendantes, tantôt se fusionnent en une seule. Ces cas sont plus rares que les formes ordinaires, mais on les observe, cependant, plus spécialement à la jambe et au cuir chevelu.

*Complications.* Elles ne sont pas communes, surtout pour les gommes cutanées, à moins que l'incurie et la négligence des malades ne les rendent inévitables. Elles sont de plusieurs ordres. Les plus fréquentes sont relatives à l'évolution de l'ulcération gommeuse en tant qu'ulcérée. Si une gomme n'est pas traitée, elle persiste indéfiniment : quelques malades, d'une négligence impardonnable, nous en donnent souvent la triste démonstration : l'an dernier encore, nous avons vu un scrotum complètement dépouillé par une gomme durant depuis huit ou neuf mois, sans que le porteur s'en fût occupé. Comme tout ulcère, l'ulcère gommeux peut s'enflammer, s'irriter, produire des décollements, être pris d'érysipèle, envoyer des fusées purulentes, etc.

L'ulcère gommeux peut devenir extensif progressivement, comme toutes les ulcérations syphilitiques qui sont susceptibles de phagédénisme.

Les gommes peuvent produire des complications importantes par leur retentissement sur les tissus voisins : au cuir chevelu, elles gagnent le péricrâne et amènent des lésions osseuses, des caries, etc. La gomme, décrite par Mandeville, arriva au voisinage de la clavicule, provoqua une carie de l'articulation sterno-claviculaire, et mit la plèvre à nu ; le malade succomba.

Enfin, elles ont des complications posthumes, pour ainsi dire. Car, après l'ulcération et la cicatrisation, est-on sûr que tout est fini ? Pas du tout : quelques semaines ou quelques mois après, l'ulcère se rétablit parfois sur la cicatrice même, absolument identique à la première ulcération gommeuse, que l'on croyait à jamais disparue. Dans ces cas, la cicatrice rougit, se tuméfie, s'épaissit ; on dirait que la gomme primitive a ressuscité. Ces cas sont rares, nous n'en avons guère l'explication. Mais, pour rester inconnus dans leur essence, ces processus n'en sont pas moins authentiques.

*Diagnostic.* Il repose sur trois ordres de considérations : 1° la notion des antécédents ; 2° les accidents concomitants ; 3° les caractères propres de la lésion.

Il est inutile d'insister sur les deux premières propositions ; arrêtons-nous un peu sur la troisième. Par elle-même, la gomme syphilitique présente-t-elle des caractères pathognomoniques ?

Non, sans doute, mais elle se distingue particulièrement par ces deux faits : 1° par le fait anatomique qui lui est propre, l'existence d'un bourbillon ; 2° par son évolution propre. Si chacun de ses caractères n'est pas spécial en soi, du moins l'ensemble pathologique qu'ils constituent est absolument spécial à la gomme, et suffit pour la désigner. Il n'y a que la gomme qui est constituée par une tumeur primitivement solide, se ramollissant ensuite à la façon d'un abcès, s'ouvrant, s'ulcérant largement, expulsant un bourbillon, puis se cicatrisant comme nous l'avons décrit dans la leçon précédente.

Si l'on connaît bien ces caractères, il n'est pas besoin d'insister sur le diagnostic différentiel. La gomme syphilitique, à une époque déterminée, a une ressemblance assez notable avec diverses maladies, carcinome, scrofule ou tuberculose, etc. ; mais, par l'ensemble de son évolution, par la marche clinique, elle s'en différencie d'une façon considérable.

Ne nous occupons que de deux points spéciaux, qui peuvent être la cause de difficultés véritables.

A. Faire le diagnostic entre la *gomme scrofuleuse* et la *gomme syphilitique.*

Les gommes scrofuleuses sont des lésions encore peu connues, si l'on en juge par le silence de la plupart des pathologistes. Cependant ce sont des lésions qui se présentent de temps à autre à notre observation. Il est actuellement incontestable que, chez des sujets scrofuleux, il se développe certaines tumeurs qui, par l'ensemble de leurs caractères, se rapprochent de la gomme syphilitique. Nées dans le tissu cellulaire sous-cutané, elles se développent absolument indolentes ; solides d'abord comme des ganglions, elles se ramollissent plus tard, se crèvent et s'ulcèrent, puis enfin aboutissent à une ulcération creuse, fortement entaillée sur ses bords.

Comment les distinguer des gommes syphilitiques ?

1° D'une façon générale, les lésions scrofuleuses ont une évolution plus lente : elles se constituent lentement, s'ulcèrent lentement ; elles ont une marche à pas comptés. Leur évolution totale est donc infiniment moins hâtive que celle des gommes syphilitiques.

2° Après son ramollissement, la gomme scrofuleuse n'élimine pas de bourbillon charnu, compact ; elle élimine une masse liquide, chargée de détritus, de grumeaux solides, éléments de bourbillon, mais qui sont dissociés, fragmentés, égrenés ; cela a beaucoup plus d'analogie avec un abcès froid qu'avec la gomme syphilitique.

3° Les gommes scrofuleuses s'ulcèrent moins complètement que les syphilitiques : elles ont souvent un, deux, trois petits cratères, qui ne s'élargissent plus ; c'est un soufflet fistuleux, tandis que la gomme syphilitique met tout son fond à découvert.

4° Lors même que la gomme scrofuleuse s'ouvre complètement, elle se différencie encore : *a.* parce qu'elle est moins régulièrement circulaire ou circinée que la gomme syphilitique ; *b.* parce que ses bords sont moins abrupts, moins découpés, parce que ses bords sont décollés, flottants, laissant au-dessous d'eux une rigole, sous les décollements de la peau, par laquelle on arrive à faire communiquer entre eux les orifices d'ouverture ; jamais la syphilis ne présente ces

trajets fistuleux : la gomme syphilitique a ses bords adhérents, non décollés, sous lesquels on ne peut jamais faire passer un stylet. C'est là un caractère auquel nous tenons beaucoup dans cet hôpital, et qui nous a déjà servi pour différencier exactement des cas difficiles.

5° Le fond des gommes scrofuleuses, au lieu d'être bourbillonneux et escharifié comme celui des gommes syphilitiques, prend, après quelque temps, un aspect rouge, fongueux, végétant, mollasse.

6° L'auréole de l'ulcère syphilitique est d'un brun foncé, d'un rouge foncé; celle de l'ulcère scrofuleux est presque invariablement violacée, teintée de bleu.

7° Si tous ces signes ont une importance indéniable, on sera encore plus directement instruit par les considérations générales tirées des antécédents, des accidents concomitants, de la constitution et du tempérament.

B. En dépit de cette richesse d'éléments de diagnostic, il est des cas où il reste douteux, même pour les plus experts, pour ceux qui, par métier, vivent avec la scrofule et la vérole. Là où les maîtres de l'art, les Ricord, les Bazin, hésitent et s'avouent impuissants à résoudre ces problèmes, nous avons bien le droit de poser cette règle de pratique : quand on sera dans le doute, il faudra instituer le traitement antisyphilitique, qui sera le critérium du diagnostic ; administrer l'iodure de potassium : s'il a une influence curative manifestée par l'intensité d'action et la rapidité de l'amélioration, alors on est autorisé à dire que c'est de la vérole. Si l'action est lente, chétive, misérable, on conclura à la scrofule contre la syphilis.

*Pronostic.* Les gommes sont d'un pronostic peu grave, sauf l'inconvénient des suppurations prolongées, de la perte de substance, etc., qu'elles entraînent. Mais elles deviennent graves parfois par les accidents de voisinage, par leur nombre ; enfin, elles sont surtout graves parce qu'elles attestent la phase tertiaire de la vérole. Si l'on trouve une à trois gommes, cela ne prouve pas autre chose que la manifestation des accidents tertiaires de la syphilis; mais les gommes multiples dénotent une tendance fâcheuse de la syphilis à produire des réactions graves sur l'organisme. Quand elles se succèdent, il faut s'attendre à une syphilis qui va donner de rudes assauts au malade, et même l'exposer à la mort par la cachexie syphilitique.

*Traitement.* Disons d'abord ce qu'il ne faut pas faire ; c'est très-important à établir.

1° Il ne faut pas chercher à enlever les gommes, à les opérer par quelque procédé chirurgical que ce soit.

2° Il ne faut pas les ouvrir, alors même que la fluctuation est manifeste et dénote leur complet ramollissement. Même à cette période, elles peuvent encore se résorber. Évidemment, si elles étaient la cause de troubles fonctionnels, si la rupture était imminente, etc., on pourrait les ouvrir.

Voyons maintenant ce qu'il faut faire.

1° La première règle est d'administrer, séance tenante, l'iodure de potassium, et à bonnes doses, non par 50 centigrammes ou 1 gramme à 1g,50, mais à la dose de 3 ou *4 grammes:*

L'iodure de potassium, dans ces cas, a une action surprenante, véritablement merveilleuse; il est sans égal dans la thérapeutique : aucun médicament ne fait, pour aucun tissu, ce que fait l'iodure de potassium sur les gommes syphilitiques. Des gommes de moyen volume, et même de grosseur excessive, disparaissent par ce traitement. Ainsi la gomme que j'ai présentée à la Société médicale des hôpitaux; ainsi le cas observé par Mandeville.

Il est rare que l'on soit obligé d'appeler le mercure à son secours : on ne doit employer le mercure que : 1° contre les gommes précoces ; 2° contre les gommes rebelles.

Terminons par quelques conseils sur le *traitement local.*

Pendant la première et la deuxième période, le traitement local n'a qu'une influence très-secondaire. On a proposé les frictions mercurielles, l'iodure de potassium, les badigeonnages de teinture d'iode, les vésicatoires. Tous ces procédés n'ont pas une valeur exacte bien déterminée, car, en même temps, on donne à l'intérieur l'iodure de potassium, à qui, sans doute, revient la plus grande part de la guérison.

Mais, quand la gomme commence à s'ouvrir, il est utile de prescrire une hygiène appropriée, des bains, des cataplasmes émollients, puis les injections détersives dans le cratère de la gomme. Plus tard, lorsque le fond de l'ulcère est à découvert, on le panse comme une plaie ordinaire.

Pour ce pansement, on a vanté toutes sortes de topiques, notamment l'iodoforme. *Rien ne vaut :* 1° le badigeonnage quotidien avec la *teinture d'iode;* 2° un simple pansement occlusif au taffetas de Vigo.

C'est là le résultat de notre expérience commune, et l'assentiment général de mes collègues en est la preuve la plus manifeste.

Enfin, quand la guérison de la gomme est obtenue, la tâche du médecin n'est pas accomplie. Il ne doit pas oublier que l'apparition de la gomme atteste la période tertiaire de la syphilis, qu'elle est disposée à renaître *in situ* ou ailleurs. Il doit surveiller attentivement son malade, et lui faire continuer le traitement antisyphilitique.

---

## OPHTHALMOLOGIE.

### Épicanthus traumatique. — Épicanthus congénital.

(Observations recueillies par le docteur Albert René, ancien interne des hôpitaux de Nancy.)

I. Pendant le mois de mars 1877, le nommé Charles M..., âgé de dix-sept ans, ouvrier aux forges de Champigneulles, à la suite d'une fausse manœuvre d'un de ses camarades, a été frappé fortement par l'extrémité d'un rail de fer; la blessure a occupé la région de l'os malaire du côté droit, au niveau de sa portion moyenne et la plus proéminente. Elle décrit une demi-circonférence en partant de cette région dès l'angle interne de l'œil et la racine du nez. A la joue la plaie s'est cicatrisée rapidement. La cicatrisation n'a été terminée que vers la fin du mois d'avril; le tissu cicatriciel se rétractant de plus en plus, l'épicanthus s'est développé progressivement jusqu'au moment où le malade, gêné considérablement, vient à la clinique ophthalmologique de Nancy, service de M. Monoyer, le 14 mai 1877.

Nous constatons alors, à l'œil droit, un épicanthus bien prononcé. Le repli semi-lunaire occupe la portion interne de la commissure des paupières et la portion du globe oculaire correspondante, et mesure environ un demi-centimètre sur sa plus grande étendue. Ce repli a exactement la forme classique d'un petit croissant : une face antérieure et une face postérieure, avec un bord aminci.

Tout le repli est constitué par du tissu cicatriciel.

Cette difformité gêne considérablement le malade pour la vision; c'est ce qui l'a déterminé à accepter une opération.

Le jour même, M. Monoyer excise un croissant de ce tissu cicatriciel, en se servant de ciseaux courbes, de façon à découvrir la

commissure interne des paupières. Toute la portion excisée est constituée par du tissu cicatriciel, dur, élastique et rétractile.

M. Monoyer réunit ensuite les deux lèvres de la plaie avec trois sutures. L'écoulement du sang a été insignifiant.

Lorsque les sutures sont appliquées, le repli a disparu complètement et l'angle interne de l'œil est bien dégagé.

Le 16 mai, enlèvement des trois points de suture, la réunion est nette et complète, il n'y pas eu de suppuration.

L'aspect extérieur est très-satisfaisant. Le malade sort le même jour de l'hôpital.

Plusieurs mois après, on apprend, par un de ses camarades, que le résultat de l'opération s'est complètement maintenu, et que la difformité n'a pas reparu.

II. Au mois de juillet 1879, se présente à la clinique de M. de Wecker le nommé Maurice X..., âgé de six ans et demi, atteint d'un épicanthus traumatique de l'œil droit. Un an auparavant, cet enfant, en regardant travailler des ouvriers, a reçu un coup de pioche du côté de l'œil droit qui, fort heureusement, et on ne sait trop comment, a été préservé. L'enfant a été conduit à l'hôpital Lariboisière, où on lui a suturé la plaie du front au-dessus de l'œil, ainsi que la plaie de la paupière inférieure vers l'angle interne de l'œil. C'est la rétraction des deux cicatrices en forme de demi-cercle interrompu au niveau de l'angle interne de l'œil, qui a produit, précisément en ce point, un épicanthus d'une étendue considérable.

M. de Wecker pratique l'incision d'un lambeau cutané en forme de V, à chaque extrémité du repli, puis il applique trois sutures dans une direction oblique, direction dans laquelle l'aspect normal paraît ici le mieux rétabli.

Les sutures sont enlevées quatre jours après et la guérison est complète.

III. Quelques jours après nous avons l'occasion d'observer à la même clinique deux exemples d'épicanthus congénital. La nommée Élisa M..., âgée de vingt-trois mois, est amenée par son père; elle est atteinte d'un épicanthus congénital double; cet épicanthus est très-marqué; le repli mesure au moins un demi-centimètre de largeur aux deux yeux. L'état est à peu près resté le même depuis la naissance. Le nez est très-aplati et rappelle absolument le type mongol.

En raison du jeune âge de l'enfant, on s'abstient de toute opération, car la croissance corrige le plus souvent cette petite difformité. On recommande aux parents de presser souvent entre les doigts la racine du nez.

Cet exemple est intéressant au point de vue de l'hérédité, car le père, qui amenait son enfant à la consultation, présentait la même anomalie, mais seulement du côté droit. L'épicanthus était assez saillant pour que nous l'ayons remarqué au premier examen; cependant cet homme ne s'en était jamais aperçu, et il fut fort étonné quand on lui demanda s'il connaissait d'autres antécédents héréditaires.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Artérite cérébrale syphilitique; hémorrhagie méningée. Mort subite.** — Un employé de commerce, âgé de vingt-neuf ans et demi, entra le 4 novembre 1878 dans le service de M. Lecorché, pour des accidents syphilitiques. Il avait eu un chancre induré au mois de mars 1878, puis roséole, syphilides papuleuses; à partir du mois de juin, plaques muqueuses siégeant à la gorge, à l'anus et aux bourses. Les plaques muqueuses de la gorge ont persisté jusqu'à son entrée à la Maison de santé.

Le malade accuse une céphalalgie opiniâtre, des vertiges, de la diminution de la mémoire et de la gastralgie. Le traitement mixte fut institué, et on avait déjà obtenu la disparition des syphilides papulo-squameuses. Mais le malade se plaignait toujours de maux de tête et de crises gastralgiques. Le 23 décembre, l'avant-veille du jour où il devait quitter l'hôpital, et quelques minutes à peine après la visite où il avait causé comme d'habitude, il tomba soudain de sa chaise, frappé d'un ictus apoplectique; la mort fut instantanée.

A l'autopsie, on découvrit une vaste hémorrhagie méningée de la base, occupant toute la partie médiane protubérantielle et bulbaire, se prolongeant en haut dans les scissures de Sylvius de chaque côté et dans le quatrième ventricule, en bas dans le canal rachidien. La carotide interne du côté gauche était le siège d'un épaississement très-considérable d'aspect puriforme et de la grosseur d'un pois; un noyau beaucoup moins accusé existait sur la carotide interne droite, également au niveau de sa bifurcation. En deçà de l'épaississement indiqué existait un amincissement des parois qui étaient déchiquetées et qui était fort probablement le point où avait eu lieu la rupture. En effet, ce point qui correspond à l'entrée de la carotide dans le crâne a dû céder et se rompre spontanément au moment de l'extraction du cerveau.

L'examen histologique démontra qu'il y avait une inflammation très-nette des tuniques artérielles, et au point de la rupture une production de bourgeon de nouvelle formation, bourgeon friable à tel point qu'il était hémorrhagique. Ce fait de la structure embryonnaire des parois artérielles explique la rupture facile du vaisseau.

Cette observation présente un grand intérêt, car, s'il est vrai que plusieurs observateurs, tant Français qu'étrangers, aient noté des lésions artérielles chez les syphilitiques (artérites et même dilatations anévrysmales), il n'existe qu'une seule observation (Blachez, 1862) très-analogue à celle-ci, tant au point de vue des symptômes cliniques observés qu'au point de vue des lésions anatomiques. L'hémorrhagie avait le même siège, la lésion portait sur le tronc basilaire qui présentait un épaississement très-limité avec rupture à son niveau. (*Progr. méd.*)

**Traitement du zona** — Le zona est une affection dont on ne saurait enrayer la marche. Mais on peut soulager les malades et prévenir les complications. Il n'y a rien à faire comme thérapeutique générale. La médication est toute locale.

L'indication principale consiste à ménager l'épiderme; en conséquence, il faut bien se garder, dans la période aiguë de la maladie, d'appliquer des cataplasmes ni de faire prendre des bains. Ces moyens auraient pour effet infaillible d'amener la rupture des vésicules. C'est pour la même raison qu'il faut empêcher les malades de se gratter. Que dire donc d'un traitement jadis conseillé, qui consistait à frotter la partie avec une brosse de chiendent pour déchirer violemment les vésicules?

Le topique dont M. Hardy a le plus à se louer est le suivant :

| | |
|---|---|
| Poudre d'amidon . . . . . . . . | 40 grammes. |
| Oxyde de zinc. . . . . . . . . . | 10 — |

Il faut largement saupoudrer la partie avec cette poudre qu'on maintient au moyen d'une couche d'huile ou avec de la pommade de concombre. Le tout est recouvert d'une épaisse couche de ouate. Ce topique calme la douleur qui, en outre, doit être combattue comme toute névralgie à l'aide du sulfate de quinine.

Lorsque la douleur prive de sommeil, on peut administrer une pilule de 0g,025 d'opium, 1 ou 2 grammes de chloral. On peut aussi pratiquer des injections avec 0g,01 de chlorhydrate de morphine. Ces injections doivent être répétées aussi longtemps qu'il est nécessaire. C'est le meilleur moyen de dominer les douleurs et de vaincre l'insomnie.

Pour porter remède aux ulcérations blafardes et rougeâtres, il convient, à cette période de la maladie, d'avoir recours aux cataplasmes de farine de riz et de fécule de pommes de terre. Contre la gangrène, il faut instituer le traitement par les toniques, laver les plaies avec de l'eau phéniquée, avec une solution de chlorure de sodium, avec l'alcool camphré. A l'intérieur, recourir au vin et aux alcooliques. (*Rev. de thér. méd. chir.*)

Nous avons vu, à l'hôpital Saint-Louis, M. Vidal traiter ou plutôt arrêter le zona par les applications de collodion qui fait avorter les vésicules dans les deux ou trois premiers jours. Arrivé au qua-

trième ou cinquième jour, il ne faut plus appliquer le collodion, sinon la vésicule se creuse et s'ulcère au-dessous du collodion.

Lorsque le zona a dépassé les deux premiers jours, le traitement véritable doit être appliqué. M. Vidal emploie alors une pâte faite avec de l'amidon et du baume tranquille.

**Étude expérimentale sur le traitement de la colique hépatique.** — M. Laborde résume ainsi les résultats auxquels l'ont conduit ses expériences de physiologie appliquée à la thérapeutique sur la question de la colique hépatique :

1° Les conduits excréteurs biliaires sont doués de contractilité, et peuvent par conséquent entrer dans un état spasmodique sous l'influence d'une excitation directe ou indirecte ; cette contractilité est de la nature de celle des fibres musculaires lisses de la vie organique, et l'existence de ces fibres dans les parois desdits conduits est démontrée par l'anatomie histologique, parfaitement d'accord ici avec la physiologie expérimentale.

2° La muqueuse de ces mêmes conduits est douée d'une sensibilité très-vive, sensibilité se traduisant à la fois, sous l'action d'excitants plus ou moins intenses, par l'impression et l'expression douloureuses, et par des phénomènes réflexes dont la manifestation immédiate est le spasme des canaux.

3° Ces phénomènes sont particulièrement déterminés par la présence et le contact de corps étrangers (calculs biliaires), dont la migration spontanée est par cela même rendue très-difficile, et ne s'accomplit, lorsqu'elle a lieu, qu'après un temps plus ou moins long, avec cette particularité que ces corps peuvent remonter vers et dans la vésicule biliaire.

4° Les médicaments dits *anesthésiques* et *antispasmodiques* sont les mieux appropriés au traitement de cet état morbide, dont il est facile de réaliser expérimentalement les conditions mécaniques.

5° Ces médicaments, notamment la *morphine*, le *chloroforme*, l'*hydrate de chloral*, agissent en exerçant à la fois une influence anesthésiante et paralysante, d'où résultent la cessation de l'état spasmodique, la distension des conduits et l'accumulation du liquide biliaire qui agit sur le corps étranger à la façon d'une *vis à tergo*, et le pousse vers l'intestin.

6° L'association du chlorhydrate de morphine avec le chloroforme ou avec l'hydrate de chloral, c'est-à-dire l'administration simultanée de ces agents médicamenteux, constitue le moyen le plus puissant d'obtenir les résultats dont il s'agit, savoir : l'insensibilisation des conduits biliaires, partant l'empêchement de l'impression douloureuse, et l'influence favorable sur la migration et la sortie rapide des corps étrangers. (*Trib. méd.*)

**Les déviations menstruelles.** — Voici les conclusions d'un mémoire de M. Rouvier sur cette question :

1° Les déviations menstruelles peuvent survenir chez toutes les femmes ; 2° la déviation se rattache toujours à une cause que l'on doit rechercher. Son pronostic est variable suivant son origine ; 3° quand il y a atrésie des organes génitaux ou arrêt de développement de l'utérus, la déviation pourra se faire par un organe quelconque ; 4° en dehors de ces cas, la déviation aura pour sièges principaux : un organe malade, un organe guéri depuis peu d'une maladie, un organe qui est le siège d'un travail physiologique intense, mais non permanent ; 5° chez les personnes hystériques ou d'une sensibilité nerveuse exagérée, la déviation n'aura pas de lieu d'élection particulier ; 6° quand la déviation se fera sans raison apparente par le poumon, le sein ou l'estomac, on devra redouter une affection diathésique ; 7° la déviation doit être, en général, considérée comme un état morbide et nécessite l'intervention médicale et un traitement local ou général. (*Marseille méd.*)

---

Par décret en date du 30 août 1879, MM. les docteurs Kablé Dubois, Blot et Belleau, ont été promus au grade de médecin-major de deuxième classe.

— M. le docteur Bonnafont vient de recevoir de S. M. le roi de Portugal la croix de commandeur de l'ordre de Notre-Dame de la Conception de Villa-Graciosa.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Charles Garcin, médecin des hôpitaux de Marseille, décédé le 10 septembre dernier, à l'âge de trente-quatre ans, et celle de M. le docteur Henri van Holsbeck (de Bruxelles).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8665.

Nº 108. — JEUDI 18 SEPTEMBRE 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 18 SEPTEMBRE 1879. — Nº 108.

**Ce journal paraît trois fois par semaine**
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

**Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57**
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Honneurs comme noblesse obligent. En présence d'un ordre du jour à peu près vide, le président de l'Académie, M. H. Roger, s'inspirant de cette devise et de l'exemple donné par quelques-uns de ses prédécesseurs, notamment par son ancien ami Barth, de regrettable mémoire, a payé de sa personne. Devant les rares collègues qui veulent bien sacrifier les charmes de la villégiature à l'accomplissement de leurs devoirs d'académiciens, il a donné lecture d'une très-bonne étude clinique sur un point intéressant de pathologie infantile, sur l'hémorrhagie dans la coqueluche. Les conclusions de ce travail, dont on trouvera l'analyse dans le compte-rendu de la séance, sont que les hémorrhagies qui ont été décrites par les auteurs sous les noms d'hémoptysie et d'hématémèse de la coqueluche ne sont que des pseudo-hémoptysies et des pseudo-hématémèses, ces hémorrhagies n'étant en réalité le plus souvent que des épistaxis ou des saignements buccaux, et n'ayant d'autre origine que les fosses nasales, les muqueuses gingivale ou buccale, le frein de la langue ou quelquefois le pharynx; d'où une appréciation plus exacte dans le diagnostic et une atténuation dans le pronostic de cette complication.

Le reste de la séance a été occupé par la lecture d'une série de rapports sur les remèdes secrets et par des scrutins multiples pour la nomination des commissions de prix pour l'année 1879.

Dr Brochin.

### HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Depaul.

#### I. Céphalématome. — II. Éclampsie. — III. Hémorrhagie au moment de la délivrance.

I. Parmi les malades intéressants du service, je vous signalerai, au lit numéro 7, un enfant atteint de céphalématome. C'est le deuxième exemple que nous observons depuis quinze jours. Celui-ci porte une tumeur un peu plus volumineuse que celle du précédent, s'étendant du bord antérieur du coronal gauche jusque vers le bord postérieur du même os. Il n'empiète pas sur les sutures comme il arrive ordinairement; c'est une barrière le plus souvent insurmontable pour les tumeurs de cette nature; cependant j'ai vu un enfant portant une tumeur double, séparée en deux parties par la suture qui formait une espèce de pont entre les deux céphalématomes, mais on percevait la fluctuation entre les deux tumeurs; j'en ai observé au moins trois exemples.

Celui que nous avons sous les yeux est constitué par une tumeur remplie de sang noirâtre, fluctuante à un degré excessif, ce qui me fait supposer qu'il n'y a pas de caillots; car, si le sang était coagulé, on ne verrait pas une fluctuation aussi nette.

J'appelle votre attention sur le bourrelet osseux qui limite la tumeur; il est constitué par un dépôt de matières calcaires à la base du décollement du péricrâne. Ce dépôt est, d'ailleurs, le point de départ de la guérison; il s'établit, à des degrés divers et en quantité variable, dans toute la membrane fibreuse. Grâce à ces éléments, la suture se fait après un certain nombre de mois ou d'années. J'ai vu des enfants antérieurement atteints de céphalématome, et, lorsqu'ils étaient arrivés à l'âge de quatre, cinq ou dix ans, il était absolument impossible de distinguer à quel point la tumeur avait existé.

La guérison se fait spontanément, en cinq ou six semaines ordinairement; il est le plus souvent inutile d'intervenir. Si l'on veut activer la résorption, on peut pratiquer la ponction; mais j'hésite toujours à porter un instrument tranchant dans ces tumeurs, à moins qu'elles ne soient très-volumineuses et qu'elles ne diminuent pas de volume. J'ai observé, une fois notamment, un cas dans lequel la ponction a été suivie d'une guérison des plus rapides. Mais, en général, je préfère laisser la guérison à la nature.

II. Vous avez vu dans nos salles une femme atteinte d'attaque d'éclampsie bien caractérisée et qui a présenté une série de phénomènes précurseurs bien manifestes. Le matin où je l'ai vue, avant-hier, elle en était à sa douzième attaque depuis le début, qui avait eu lieu dix heures auparavant. Je prescrivis, en sortant de l'hôpital, de lui faire une deuxième saignée de cinq ou six cents grammes, égale à celle qui avait déjà été faite la veille au soir; sa dernière attaque s'était terminée vers neuf heures trois quarts; la saignée fut pratiquée à dix heures et demie du matin. Elle n'eut plus d'attaques dans la suite, tous les accidents ont paru terminés depuis ce moment. La raison lui est revenue complète-

ment; le pouls et la température se sont abaissés; l'albumine a aussi disparu des urines; il y en avait hier à peine trace. Ce matin le pouls est à 84, la peau n'est pas chaude; il n'y a plus aucun trouble des facultés intellectuelles, la mémoire est revenue, et la malade n'est plus surprise que d'une chose, c'est d'être accouchée.

Nous étions en présence d'une question qui se présente toujours lorsqu'on est appelé à soigner une femme éclamptique; faut-il provoquer l'accouchement prématuré? Je vous ai exposé que je n'étais pas partisan de l'intervention chirurgicale, et, parmi les raisons que je vous ai données bien souvent, la principale est que l'accouchement prématuré se fait spontanément dans presque tous les cas. Lorsque la femme est arrivée à la clinique, elle n'était pas en travail, mais le travail s'est déclaré après les attaques d'éclampsie et elle est accouchée hier à huit heures du matin; c'est là un nouvel argument très-sérieux contre les partisans de l'intervention du médecin pour provoquer l'accouchement artificiel. Il est bien entendu que je l'accepte parfaitement lorsqu'il s'agit d'un travail déjà commencé et que l'on n'intervient que pour terminer un travail trop prolongé.

Je vous présente le cadavre de l'enfant, qui était mort et un peu macéré; son aspect est celui d'un enfant mort environ vingt ou trente heures avant l'accouchement; l'épiderme se soulève et se détache facilement de la peau. On ne peut dire ici que l'enfant est mort pendant le travail; il devait avoir cessé de vivre avant le début du travail, avant l'apparition des attaques d'éclampsie. C'est qu'en effet l'albuminurie fait mourir les enfants dans le sein de la mère, souvent au sixième ou septième mois; lorsque apparaît l'albumine, l'enfant cesse tout à coup de remuer, on examine l'urine et l'on constate la présence d'une grande quantité d'albumine dans les urines. Toutes les fois que vous trouverez une femme infiltrée, examinez l'urine avec soin. Je ne dis pas que vous verrez ces accidents chez toutes; il s'en faut de beaucoup, mais toutes exigent une surveillance plus grande de la part du médecin. La mère n'est pas souvent victime de cet état pathologique, mais l'enfant le plus souvent y succombe.

III. Une de nos accouchées a présenté des hémorrhagies abondantes après l'expulsion de l'enfant, au moment de la délivrance et un peu après. Ces hémorrhagies ne sont pas extrêmement graves lorsque le médecin est là et qu'il y remédie. Cependant notre malade paraît avoir eu une perte assez considérable; on a évalué à environ un kilogramme le poids du sang écoulé. L'état général était, d'ailleurs, celui d'une femme ayant perdu une quantité notable de sang; elle était pâle, le teint décoloré, les muqueuses blafardes comme chez les sujets anémiques, le pouls petit et assez fréquent.

Pour arrêter les hémorrhagies, on a introduit le doigt jusque dans le col de l'utérus pour faciliter la sortie des caillots nombreux qui s'y trouvaient. Une fois la cavité utérine et le vagin débarrassés de ces caillots, on a appliqué la main doucement sur l'utérus et l'on a pratiqué de légères frictions; puis on a fait prendre à la malade 2 grammes d'ergot de seigle en quatre doses (à dix minutes d'intervalle, dans un verre d'eau sucrée). Vingt ou trente minutes après, l'utérus s'est durci, sous l'action de l'ergot de seigle; ce matin encore il présentait la dureté caractéristique, dureté plus forte que celle de l'état normal de rétraction. L'état général s'est un peu remonté, et la malade va bien.

En présence d'une hémorrhagie abondante, lorsque l'on voit une femme pâlir, être prise de vertiges et s'affaisser, l'indication capitale est de mettre immédiatement la main dans le vagin pour en retirer les caillots, presser l'utérus pour exciter ses contractions et administrer l'ergot de seigle. Grâce à cette thérapeutique, on ne voit plus actuellement les femmes succomber comme autrefois. Nous ne sommes plus au temps où Cazeaux disait qu'il fallait introduire le poing dans la matrice et l'y laisser pour arrêter l'hémorrhagie: c'était précisément le meilleur moyen de l'entretenir.

---

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

### De l'intoxication saturnine.

Il est récemment entré dans le service un malade qui nous présente quelques phénomènes très-intéressants d'intoxication saturnine.

C'est un homme âgé de cinquante ans, broyeur de couleurs. Il a déjà été traité en 1875, à l'hôpital Beaujon, pour une légère attaque de coliques de plomb.

Il y a deux mois, il a été pris, pour la seconde fois, de douleurs dans le ventre extrêmement vives et de constipation opiniâtre. En même temps, il a perdu l'appétit et s'est affaibli.

Le 7 février, il est entré à l'hôpital, et voici ce que nous avons constaté:

Quoique notablement amaigri, cet homme était encore vigoureux. Il présentait, sur la peau et sur les conjonctives, une teinte subictérique assez marquée. Il se plaignait dans le ventre de douleurs vives, lancinantes, augmentant par accès, et il avait une constipation telle que depuis dix jours il n'était pas allé à la garde-robe.

Le ventre était excavé et présentait cette disposition en bateau que vous connaissez. Par la palpation, on sentait que les intestins étaient durs et comme revenus sur eux-mêmes. On faisait en outre voyager quelques gaz dont le déplacement donnait lieu à du gargouillement. D'autre part, si on pressait légèrement l'abdomen avec le doigt, on déterminait un redoublement de douleurs qui, au contraire, étaient singulièrement calmées quand on appliquait largement la main sur le ventre.

L'examen de la bouche ne démontrait rien de particulier, si ce n'est au niveau du collet des dents un liséré grisâtre parfaitement tranché.

État fébrile nul; le pouls présentait seulement quelques caractères particuliers sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

Enfin les urines étaient abondantes, ambrées, et laissaient déposer au fond du verre un précipité rouge, briqueté, assez abondant.

Le diagnostic s'imposait évidemment. Il suffisait de rapprocher les symptômes que je viens de vous énumérer de la profession que cet homme exerçait pour reconnaître qu'il était atteint de coliques de plomb.

Mais ne présentait-il pas quelques autres de ces phénomènes qu'on observe si souvent dans l'intoxication saturnine?

Ce qui frappe d'abord ici, c'est l'absence complète de phénomènes nerveux: ni céphalalgies, ni étourdissements, ni convulsions épileptiformes. De même nous ne trouvons pas trace d'atrophie du côté des muscles extenseurs de l'avant-bras. Le malade a bien une légère arthropathie du genou

gauche, mais il n'accuse pas, non plus, de douleurs dans la continuité des membres comme cela se voit si souvent chez les sujets qui ont subi un certain degré d'empoisonnement par le plomb.

Mais, à défaut de ces accidents, il présente une teinte subictérique de la peau, assez légère, il est vrai; néanmoins parfaitement appréciable et qui se rencontre assez fréquemment dans l'affection dont il nous offre un exemple.

Est-ce là du véritable ictère?

Vous savez que c'est dans les urines que l'on doit aller à la recherche de la matière colorante de la bile, et que, lorsqu'elle existe, il suffit d'ajouter quelques gouttes d'acide nitrique à ce liquide pour voir apparaître immédiatement une coloration verdâtre caractéristique.

Ici, nous n'avons pas manqué de faire cette recherche, et, je dois le dire, nous n'avons obtenu que des résultats tout à fait négatifs.

Il est donc probable que nous avons simplement affaire à cette variété d'ictère qui a été décrite dans ces dernières années par M. le professeur Gubler et qui résulte, non pas de la présence de la bile dans le sang, mais uniquement d'une altération particulière du sérum dont la coloration jaune-verdâtre deviendrait plus accusée et communiquerait à la peau la teinte spéciale que nous observons chez cet homme.

Cet ictère hématique, hémophylique, ainsi que l'appelle M. Gubler, est un indice de la déchéance profonde de l'économie; il est toujours en rapport avec un certain degré de cachexie, avec des troubles de la nutrition plus ou moins marqués, qui se manifestent ici par de l'amaigrissement et un affaiblissement général des fosses musculaires.

Notre malade n'a donc pas failli à cette règle. On ne saurait d'ailleurs chez lui mettre cette teinte subictérique sur le compte de la cirrhose hypertrophique, attendu que le foie est parfaitement sain.

D'autre part, il nous présente du côté des reins quelque chose de particulier qui nous a conduit à nous demander s'il n'était pas atteint de néphrite parenchymateuse ou interstitielle. Vous n'ignorez pas, en effet, que ces affections, surtout la dernière, sont très-communes chez les saturnins.

Je veux parler de la polyurie.

L'absence d'albumine dans les urines éloigne de suite l'idée d'une néphrite parenchymateuse. Quant à la néphrite interstitielle, elle n'existe pas davantage chez ce malade. Les urines n'ont pas cette limpidité transparente qui les a fait comparer à de l'eau de roche, que l'on trouve dans cette maladie, et l'acide nitrique ne décèle pas la couleur hortensia caractéristique de la présence en grande quantité d'uro-hématine. Elles ont enfin une densité moyenne, 1022, et surtout nous n'avons pas ces accidents d'urémie qu'entraîne ordinairement cette forme de néphrite.

Mais ce que les urines de cet homme présentent de particulier et de tout à fait intéressant, c'est ce dépôt dont je vous ai parlé précédemment, rouge, briqueté, qui, examiné an microscope, laisse voir de nombreux cristaux losangiques, rhomboïdes, et n'est autre que de l'acide urique.

En effet, la présence d'acide urique en excès dans les urines est un phénomène qui appartient à la goutte, maladie extrêmement rare, à l'hôpital, où l'on n'observe généralement que des individus qui se livrent à des travaux pénibles, travaillent musculairement, si je puis dire, et qui, en tout cas, n'ont pas ordinairement une nourriture abondante.

Nous aurions donc lieu de nous étonner de ce fait, si l'on n'avait signalé dans ces derniers temps que l'intoxication saturnine présente une certaine analogie avec la goutte et que l'une et l'autre de ces affections étaient caractérisées, entre autres phénomènes de ressemblance, par la présence d'acide urique en excès dans le produit de la miction.

Un autre phénomène qui est également très-marqué chez ce malade, qu'on retrouve dans cette affection et qui n'avait pas échappé aux anciens auteurs, ce sont certains caractères du pouls.

Ces caractères sont ceux de la dégénérescence athéromateuse des artères. Chez notre malade, en effet, si nous examinons le pouls et surtout les gros vaisseaux, comme l'humérale ou la fémorale, nous trouvons qu'ils donnent sous le doigt une sensation dure, inextensible, et semblent rouler sous la pression.

C'est encore plus tranché au sphygmographe. Ici, en effet, le tracé du pouls se présente de la manière suivante: une ligne ascensionnelle courte et verticale, un plateau très-large, enfin une ligne de descente régulière, peu ondulée.

Ces trois caractères, qui appartiennent uniquement à la dégénérescence athéromateuse des artères, s'expliquent très-bien, si l'on tient compte de la manière dont s'accomplit la circulation dans les vaisseaux altérés de la sorte.

En effet, l'artère étant convertie en un canal inextensible et ayant perdu son élasticité, elle ne se laisse plus distendre par le sang au-delà d'une certaine limite; de là une ligne ascensionnelle verticale courte.

Puis, une fois distendue, elle a peine à revenir sur elle-même, elle reste immobile pendant un certain temps et cette immobilité se traduit par un plateau très-accentué.

Enfin le vaisseau revient sur lui-même, mais lentement, d'une manière continue, et l'on a une ligne de descente très-marquée et à peine ondulée.

Enfin notre malade nous présente cette dilatation du cœur que l'on observe au bout d'un certain temps chez les individus dont les artères deviennent athéromateuses et qui est la conséquence de l'énergie avec laquelle le cœur doit se contracter pour remplir la tâche des artères qui ont perdu leur élasticité et chasser le sang à travers les capillaires. De cet excès de travail résulte naturellement un excès de nutrition, par conséquent une augmentation de volume du cœur, qui se traduit ici par un peu d'obscurcissement des bruits et surtout par un abaissement considérable de la pointe.

Cet adhérence des artères, commune chez les malades atteints d'intoxication saturnine, est encore un phénomène qui vient à l'appui de ce que je vous disais tout à l'heure au sujet de l'analogie de cette affection avec la goutte. On ne l'observe, en effet, que dans quatre conditions chez les vieillards, chez les alcooliques, chez les goutteux et chez les saturnins. L'âge de notre malade, ses habitudes de sobriété parfaitement constatées, nous démontrent suffisamment que nous ne saurions chez lui rattacher cet état à toute autre cause qu'à l'empoisonnement par le plomb.

Enfin, comme lésion accessoire et tout à fait indépendante de sa maladie actuelle, j'ajouterai qu'il présente un emphysème pulmonaire très-marqué, surtout à gauche.

Un mot maintenant sur le pronostic relativement à cet homme. Il est grave, non pas à cause des coliques qui ont cédé d'ailleurs à quelques purgatifs, mais parce que cet homme est exposé, en raison de l'état athéromateux de ses vaisseaux, à tous les accidents qui peuvent être la conséquence de l'adhérence des artères, c'est-à-dire à la dégéné-

rescence graisseuse du cœur, aux hémorrhagies cérébrales et au ramollissement, enfin à des gangrènes des membres ayant pour point de départ la formation d'une thrombose ou d'une embolie dans une artère quelconque.

Quant au traitement que nous avons fait suivre à ce malade, il était d'autant plus simple que nous ne pouvions avoir d'action que sur les coliques vives qu'il éprouvait.

Nous lui avons fait prendre quelques purgatifs avec :

| | |
|---|---|
| Huile de ricin. . . . . . . | 30 grammes. |
| Huile de croton. . . . . . | 2 gouttes. |

Nous lui avons prescrit le soir un lavement avec une infusion de séné, de miel de mercuriale ou de sulfate de soude, et nous avons ainsi obtenu des selles liquides et en même temps la cessation des douleurs.

Enfin, nous avons complété ce traitement par quelques recommandations hygiéniques ; c'est ainsi que nous lui avons recommandé de se laver soigneusement les mains avant chaque repas et de changer de vêtement en sortant de son atelier; enfin nous l'avons engagé à prendre fréquemment des bains sulfureux qui ont pour but, comme vous le savez, de transformer le carbonate de plomb déposé à la surface de la peau en sulfure de plomb tout à fait inoffensif.

---

## HOPITAL COCHIN. — M. Desprès.

### Hernie inguinale irréductible, réduction spontanée.

En 1876, M. le docteur Bouchard, un élève de M. Desprès, fit sous ses inspirations une thèse sur les hernies irréductibles et traita un sujet très-mal exposé dans les leçons classiques. Depuis que l'engouement herniaire a disparu, on ne parle presque plus de faits de ce genre. Il y avait dans cette thèse deux cas d'irréductibilité simple, une entérocèle et une épiplocèle. L'entérocèle n'est restée irréductible que douze heures. L'épiplocèle est restée irréductible pendant un mois et six jours.

Voici un nouveau fait qui s'est passé à l'hôpital Cochin, il y a peu de temps :

Le nommé Henri B..., dix-huit ans, cambreur, est entré à l'hôpital Cochin, baraque n° 1, lit 5, le 30 août 1876.

Ce garçon, vigoureux et d'une bonne santé habituelle, avait depuis sa naissance une hernie inguinale gauche pour laquelle il avait toujours porté un bandage.

Le 27 août au matin, en travaillant, il souleva un fardeau très-lourd (un paquet de peaux). Il sentit sa hernie ressortir brusquement au-dessous de son bandage. Le malade souffrit un peu, mais la douleur ne l'arrêta point. Pendant quatre jours, il alla tant bien que mal, mais il ne travailla pas. Enfin, le 30 août, voyant que sa hernie était toujours dans le même état, il vint à l'hôpital.

M. Desprès, qui examina le malade à la consultation, trouva une tumeur occupant la partie supérieure du scrotum et une partie de la région du canal inguinal, allongée, dure et présentant de la fluctuation, seulement à la partie inférieure; la tumeur était mate à la percussion, et au pédicule, qui était peu douloureux, on trouvait un arrêt brusque; en arrière de la paroi abdominale il n'y avait pas d'induration et aucune douleur à la pression. Le malade était allé à la selle la veille; il avait rendu des gaz par l'anus la nuit même. Enfin il n'avait pas vomi et n'avait pas eu envie de vomir depuis que sa hernie était sortie.

En présence de ces symptômes, M. Desprès diagnostique un épiplocèle irréductible et prescrit un bain d'une heure, le repos au lit et des cataplasmes en permanence sur la hernie. Le soir, l'interne de garde fait des tentatives modérées de taxis.

Le lendemain, à la visite, le malade est dans le même état; il a mangé, dormi, et ne souffre pas. Il a été à la selle.

Le 1er septembre, même état; la tumeur est plus souple. M. Desprès ne fait aucune tentative de taxis.

Le 2, le malade est encore dans le même état; un bain.

Le 3 au matin, avant la visite, le malade, en faisant un mouvement dans son lit, sent sa hernie rentrer brusquement. La hernie s'était réduite seule sept jours après être sortie.

Le 5, un bandage herniaire est appliqué et le malade sort de l'hôpital ne gardant de cet accident qu'un peu d'augmentation de la loge scrotale gauche constituée par du liquide qui se réduisait dans le ventre.

Voilà un fait très-net et que d'autres chirurgiens ont dû observer, mais sur lequel il doit y avoir eu bien des erreurs de diagnostic. Les uns ont fait du taxis forcé, d'autres même ont peut-être fait la kélotomie. En Angleterre, pour des cas de ce genre, on a fait la kélotomie sans ouvrir le sac. Cependant des cas de ce genre ne doivent pas être l'occasion d'une opération, car l'opération est absolument inutile.

Une hernie sortie de force, qui reste huit jours sortie sans provoquer aucun accident, ni vomissement, ni absence de selle, n'est pas une hernie étranglée ni enflammée ; c'est une hernie irréductible, et le pis qui puisse arriver, c'est que la hernie ne se réduise plus, et le plus souvent, lorsqu'on traite le malade comme l'a fait M. Desprès, la hernie se réduit seule.

Les hernies où l'on observe de la manière la plus durable l'irréductibilité sont les épiplocèles. Les entérocèles qui restent irréductibles à la suite d'un effort ne tardent pas à s'étrangler, tandis que les épiplocèles ne s'étranglent jamais, et ce que l'on appelle leur étranglement n'est autre chose que l'inflammation.

M. Desprès pense que l'irréductibilité simple des épiplocèles est due à la congestion et à l'œdème de l'épiploon qui empêche le glissement de ces viscères. Il a déjà exposé dans sa chirurgie journalière le mécanisme de l'irréductibilité des épiplocèles enflammées. Enfin il a montré, avec des observations à l'appui, que des épiplocèles enflammées comme les épiplocèles simplement irréductibles se réduisaient seules sous l'influence du repos et des émollients.

L'observation précédente est un exemple frappant qui est aussi probant qu'une expérience. Les signes locaux étaient très-significatifs, il n'y avait qu'une épiplocèle; l'irréductibilité essentielle était patente, puisque le malade ne présentait aucune espèce de symptômes propres à l'étranglement. Aucun taxis n'a été tenté par le chirurgien, et, le troisième jour après l'entrée du malade à l'hôpital, la hernie s'est réduite.

Notons bien que le malade a été tenu au lit avec des cataplasmes en permanence sur sa tumeur. Là est le secret de la réduction spontanée. On sait que toutes les hernies ordinaires rentrent seules, pendant le décubitus et durant le sommeil. La position est donc un des éléments du traitement. Quant au cataplasme, outre qu'il agit par l'eau chaude qu'il renferme à titre d'émollient comme l'on disait autrefois, il pèse par son poids sur la hernie et exerce une légère compression qui peut être utile pour la réduction. Si le malade était resté levé, s'il avait placé son bandage pour empêcher la hernie de sortir davantage, en un mot s'il n'avait pas été traité, des adhérences se seraient formées, et il aurait fini par avoir une épiplocèle définitivement irréductible.

---

**HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Duplay.**

**Synovite tendineuse et angioleucite consécutives à une piqûre du pouce.**

Au numéro 4 de la salle Saint-Ferdinand, nous venons d'examiner un homme âgé de quarante-deux ans, qui fait le service d'infirmier dans cet hôpital. Il est atteint d'une affection inflammatoire de la main et de l'avant-bras, qui est survenue à la suite d'une piqûre du pouce qu'il s'est faite avec une épingle en manipulant un paquet de linge sale. Il n'avait pas pris garde à cette piqûre, qui siégeait à la face palmaire du pouce ; mais le lendemain il fut pris de nausées, de malaise, de frissons, en même temps que le pouce présentait de la rougeur, de la douleur et du gonflement. Trois jours après, il entra dans nos salles avec un gonflement s'étendant jusqu'à l'avant-bras. Une vésicule renfermant un liquide séro-sanguin se forma au niveau de la piqûre ; le derme était dénudé, sphacélé, et le bistouri donna issue à quelques gouttes de pus.

Aujourd'hui, cinquième jour après l'accident, nous avons trouvé sur la face palmaire du pouce droit une eschare arrondie de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, et à la zone d'élimination autour de cette eschare on fait sourdre du pus. La face palmaire, l'éminence thénar et l'avant-bras ont augmenté de volume et sont le siège d'un gonflement dur, œdémateux, d'un empâtement inflammatoire. La main et les doigts sont dans une attitude particulière, la flexion ; le moindre mouvement cause une violente douleur rapportée par le malade à la région carpienne.

A l'éminence hypothénar nous constatons aussi une douleur assez vive, tandis que le milieu de la main est à peine sensible.

L'état général est assez grave ; la température est à 38° et 39°,6, le pouls à 92 ou 96 ; inappétence, nausées, langue blanche, diarrhée, depuis quelques jours etc. Le diagnostic paraît *à priori* assez facile : on dit qu'il s'agit d'un phlegmon ayant pour point de départ la piqûre insignifiante d'une épingle. Comment une piqûre si légère peut-elle produire des accidents si graves, du côté du pouce jusqu'à la main et à l'avant-bras ? Nous trouvons deux causes de cette gravité : 1° la nature de la blessure ; 2° le terrain sur lequel elle s'est produite. La nature de l'agent vulnérant, épingle de pansements plus ou moins sale, a pu amener une véritable inoculation : ce n'est pas absolument démontré, et ce point reste un peu vague. Mais ce qui est plus certain et plus incontestable, c'est que cet homme est dans un état de santé peu satisfaisant ; il est assez maigre, chétif, peu vigoureux. Nous avons examiné ses fonctions urinaires, ce qu'il faut toujours faire dans les cas analogues ; nous avons trouvé de l'albumine dans ses urines, mais nous ne pouvons dire si cette albuminurie était passagère, ou si elle était antérieure à l'accident.

Pour expliquer la propagation de l'accident primitif du pouce à l'avant-bras, on songe tout d'abord à dire que l'inflammation a gagné la gaîne du tendon fléchisseur du pouce ; elle ne s'arrête pas au poignet, mais se prolonge à la séreuse commune du carpe, et a gagné la gaîne du fléchisseur du petit doigt, qui communique ordinairement avec celle du carpe. En effet, ici, la pression sur l'éminence hypothénar est douloureuse. Telle est la doctrine que l'on adopte *à priori*, celle qui était enseignée exclusivement par nos maîtres, la théorie de l'inflammation aiguë des gaînes tendineuses des fléchisseurs.

Mais, il y a quelques années, on a élevé des doutes sur cette hypothèse, on a cherché à rayer de la pathologie l'histoire des phlegmons aigus des gaînes. Dolbeau, en particulier, ayant vu plusieurs cas opposés à cette théorie, a pensé qu'il ne s'agissait que d'une simple angioleucite. Il émit cette opinion comme beaucoup de ses doctrines, sans en donner des raisons suffisantes. Un de ses élèves (thèse Chevalet) appuya cette théorie sur des raisons anatomiques, en faisant remarquer que les troncs lymphatiques des doigts suivent assez exactement le trajet des gaînes des tendons, et que les symptômes peuvent être attribués à l'un des systèmes tandis qu'ils appartiennent à des lésions de l'autre système. On reconnut en effet que, dans certains cas, on avait véritablement affaire à de l'angioleucite simulant l'inflammation des gaînes ; mais il est des cas où cette dernière lésion est aussi indubitable. Il faut donc admettre trois hypothèses possibles : 1° l'inflammation pure et simple des gaînes tendineuses ; 2° l'angioleucite profonde des doigts et de l'avant-bras ; 3° la combinaison de ces deux affections.

On fera le diagnostic d'angioleucite simple lorsque le début sera extrêmement brusque ; la synovite tendineuse est plus lente à se produire, et n'apparaît pas en une nuit. L'angioleucite envahit tout l'avant-bras très-rapidment, et amène l'engorgement du ganglion épitrochléen ou de ceux de l'aisselle, non pas d'une façon constante, mais fréquemment. Chez notre malade, nous avons observé les deux choses : d'abord l'envahissement assez brusque, pas aussi rapide pourtant que dans l'angioleucite simple, car le malade a encore travaillé trois jours avec sa lésion du pouce ; il n'y a pas engorgement de ganglion.

Nous ne pouvons dire qu'il a eu à proprement parler une angioleucite pure et simple ; il est rare que le gonflement, la rougeur et l'empâtement restent limités dans l'angioleucite d'une façon aussi exacte que dans l'inflammation des gaînes tendineuses où ils suivent exactement le trajet de ces gaînes. L'angioleucite suivait aussi une marche ascendante, et ne redescendait pas vers la main, comme la synovite qui va du pouce à l'avant-bras, puis redescend vers l'éminence hypothénar.

Un dernier symptôme en faveur de la synovite est l'état des doigts : les quatre derniers doigts sont dans la demi-flexion, et, si l'on tend à les redresser, on provoque une vive douleur dans le poignet. S'il n'y avait que lymphangite, ce phénomène serait plus difficile à expliquer que si l'on admet l'inflammation des gaînes des fléchisseurs.

Les deux lésions, synovite et angioleucite, peuvent coïncider ; je crois que c'est la règle dans beaucoup de cas, et en particulier dans celui qui nous occupe. Je pense qu'elles se succèdent souvent l'une à l'autre. On conçoit, en effet, qu'à la suite de la plaie du pouce la gaîne ouverte s'enflamme et que l'inflammation se propage plus haut. C'est ce qu'on observe dans les plaies contuses des doigts dans les arrachements. Mais quelquefois on voit, après des blessures légères du pouce, après des écorchures qui n'ont pas pénétré jusqu'à la gaîne, par exemple des blessures de l'extrémité de la pulpe du doigt jusqu'où ne s'avance pas la gaîne du fléchisseur, le pouce s'enflammer, et consécutivement apparaître les symptômes d'inflammation des gaînes. On s'explique dans ces cas plus difficilement la synovite tendineuse. C'est alors, je pense, qu'il faut faire intervenir le rôle de l'angioleucite comme premier phénomène. Les lym-

phatiques du pouce sont couchés sur les gaînes tendineuses; l'inflammation se propage des lymphatiques aux gaînes par voisinage. Il peut même arriver que l'angioleucite disparaisse quand cette inflammation de la gaîne, se faisant autour des lymphatiques, sert un peu de révulsif à l'inflammation primitive des vaisseaux lymphatiques. Ainsi, chez notre malade, il y avait angioleucite concomitante; j'espérais trouver ce matin le ganglion épitrochléen, mais je n'ai rien constaté ni au coude ni à l'aisselle. Néanmoins la diffusion du gonflement prouve qu'il y avait de l'angioleucite et pas seulement la synovite des gaînes.

La propagation plus directe à la gaîne s'explique ici par la production d'une eschare qui paraît assez profonde pour avoir atteint la synoviale elle-même. Nous formulerons donc le diagnostic d'inflammation manifeste des gaînes tendineuses des fléchisseurs avec angioleucite concomitante.

Au point de vue du pronostic, l'angioleucite se termine par résolution ou par formation de petits abcès multiples sur l'avant-bras. C'est peu important dans le cas présent. Mais l'inflammation des gaînes est une affection plus sérieuse; elle se termine dans un certain nombre de cas par résolution, par synovite plastique qui ne suppure pas. Cependant j'ai observé dans ma clientèle deux cas remarquables. Chez deux vieilles dames j'avais été appelé pour ouvrir un vaste phlegmon de l'avant-bras : il y avait empâtement, mais pas de fluctuation en aucun point; l'état général était très-grave, et, sans qu'il y ait eu aucune autre complication, les deux malades ont succombé en deux ou trois jours avec une simple inflammation des gaînes, sans trace de suppuration. Il ne faudrait donc pas oublier ces deux cas, dont je ne connais pas d'exemples analogues, et, en présence des phénomènes adynamiques, ne pas craindre de porter un diagnostic défavorable. Souvent, en effet, les familles vous tiendront plus compte d'un pronostic fâcheux, porté à temps, que d'une guérison.

Il faut donner issue au pus le plus tôt possible, afin d'empêcher le pus de se répandre dans l'articulation.

Lorsqu'il y a angioleucite, les abcès se forment n'importe où; lorsqu'il y a synovite, la collection purulente a son siège vers les éminences thénar ou hypothénar, et présente une forme régulière. La plus importante collection purulente est celle de l'avant-bras, au-dessus du ligament antérieur du carpe; c'est là qu'il faut chercher le pus. Souvent l'avant-bras n'est ni rouge ni empâté fortement : on n'y fait pas attention; il faut chercher avec soin la fluctuation verticalement de haut en bas, dans la direction des gaînes tendineuses.

On doit alors intervenir le plus tôt possible : la couche de pus est quelquefois située sur le carré pronateur, il faut traverser toute l'épaisseur des muscles pour lui donner issue ; arrivé sur l'aponévrose, on prend une sonde cannelée et on la plonge hardiment en déchirant les interstices jusque sur la nappe purulente. Cette manœuvre présente quelques difficultés chez les sujets musclés; lorsque l'incision est assez haut vers la partie supérieure de l'avant-bras, les muscles font l'effet d'une boutonnière contractile; la contraction des fibres musculaires et le gonflement des lèvres de la plaie empêchent le pus de sortir. Souvent on en vient à bout avec des drains et des mèches, mais souvent aussi on rencontre une difficulté réelle. Pour ces cas, un médecin italien a proposé de faire l'incision sur la surface interne du cubitus, pour arriver au foyer par le bord latéral interne, où l'on n'a pas de muscles à traverser, et où l'incision reste béante. J'ai déjà employé ce procédé avec assez de succès, quoiqu'il m'ait moins bien réussi qu'à son auteur.

Malgré son état général assez sérieux, notre malade ne court pas de danger; après l'ouverture de son abcès, le pronostic sera bénin. Toutefois il ne faut pas trop oublier que le sphacèle des tendons peut se produire, et laisser à sa suite la raideur et l'impossibilité de faire mouvoir les doigts.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 septembre 1879. — Présidence de M. H. ROGER.

### CORRESPONDANCE OFFICIELLE

La correspondance officielle comprend plusieurs lettres ministérielles, relatives aux épidémies, aux vaccinations ou aux remèdes secrets.

### PRÉSENTATION

M. FAUVEL, au nom du maire du Havre et du directeur du Bureau municipal d'hygiène de cette ville, présente une série de documents ayant trait à l'organisation et au fonctionnement dudit Bureau, et demande que ces documents soient renvoyés à la Commission de statistique et qu'une lettre de félicitation soit adressée aux auteurs de cette communication.

M. LARREY présente, de la part de M. Tholozan, une brochure intitulée : *Les trois dernières épidémies de peste du Caucase; chronologie et géographie; prophylaxie.*

M. TARNIER, au nom de M. le docteur Delore (de Lyon), soumet à l'examen de l'Académie un appareil auquel ce médecin donne le nom de boîte ou appareil gynécologique. Cet appareil n'est autre qu'une petite seringue à injections munie d'ailettes pour en faciliter l'usage d'une seule main, et de plusieurs canules de rechange appropriées aux divers usages que l'on peut vouloir faire de cette seringue, tels que : injection hypodermique, injection intra-utérine ou injection interstitielle dans le tissu même du col de l'utérus.

### LECTURE

**L'hémorrhagie dans la coqueluche.** — M. H. ROGER, cédant la présidence à M. Larrey, descend à la tribune pour donner lecture d'un travail intitulé : *Étude clinique sur l'hémorrhagie dans la coquelcuhe et sur l'hémoptysie et la pseudo-hémoptysie.*

Après avoir expliqué la physiologie pathologique des hémorrhagies dans la coqueluche, M. Roger en expose les différentes espèces. Il traite successivement de l'épistaxis qui est produite d'une façon directe par les secousses convulsives de la toux et qui ne devient que rarement dangereuse.

Étudiant ensuite avec détails l'hémoptysie ainsi que l'hématémèse, M. Roger démontre par des observations nombreuses que ces hémorrhagies sont tout à fait exceptionnelles chez les enfants. Dans la presque-totalité des cas, il y a chez les coquelucheux pseudo-hémoptysie, le sang qui paraît hémoptoïque étant fourni par les fosses nasales ou le pharynx, par la bouche et les gencives.

Après l'épistaxis, la plus commune des hémorrhagies est celle qui s'opère par la bouche. Le point de départ des hémorrhagies buccales est tantôt dans les gencives, tantôt dans une solution de continuité de la muqueuse de la bouche ou de la langue. Le sang peut venir aussi du pharynx et surtout des fosses nasales, et dans ce cas l'hémorrhagie buccale est accompagnée par l'épistaxis. Quelquefois le sang rejeté par la bouche a une origine complexe, il provient à la fois de la muqueuse nasale et de la cavité buccale. C'est un accident peu sérieux et qui cependant effraye les parents et même le médecin. La cause en est que l'on prend ce ptyalisme sanglant pour une hémoptysie.

L'hémoptysie est peu fréquente. Les auteurs qui l'ont crue com-

mune ont mal interprété les faits; ils ont pris une hémorrhagie de la bouche pour une hémorrhagie des voies aériennes. La meilleure preuve, c'est qu'ils ont dit, en parlant de ces prétendues hémoptysies, qu'elles n'avaient point de gravité ou qu'elles étaient même de bon augure. En voici le mécanisme, suivant M. Roger. Le sang qui est rejeté pendant les dernières secousses expiratoires de la quinte offre les apparences, quelle qu'en soit l'origine, des crachats hémoptoïques; une fois qu'il a séjourné dans le crachoir, il s'y mélange intimement aux mucosités aérées que fournit abondamment la membrane interne des voies respiratoires, et, à voir ce produit complexe de l'expectoration et de l'expuition, le diagnostic d'une hémoptysie paraît certain. Mais si, prévenu de la possibilité d'une méprise, on examine avec attention comment se forme la mixture, on constate que les mucosités des voies aériennes, battues et expulsées par les convulsions de la toux, arrivent mousseuses et blanchâtres dans la bouche et en sortent mêlées à du sang qu'elles entraînent au passage; par l'inspection immédiate de la cavité buccale, on en reconnaît la source, soit le fond de la gorge (épistaxis), soit la bouche (stomato-gingivite).

De même qu'il y a dans la coqueluche des pseudo-hémoptysies, il y a aussi des pseudo-hématémèses. Lorsqu'un coquelucheux semble vomir du sang, il faut examiner avec soin les fosses nasales, et l'on s'assure aisément que ce sang provient toujours d'une épistaxis. Il a coulé par les arrière-narines et souvent insensiblement dans la cavité stomacale. S'il est expulsé presque tout de suite, l'écoulement par les ouvertures antérieures ou postérieures des narines est encore visible; s'il est évacué tardivement, alors qu'a cessé l'épistaxis, quelques gouttes ou des caillots dans le nez peuvent en signaler l'existence.

Voilà, en résumé, deux sortes d'hémorrhagies, l'hématémèse et l'hémoptysie, que le clinicien doit rayer de la liste des complications de la coqueluche. Un diagnostic plus juste vient réformer un pronostic erroné, et, grâce à une appréciation plus saine des faits, des apparences redoutables se changent en une bénigne réalité.

M. **Bergeron**, dont le témoignage est invoqué par M. Roger, appuie pleinement et sur tous les points tout ce que vient de dire son collègue.

### RAPPORT

M. **Riche**, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions toutes négatives sont adoptées sans discussion.

### ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection des membres des commissions de prix pour l'année 1879.

Voici, d'après le résultat du scrutin, quelle est la composition de chacune de ces commissions, au nombre de onze :

*Prix de l'Académie.* — MM. Alphonse Guérin, Gosselin, Perrin, Panas et Verneuil.

*Prix Civrieux.* — MM. Briquet, Charcot, G. Sée, Pidoux et Hervieux.

*Prix Capuron.* — MM. Barthez, Blot, Depaul, Devilliers et Tarnier.

*Prix Barbier.* — MM. Bourdon, Hardy, Hérard, Guéneau de Mussy (Noël) et Parrot.

*Prix Godard.* — MM. Cloquet, Larrey, Ricord, Richet et Guyon.

*Prix Desportes.* — MM. Marrotte, Moutard-Martin, H. Guéneau de Mussy, Hillairet et Oulmont.

*Prix Buignet.* — MM. Bussy, Gavarret, Wurtz, Bouis et Bourgoin.

*Prix Amussat.* — MM. Legouest, Rochard, L. Le Fort, Trélat et Duplay.

*Prix Itard.* — MM. Bouillaud, Roger, Woillez, Raynaud et Peter.

*Prix Rufz de Lavison.* — MM. Broca, Jaccoud, Lagneau, Magne et Colin.

*Prix Alfaro.* — MM. Baillarger, Bergeron, Blanche, Devergie et Peisse.

La séance est levée à quatre heures et demie.

---

Par arrêté du ministre de l'intérieur et des cultes, en date du 12 septembre 1879, MM. les docteurs Voisin et Bourneville ont été nommés médecins du service des quartiers d'aliénés à l'hospice de Bicêtre, en remplacement de M. le docteur Berthier, décédé, et de M. le docteur Legrand du Saulle, transféré à l'hospice de la Salpêtrière.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8669.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

### Ulcère phagédénique de la partie postérieure de la cuisse consécutif à un furoncle ou à une pustule d'ecthyma.

Nous avons, au n° 13 de la salle Sainte-Jeanne, une femme qui nous offre l'exemple d'une affection assez rare et surtout très-embarrassante.

Cette malade, qui est âgée de trente-neuf ans, est entrée avec une solution de continuité très-étendue à la partie postérieure de la cuisse. Cette solution de continuité, qui mesure 15 à 20 centimètres de longueur sur 8 à 10 centimètres environ de largeur, n'est pas survenue à la suite d'un traumatisme qui aurait donné donné lieu à une plaie avec ou sans perte de substance : elle a eu pour point de départ, au dire de la malade, un petit bouton, un clou, qui se serait développé il y a à peu près six mois. Sur ce point, cette femme est parfaitement explicite ; il ne s'est pas agi ici d'une de ces tumeurs qui existent pendant plusieurs mois avant de s'ouvrir, mais d'un petit bouton, soit un furoncle, soit une pustule d'ecthyma, qui a suppuré, laissant après lui une perte de substance qui, chaque jour, est allée en s'agrandissant.

Je ne saurais vous dire au juste quels ont été les caractères physiques de cette solution de continuité pendant tout le temps qu'a duré son accroissement ; je sais seulement que cette malade a éprouvé une douleur continuelle, se manifestant le jour comme la nuit, sans que pourtant elle fût assez intense pour obliger la malade à suspendre son travail.

Mais voici quels étaient les symptômes physiques et fonctionnels que nous avons constatés lors de son entrée à l'hôpital :

A ce moment, le fond de la solution de continuité, au lieu de cet aspect vermeil et granulé que nous aimons à voir aux plaies, présentait une teinte grisâtre, était déprimé en certains points, saillant à d'autres, dépourvu de bourgeons charnus, et saignant par places avec une telle facilité que j'ai prononcé au premier abord le mot d'épithélioma. Enfin les bords étaient taillés à pic et un plus élevés que le fond.

Eh bien, qu'est-ce qu'une solution de continuité se présentant ainsi avec les caractères d'une plaie des parties molles en voie de destruction ?

Ce n'est évidemment autre chose qu'un ulcère, c'est-à-dire qu'une perte de substance spontanée, qui s'agrandit par un travail de destruction résultant soit d'une modification de tissus, soit d'une gangrène ; une maladie enfin que l'on peut caractériser en disant que c'est une solution de continuité spéciale qui a une période de destruction, d'agrandissement, longue, une période de réparation également lente à venir, et qui est due soit à une cause locale, soit à une cause générale appréciable, ou bien à ces deux influences réunies.

Nous avions donc à nous demander, en présence de cette solution de continuité, si la période de destruction allait continuer longtemps encore, si la période de réparation allait arriver, et si enfin il existait chez cette malade une cause locale ou générale dont l'appréciation pût nous aider dans le choix des moyens thérapeutiques à appliquer.

Pour ce qui est de la période de destruction, le jour de l'entrée de cette femme à l'hôpital, j'ai eu beaucoup de peine à établir ce point de diagnostic et de pronostic d'une façon bien rigoureuse : étions-nous à la fin de la période de destruction ou allait-elle se continuer ?

J'en savais assez pour affirmer que nous avions affaire à un ulcère : mais de quelle nature ? Le plus ordinairement, en effet, nous ajoutons au mot ulcère, par lequel on désigne ces pertes de substances, un adjectif : celui de variqueux, de sordide, d'atonique, par exemple, mais nous n'employons pas un qualificatif dont je me suis servi immédiatement chez cette femme parce que j'ai été frappé de la longue durée de la période de destruction.

Sans doute, nous avons, aux jambes, des ulcères qui se détruisent pendant six mois ; mais cela se voit chez les individus qui ont des varices, et ici nous n'avons pas trace de dilatation veineuse.

C'est pour cette raison que j'ai employé un mot qui indique ce caractère particulier propre à certains ulcères, de se détruire pendant longtemps, et de ne pas donner de suite au chirurgien la solution du problème relatif à la durée de cette destruction. Ce mot, qui est consacré dans la science, et dont il est bien difficile de donner la signification, c'est celui de phagédénisme. Car que veut-il dire ? D'après son étymologie grecque, il signifie, qui mange, qui ronge ; mais

faites bien attention qu'à la rigueur, tous les ulcères peuvent être considérés comme phagédéniques. Dans tous les cas, en effet, il y a destruction des tissus, soit par absorption, si l'on s'en rapporte à la théorie de Hunter, soit par gangrène, si l'on invoque la manière de voir de Vidal (de Cassis).

Mais le plus ordinairement, quand nous voyons survenir aux jambes soit un ulcère d'origine variqueuse, soit une ulcération spontanée, développée sous l'influence d'une inoculation syphilitique, ou même d'un état chlorotique plus ou moins voisin de la cachexie, nous savons que la période de destruction ne durera pas longtemps, si le malade est soumis à un traitement convenable.

Au contraire, quand nous sommes en présence d'une solution de continuité dont nous ne pouvons expliquer la longue durée par une cause locale ou générale; quand, en même temps, cette destruction a été assez étendue pour donner, comme c'est le cas chez cette malade, une grande perte de substance, nous invoquons quelque chose de particulier dans l'état de la constitution qui fait que la destruction continuera longtemps encore, et nous employons le mot de phagédénisme.

Pour en revenir à cette femme, nous sommes donc en présence d'un ulcère phagédénique. Seulement, en donnant cette désignation particulière au mot phagédénisme, je savais bien que j'employais le nom qui a été donné à une forme spéciale d'ulcères.

Le mot phagédénisme, en effet, se trouve dans les auteurs anciens. Je crois même que Celse en fait mention.

Jusqu'à Hunter ou plutôt jusqu'à Babinton qui a annoté les travaux de Hunter, il n'avait pas pris rang dans la description classique des solutions de continuité. Babinton a employé, dans une note, le mot d'ulcère phagédénique pour indiquer une solution de continuité qui s'agrandit pendant un temps extrêmement long et dont on ne peut amener que très-difficilement, à l'aide des moyens thérapeutiques, la période de réparation.

Mais Babinton et M. Ricord plus tard, dans sa traduction des œuvres de J. Hunter, n'employaient ce mot que pour des ulcérations d'origine chancreuse, survenant chez des individus atteints de syphilis. Tels sont ces bubons virulents, qui souvent s'ulcèrent, et dont l'ulcération s'agrandit du côté du ventre ou des hanches pendant des mois et même pendant des années, sans qu'il soit possible au chirurgien de les enrayer dans leur marche, et sans qu'ils parviennent pendant longtemps à triompher de cette tendance à la destruction.

L'ulcère phagédénique est donc un ulcère qui résulte de l'inoculation chancreuse, et, quand nous voulons désigner une solution de continuité qui présente les caractères du phagédénisme, nous sommes disposés à croire que c'est un ulcère d'origine chancreuse; de sorte que, à la rigueur, la question se présenterait ainsi pour notre malade : elle avait un ulcère phagédénique, et, le phagédénisme ayant été décrit comme un caractère du chancre, nous nous demandons : N'est-ce pas un chancre ?

Ce n'est pas que la question ait une importance absolue, parce qu'une ulcération de ce genre ne se lie pas à la syphilis constitutionnelle; mais il est souvent intéressant de savoir si l'on a réellement affaire à un chancre phagédénique ou s'il ne s'agirait pas, par hasard, d'une autre ulcération qui deviendrait phagédénique.

Eh bien, aujourd'hui, je tiens pour certain que le phagédénisme peut se développer sur d'autres solutions de continuité que celles qui ont une origine chancreuse; il peut survenir soit à la suite d'une pustule d'ecthyma, d'un furoncle, soit que le sujet ait subi l'inoculation syphilitique.

J'en ai vu un exemple très-frappant chez une jeune fille auprès de laquelle j'ai été appelé autrefois avec M. le professeur Hardy. Dans ce cas, la maladie avait son siège, comme ici, à la partie postérieure de la cuisse; elle avait commencé par une sensation de piqûre tellement prononcée que la malade était convaincue qu'elle s'était introduit une aiguille dans la cuisse; puis une petite vésicule était apparue laissant après elle une eschare qui ne tarda pas à s'éliminer. De là une petite ulcération qui chaque jour alla s'agrandissant sans que rien ne pût l'arrêter, se présentant avec des bords taillés à pic, et douloureuse; enfin, après avoir lutté pendant trois mois sans succès contre cette solution de continuité, nous avons vu survenir la période de réparation, soit que la maladie fût épuisée, soit qu'elle eût été arrêtée sous l'influence du traitement ferrugineux auquel cette jeune fille avait été soumise.

Il est donc des conditions dans lesquelles une maladie d'origine gangreneuse donna lieu à un ulcère phagédénique sans qu'on puisse invoquer l'existence préalable d'un chancre.

De telle sorte que nous ne sommes pas autorisés à dire de notre malade que le phagédénisme, chez elle, est survenu sur une ulcération primitive.

Maintenant, ne se pourrait-il pas que le phagédénisme eût aussi une origine syphilitique, qu'il se fût développé sur un ulcère constitutionnel? Ne voyons-nous pas, en effet, les pertes de substance survenir à la la suite d'une gomme ulcérée ?

Nous avons donc recherché dans ses antécédents si elle ne présentait pas quelques signes de syphilis; mais nos recherches n'ont abouti à aucun résultat. Elle a bien eu, en différentes parties du corps, des furoncles, des pustules d'ecthyma, mais rien ne démontre que ces éruptions fussent syphilitiques. Enfin elle a eu deux enfants, tous deux très-bien portants.

Je crois donc pouvoir vous dire que cette jeune femme a eu à la cuisse, à la suite d'un ecthyma simple, un ulcère phagédénique dont nous ne connaissons pas la cause, qui n'est dû ni à un chancre, ni à un état cachectique de la constitution, ni à une maladie antérieure quelconque.

---

### HOPITAL COCHIN. — M. Bucquoy.

#### Péritonites par perforation restées latentes pendant la vie des malades.

I

Vous connaissez les symptômes ordinaires de la péritonite suraiguë produite par la perforation intestinale ou par la rupture d'un autre organe déversant son contenu dans la cavité abdominale. Le plus généralement, ces symptômes sont caractéristiques : douleur vive, subite, locale d'abord puis irradiant dans toute l'étendue de l'abdomen, ballonnement du ventre, frissons répétés, faciès grippé particulier, pouls petit, serré, très-fréquent, vomissements, hoquet, etc., mort en un où deux à quatre jours.

Mais il ne faudrait pas croire que la péritonite par perforation se déclare et se développe toujours avec un processus aussi évident, aussi solennel et aussi caractéristique. Elle

peut passer inaperçue, même pendant toute sa durée, et ne se révéler qu'à l'autopsie. J'ai observé cinq cas de perforations diverses ayant amené une péritonite mortelle, et dont le diagnostic n'a pas été fait pendant la vie du malade. La dernière observation vous est encore présente à la mémoire; je la rappellerai en quelques lignes et je vous ferai aussi le résumé des autres observations antérieures, car je voudrais arrêter sérieusement votre attention sur ces faits qui peuvent amener des erreurs de diagnostic graves, des opérations chirurgicales intempestives, etc.

I. La première observation est celle du peintre, âgé de quarante-neuf ans, couché au n° 3 de la salle Sainte-Marie, et qui est entré le 20 du mois dernier, dans un état de cachexie profonde, avec un aspect bistré qui avait d'abord fait supposer qu'il était atteint d'intoxication saturnine. Il se plaignait surtout de gêne de la respiration, de toux persistant depuis dix-huit mois, mais sans hémoptysie ni coliques, ni aucun accident saturnin antérieur. Deux jours avant son entrée, il avait été pris de frisson, fièvre, et oppression plus prononcée. Nous avons recherché les signes de la tuberculose; mais ni la percussion ni l'auscultation ne nous ont rien révélé. Il n'existait aucun symptôme abdominal, sauf un léger état saburral et un léger météorisme; aucune douleur à la palpation; ni constipation, ni diarrhée.

Les jours suivants, il ne se fit pas de changement dans l'état du malade. Le 23, il fut pris soudain d'un frisson violent pendant la nuit, accompagné de fièvre et de sueurs; les frissons se répétèrent; la température s'éleva à 40°. Il n'existait cependant pas de vomissements, ni de douleur abdominale, ni de constipation, ni de diarrhée. Je fus obligé de m'absenter pendant deux jours; à mon retour, je trouvai le malade dans un état bizarre, présentant des symptômes cérébraux particuliers, sans céphalalgie ni délire, mais avec une irritabilité spéciale du système nerveux. Le pouls était irrégulier; on remarqua la lenteur de la contraction papillaire et quelques vomissements. Ces phénomènes répondaient assez bien à l'idée d'une complication cérébrale. Cependant la dyspnée devint plus considérable sans que rien la justifiât dans l'examen du thorax; le 26, survint un véritable délire, qui obligea d'attacher le malade; la dyspnée augmenta encore, le ventre devint dur, quoique non douloureux, les vomissements continuaient. Le 27, il y eut encore du délire et de l'agitation pendant toute la nuit : mais le ventre était ballonné, sonore dans toute son étendue; la constipation excitant, on fit prendre au malade de l'huile de ricin et du calomel, et il rendit des selles très-fétides. Les symptômes d'une péritonite étaient manifestes : le pouls n'était pas fréquent, mais le malade s'éteignit pendant la nuit.

L'autopsie révéla, en effet, l'existence d'une péritonite généralisée comme nous l'avions supposé au dernier jour; l'épiploon était injecté et des fausses membranes retenaient aggloméré dans une seule masse tout le paquet intestinal. Nous découvrîmes le point de départ de cette péritonite dans la région inférieure gauche de l'abdomen, où se trouvait une véritable poche purulente se prolongeant dans le petit bassin : en décollant ces anses intestinales, on arrivait à constater une perforation de l'intestin grêle, à 50 centimètres de la valvule iléo-cæcale, arrondie, présentant un diamètre de 2 millimètres du côté de la séreuse, mais plus étendue du côté de la muqueuse intestinale où elle prenait une forme ovalaire et une direction transversale. Autour de ce point et sur le reste de la muqueuse nous n'avons vu aucune autre lésion : nous avons aussi cherché en vain trace de corps étrangers dont la présence aurait pu expliquer la production de cette perforation. Nous ne pouvons encore actuellement en soupçonner la cause véritable. Quoi qu'il en soit, il est évident qu'il s'agissait là d'une péritonite généralisée, consécutive à la perforation intestinale, et dont le diagnostic précis ne fut révélé qu'à l'autopsie.

II. Au mois d'octobre 1878, entrait au n° 1 de la salle Saint-Philippe un employé de magasin, âgé de quarante ans. Il avait ordinairement joui d'une bonne santé, quand, deux mois et demi auparavant, il fut pris d'inappétence, de vomissements pituitaires, qui ne pouvaient guère être attribués à l'alcoolisme chronique, mais qui s'expliquaient un peu parce que ce malade était depuis six mois dans le commerce des vins. Les vomissements devinrent quotidiens, se produisant chaque fois dès que le malade venait de manger. L'amaigrissement survint, puis la perte des forces et bientôt une cachexie notable. A l'épigastre on ne percevait aucune tumeur; pas de douleur à la pression; le malade fut soumis au régime lacté; le diagnostic du cancer de l'estomac siégeant probablement au niveau du cardia fut porté. La cachexie fit des progrès continuels. Le 9 novembre, quinze jours après son entrée, le malade se plaignit tout à coup d'une douleur très-vive à l'épigastre; l'altération des traits fut manifeste. Il n'avait ni nausées ni vomissements, mais la fièvre existait. L'auscultation précordiale ayant révélé des frottements manifestes, je pensai à l'existence d'une péricardite compliquant le cancer du cardia, en raison du voisinage de ces deux régions. Le lendemain, les frottements diminuèrent, le malade restait sans nausées ni vomissements, mais avec les traits altérés; il ressentait une douleur vive du côté gauche, irradiant vers le côté droit, le pouls était imperceptible, les extrémités se refroidirent, la température tomba de 41° à 36°,4, et le malade succomba le 11 novembre.

L'autopsie démontra l'existence d'un cancer du cardia; à la partie supérieure de l'estomac, on trouva une vaste ulcération cancéreuse ne constituant pas une tumeur proprement dite, mais plutôt une infiltration de la paroi par un tissu blanchâtre. Nous avions admis, dans les derniers moments, le diagnostic d'une péritonite sous-diaphragmatique; mais, en raison de l'absence de météorisme et de vomissements, nous ne pensions nullement à une perforation. C'est pourtant ce que l'autopsie démontra : au milieu de l'ulcération cancéreuse, se trouvait une véritable perforation de la paroi stomacale, de forme irrégulière, et de la largeur d'une pièce d'un franc. Une péritonite généralisée s'était déclarée, mais elle était récente, avec adhérences peu consistantes. L'examen histologique de la tumeur fit voir qu'il s'agissait d'un cancer encéphaloïde.

III. La perforation intestinale a une cause plus fréquente; c'est, dans la fièvre typhoïde, même dans les formes très-bénignes en apparence, l'ulcération des plaques de Peyer. Contrairement à ce qui se produit dans la dysentérie proprement dite, où l'ulcération est franchement inflammatoire et est accompagnée d'un exsudat plastique qui favorise la réparation de l'ouverture, dans la fièvre typhoïde la lésion est complètement ulcéreuse, sans exsudat interposé, et, dès que la perforation a lieu, tous les accidents de péritonite

apparaissent plus promptement et plus fréquemment que dans la dysentérie. La perforation, liée à la fièvre typhoïde, n'arrive pas à toutes les périodes de la maladie; elle éclate au moment où l'eschare s'élimine, rarement avant le quinzième jour, ordinairement vers le vingtième jour. Le plus souvent, les accidents se développent avec la soudaineté et la violence que vous connaissez, mais il est des cas où la perforation reste aussi avec un caractère absolument latent.

En 1876, M. Laboulbène a présenté à la Société médicale des hôpitaux deux observations de perforations survenues dans la fièvre typhoïde et dans lesquelles les symptômes caractéristiques manquèrent absolument; il n'y eut ni douleur vive, ni vomissements, ni tympanisme. Un seul signe était assez caractéristique, ce fut l'abaissement subit et rapide de la température; cela fit supposer, dans les deux cas, une hémorrhagie interne.

Le mois suivant, je faisais présenter à la Société anatomique l'observation dont voici le résumé : Un cocher, âgé de quarante-cinq ans, entra à l'hôpital du Midi pour une blennorrhagie. Pendant le cours de son traitement, son état général devint peu satisfaisant, ce malade fut pris d'une fièvre continue qui fut peu surveillée, et qu'il garda ainsi pendant le cours du mois de novembre ; mais l'oppression, la toux ayant compliqué la fièvre, il se décida à venir à l'hôpital Cochin pour se faire traiter. A son entrée, des râles crépitants furent constatés dans la poitrine, mais la fièvre tomba, la convalescence s'établit, et la blennorrhagie disparut.

Le 6 décembre, la fièvre se déclara de nouveau, accompagnée d'anorexie, de diarrhée, etc. Nous pensions plutôt à l'existence d'une affection pulmonaire, quand, le 14, apparurent les taches rosées bien caractéristiques; la température restait le matin à 39°,4 et le soir s'élevait à 40°. La faiblesse, la diarrhée, les selles involontaires continuèrent, avec une fièvre intense (41°,8) et, le 21, le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva le gros intestin assez fortement distendu, des adhérences anciennes réunissant le cæcum et le colon ascendant. Dans l'intestin grêle existaient deux séries de lésions : d'abord sept ou huit plaques plus ou moins épaissies, ayant une teinte opaline et blanchâtre, tendant évidemment à la réparation, et en grande partie cicatrisées ; dans la même portion, environ sur une longueur d'un mètre et demi au-dessus de la valvule iléo-cæcale, on voyait des plaques de Peyer ulcérées tout récemment, en voie d'évolution, à teinte jaunâtre, avec bourbillons non encore éliminés complètement, telles qu'on les observe dans une fièvre typhoïde en pleine évolution. Les mêmes altérations existaient dans le gros intestin, dans le cæcum, et dans la moitié du colon ascendant, ulcérations circonscrites avec bourbillon. Dans l'intestin grêle, au milieu des lésions déjà cicatrisées, apparaissait une ulcération laissant à nu la séreuse, dans une largeur d'un centimètre, formant un bourrelet arrondi, noirâtre, cicatriciel, mais sans réparation de la plaque. A 20 centimètres de la valvule, et loin de cette première ulcération, on trouva une véritable ulcération ayant les dimensions d'une pièce de 20 centimes, correspondant aux adhérences du cæcum et du colon, qui l'empêchaient de communiquer avec la grande cavité péritonéale. C'était une perforation déjà ancienne, à bords noirâtres cicatriciels. Pendant la vie du malade, elle ne s'était donc pas manifestée par les symptômes ordinaires de la péritonite par perforation.

Notons, avant de terminer, l'intérêt de cette observation au point de vue de la *rechute de fièvre typhoïde;* il y a eu, dans ce cas, évolution nouvelle des plaques de Peyer, et nouvelle éruption de taches rosées lenticulaires. Griesinger a remarqué que les rechutes survenant pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde sont souvent accompagnées de lésions s'étendant aussi au gros intestin ; c'est ce que nous avons observé chez ce malade. J'en ai, d'ailleurs, encore vu un autre exemple.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Le Dentu.

### Chondro-sarcome de la parotide.

Nous allons opérer un homme couché au n° 65 de la salle Saint-Augustin, qui est porteur d'une grosse tumeur parotidienne du côté gauche, dont le volume dépasse celui du poing. Il y a huit ou neuf ans qu'il a remarqué un noyau dur derrière l'angle de la mâchoire, au-dessous du lobule de l'oreille. La tumeur était restée stationnaire. Mais depuis un an elle a grossi insensiblement et progressivement du volume d'un œuf à celui du poing. Elle n'a d'ailleurs point amené de troubles locaux sérieux, pas de paralysie faciale, pas de gêne de la circulation de l'encéphale.

Cette tumeur n'a pas une surface régulière; on sent des bosselures assez volumineuses, au moins au nombre de quatre, et d'autres petits lobules secondaires. La peau glisse sur la tumeur et n'y a contracté aucune adhérence ; seulement elle est devenue un peu violacée et un peu vascularisée au sommet de la tumeur. Quand on saisit la tumeur en masse, on constate qu'elle est assez mobile en avant et en bas; on peut l'élever encore sans grande résistance ; elle est surtout adhérente au niveau des attaches postérieures des tissus fibreux de la loge parotidienne. Dans la profondeur elle a certainement des adhérences avec la glande parotide. Elle ne se prolonge pas vers le pharynx; l'amygdale gauche est à peine refoulée.

Lorsque des tumeurs analogues sont très-profondes, elles s'insinuent entre le facial et les vaisseaux et amènent des troubles de paralysie faciale et des troubles cérébraux ; la pupille du même côté se dilate ou se resserre fortement par l'excitation ou la paralysie résultant de la compression du ganglion cervical supérieur. Nous n'avons pas observé ces phénomènes chez notre malade.

A quelle espèce de tumeur de la parotide avons-nous affaire ?

Les tumeurs de la parotide peuvent se diviser, au point de vue clinique, en tumeurs bénignes et en tumeurs malignes. Mais, dans la catégorie des tumeurs bénignes, nous en trouvons encore qui ne le sont guère, car une tumeur qui récidive, même localement, rend à la longue l'intervention chirurgicale impossible. Il s'agit ici d'une tumeur bénigne. Nous ne nous occuperons que de cette classe.

Pour commencer par les plus rares, je citerai d'abord les kystes de la parotide, uniloculaires ou multiloculaires (Paget). Les lipomes ont aussi créé quelques surprises aux auteurs : mais ils sont tellement rares dans la parotide, qu'il n'y faut pas beaucoup songer chez notre malade ; ils peuvent exister dans l'épaisseur de la glande et sous la glande (Demarquay), ou être intra-parotidiens (Richet). Une tumeur lipomateuse aurait une constitution plus homogène que la nôtre ; elle

donnerait une sensation autre; on la prendrait pour un abcès plutôt que pour une tumeur solide.

L'adénopathie ganglionnaire, consécutive à une inflammation chronique, produit des tuméfactions qui poussent une pointe vers l'extérieur en entraînant une partie de la parotide. Elle peut même se développer dans l'épaisseur même de la glande; à Saint-Antoine, j'ai vu trois ganglions extirpés de l'épaisseur même de la parotide. La confusion est parfois d'autant plus facile que l'enchondrome peut naître dans les ganglions mêmes.

Il reste encore, comme tumeurs bénignes, l'adénome, le sarcome et l'enchondrome. Les adénomes purs, ce que l'on appelait jusque dans les dernières années de l'hypertrophie simple de la glande, sont beaucoup plus souvent constitués par les sarcomes. Presque toujours, au début du sarcome, les lobules glandulaires voisins s'hypertrophient, et on suppose qu'il s'agit d'une hypertrophie glandulaire primitive compliquée d'un peu de sarcome. Il est plus juste de dire le contraire : le sarcome est le principal élément de la lésion. C'est le sarcome qui existe le plus souvent.

Mais on voit aussi les tumeurs cartilagineuses de la parotide, les enchondromes d'abord décrits par Dolbeau, qui leur a donné toutefois une importance exagérée en y englobant beaucoup de tumeurs qui appartiennent à la classe des sarcomes. D'ailleurs les éléments sarcomateux et chondromateux sont associés très-fréquemment chez le même malade, et, à leur voisinage, ils développent en outre l'hypertrophie glandulaire simple.

C'est là, en effet, ce qu'il importe de bien préciser, c'est la variété des éléments constitutifs de ces tumeurs; très-souvent les divers genres sont combinés ensemble. Voyons, par exemple, le malade de la salle Saint-Augustin : sa tumeur est presque molle à sa partie supérieure, en haut, en arrière et en avant; mais elle est très-dure dans sa partie inférieure. Cette tumeur est-elle homogène? Est-elle constituée par des éléments divers? La tumeur cartilagineuse est dure d'emblée, mais elle devient facilement une tumeur molle, en s'infiltrant de matière gélatineuse ou de myxome avec ses cellules étoilées à prolongements multiples, s'anastomosant entre elles. Les tumeurs myxomateuses pures sont tellement molles qu'elles sont fluctuantes.

Le sarcome, au contraire, est primitivement une tumeur un peu molle, presque fluctuante. Mais il est parfois très-dur.

Il est donc extrêmement difficile d'être fixé, dans un certain nombre de cas, entre le diagnostic de tumeur cartilagineuse pure, ou de sarcome pur. Très-probablement, nous rencontrerons ici une variété mixte, formée par le mélange des deux espèces d'éléments. L'élément cartilagineux a constitué la première tumeur, il y a huit ou neuf ans. Mais la poussée qui s'est faite depuis un an peut être attribuée soit au ramollissement du cartilage, soit au développement d'éléments sarcomateux. Je dirai donc que la tumeur est un chondro-sarcome; cependant je ne serais pas autrement étonné si je ne rencontrais que l'une ou l'autre seulement de ces tumeurs.

Cela, d'ailleurs, importe peu : ce qu'il fallait préciser, c'est qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur maligne proprement dite.

Le traitement est tout indiqué : il faut enlever cette tumeur, dont l'extirpation ne sera pas très-difficile. Faisons toutefois des réserves pour le cas où, les parties ayant pris un très-grand développement, des adhérences assez résistantes réunissent le kyste celluleux aux régions profondes. Il faut alors disséquer l'extérieur de la poche au lieu d'énucléer simplement la masse, et, dans ces cas, il faut respecter la carotide externe qu'on a quelquefois ouverte, et éviter aussi la section du facial, surtout dans les tumeurs situées à la partie antérieure de la parotide et dans les tumeurs diffuses.

L'énucléation dans ce cas a été très-facile, et le diagnostic de chondro-sarcome a été confirmé.

## REVUE DE LA PRESSE

**Plaie pénétrante de l'abdomen chez une femme arrivée à la fin de la grossesse. — Hernie de l'intestin et de l'utérus gravide. — Opération césarienne. — Réduction des organes sortis. — Mort de la mère. — Enfant vivant** (Khandrikov). — L'auteur fait remarquer que l'observation qui va suivre est intéressante, non-seulement à cause de la rareté du fait qu'elle relate, mais encore parce qu'elle montre qu'un traumatisme épouvantable n'a exercé pendant vingt-six heures qu'une influence relativement faible sur les facultés psychiques de la malade et que l'enfant dont elle était alors enceinte a survécu.

La nommée Nastasia E... entre à l'hôpital le 16 février 1877 pour une plaie très-large et à bords déchiquetés de la région hypogastrique. C'est une paysanne âgée de vingt-cinq ans et arrivée à une époque avancée de la grossesse.

Voici, d'après les parents de cette malade, comment s'est produit l'accident : Le jour même de son entrée, à huit heures du matin, elle est tombée de la hauteur d'un étage par une ouverture du plancher servant de porte et fermée par une plaque de tôle. Cette plaque a glissé sous le poids de la malade et est tombée en même temps qu'elle, de sorte qu'à la fin de sa chute elle avait une direction verticale. Le ventre a porté sur un des angles, et il s'est fait une plaie intéressant la paroi dans toute son épaisseur, d'une crête iliaque à l'autre. Presque aussitôt l'utérus gravide et les circonvolutions intestinales sont venues faire saillie au dehors. Trois médecins, dont un accoucheur, appelés peu après, n'ont pas cru devoir intervenir chirurgicalement, et ils ont conseillé à la malade d'entrer à l'hôpital.

Khandrikov, appelé presque aussitôt, trouva la malade couchée sur un matelas (celui-là même qui avait servi à la transporter); elle était dans le décubitus latéral gauche, face pâle, voix faible, connaissance parfaite, pouls plein. L'utérus et l'intestin herniés étaient saillants en avant de la plaie et reposaient sur le matelas. Selon son dire, les mouvements fœtaux seraient devenus imperceptibles trois heures avant son arrivée à l'hôpital. Les battements du cœur fœtal sont imperceptibles. Le plus léger contact à la surface des organes herniés détermine des douleurs extrêmement violentes. Il paraît impossible de remplir la première indication sans chloroformiser la malade, c'est-à-dire de la placer dans le décubitus dorsal, de faire rentrer ce qui est sorti et de s'assurer de l'étendue de la lésion. On fait donc l'anesthésie, puis on dispose convenablement la malade et on réduit l'utérus et la portion d'intestin sortie. On voit alors que la plaie intéresse la paroi abdominale dans toute son épaisseur; qu'elle part de la crête iliaque droite du côté droit, intéresse toute la région correspondante, descend vers le pubis et remonte jusqu'à la crête iliaque du côté opposé. Le lambeau supérieur comprenant toute l'épaisseur de la paroi s'est rétracté et a glissé sur le fond de l'utérus en haut, et il semble impossible de l'attirer suffisamment en avant pour qu'il puisse recouvrir les organes précédents. Dans ces conditions une nouvelle indication se présente : évacuer immédiatement le contenu de la matrice. Comme il ne reste que peu d'espoir de sauver la malade et que l'on est arrivé au dernier mois de la grossesse, on réussira peut-être, en agissant ainsi, à sauver l'enfant; toutefois, comme depuis plus de trois heures la mère a cessé de sentir

ses mouvements, comme il est impossible d'entendre les battements du cœur, il ne faut pas trop espérer de le retirer vivant. Dans tous les cas l'hystérotomie paraît répondre à l'indication urgente. On fait sur la face antérieure de l'utérus une incision verticale longue de 2 verckov 1/2 (11 centimètres). Le fœtus extrait immédiatement est en état d'asphyxie avancée; on réussit à rétablir assez vite la respiration en ayant recours aux moyens usités en pareil cas. Le placenta fut extrait par la plaie. Sous l'influence du froid et de la pression, la rétraction de l'utérus fut complète au bout de 10 minutes. L'hémorrhagie consécutive à la délivrance fut arrêtée par les mêmes moyens. La plaie de l'utérus saigna un peu plus longtemps, bien qu'elle eût été réunie au moyen du *catgut*. Après la rétraction de l'utérus et la réduction des anses intestinales, l'affrontement des bords de la plaie des parois devint possible. On les rapprocha par quelques points de suture superficiels et profonds. La malade fut placée dans le décubitus dorsal, les jambes rapprochées. On mit un bandage de corps et deux vessies de glace au-dessus. Pendant la nuit, elle vomit deux fois et se plaignit de vives douleurs abdominales, bien qu'elle eût pris trois quarts de grain de morphine.

Le 17, à neuf heures et demie du matin, pouls radial insensible, respiration difficile et superficielle, téguments ternes, connaissance parfaite, parle avec difficulté. La mort survient quelques heures plus tard. Enfant vivant. (*Annales de la Société de chirurgie de Moscou*, t. II, p. 48-49.)

**Remarques sur le mécanisme des pulsations des veines et en particulier sur celles des jugulaires** (Lauder Brunton). — La pulsation des jugulaires est importante surtout parce qu'on la regarde habituellement comme un des signes de l'insuffisance tricuspide.

Il ne faut point confondre la pulsation proprement dite des jugulaires avec celle qui leur est communiquée par les battements des carotides, je ne parlerai point de celle-ci.

Un certain nombre d'auteurs pensent que ce symptôme peut être produit sans qu'il existe de lésion cardiaque. D'autres l'attribuent à la contraction de l'oreillette droite, à un refoulement du sang consécutif à la compression qu'exerce l'aorte sur les veines intra-thoraciques au moment où elle est distendue. Plusieurs observations que j'ai eu l'occasion de faire m'ont porté à croire que la distension de l'aorte agit, mais tout autrement que ne l'a dit Friedreich. Je ne puis pas croire que le phénomène que j'ai observé ait passé jusqu'ici complètement inaperçu, je suis persuadé au contraire qu'il a été décrit déjà par les anciens auteurs: il est vrai qu'aucun travail moderne ne dit rien qui puisse le faire supposer.

Le phénomène en question est une pulsation apparente dans la jugulaire gauche, tandis qu'il n'y a rien absolument dans la droite. Dans le premier cas de cette espèce que j'ai observé, la pulsation du côté gauche était parfaitement visible. En comparant la jugulaire avec celle de droite, elle paraissait beaucoup plus remplie. Quand je la comprimais juste au-dessus de la clavicule, afin de voir si je pourrais arrêter la pulsation, elle se remplissait et se distendait très-rapidement. Ceci montrait que les vaisseaux périphériques qui venaient s'y déverser étaient fortement dilatés eux-mêmes et que leur contenu s'écoulait avec rapidité vers la veine collectrice. Une compression analogue exercée sur la jugulaire du côté droit produisait des résultats identiques: quand on cessait la pression, elle se vidait rapidement; la réplétion et la déplétion donnaient l'apparence d'une sorte de pulsation. Quand la compression était exercée dans le même ordre que les battements du pouls, on produisait dans la jugulaire gauche exactement ce qui se passait dans la droite. Il m'a semblé dans ces conditions que le pouls veineux résultait d'une compression et d'un relâchement alternatifs de la veine innominée par l'aorte durant sa contraction et sa dilatation correspondant à la diastole et à la systole cardiaques. Depuis que mon attention a été attirée sur cette pulsation jugulaire unilatérale, j'en ai observé plusieurs cas, et toujours chez des femmes anémiques.

Rosanna R..., vingt-deux ans, fabricante de cartouches, travaille habituellement dans une pièce close. Depuis un an elle a pâli et a eu beaucoup de soucis dans le cours de l'année dernière, est devenue chlorotique; menstruation régulière, mais peu abondante, constipation, langue bonne, mais appétit nul. Souffle anémique; pas d'autre anomalie des bruits du cœur. Pulsation apparente dans la jugulaire gauche, rien à droite. Les jugulaires se remplissent rapidement quand elles sont comprimées. En exerçant sur la droite des compressions isochrones aux battements du pouls, on produit une pulsation visible. Quand on commence à ausculter, la pulsation dans la jugulaire gauche devient distincte. Les battements du cœur sont un peu précipités. Lorsque la malade s'agite, la pulsation de la jugulaire gauche diminue pour disparaître finalement. Elle ne se reproduit pas tant que la malade se promène dans la chambre, mais on peut difficilement l'y déterminer.

Élisabeth G..., dix-neuf ans, très-pâle, tousse et maigrit depuis neuf mois. Appétit misérable. Les intestins fonctionnent bien. Aménorrhée depuis trois mois. Pulsation dans la jugulaire gauche, mais seulement durant l'expiration; les veines se vident complètement durant l'inspiration; pas de pulsation dans la jugulaire droite, celle de la gauche est arrêtée par la pression sur la clavicule; on en produit une analogue dans la jugulaire droite par la pression avec le doigt. Pas de murmure veineux distinct.

Marguerite B... entre à l'hôpital se plaignant de faiblesse et d'accidents nerveux divers. Peu après son entrée elle eut des vomissements, et dix jours plus tard elle cracha un peu de sang. Épistaxis fréquents dans la soirée, rien d'anomal à l'auscultation du cœur ou du poumon. Pulsation de la jugulaire à l'endroit où le cou est comprimé par la cravate.

Dans le cas de Rosanna R..., la pression exercée par l'aorte sur la veine innominée était insuffisante pour produire une pulsation lorsque la malade était tranquille, mais elle arrivait dès que la circulation était accélérée par des mouvements un peu énergiques ou par l'émotion. Chez une autre on ne voyait rien pendant l'inspiration et la dilatation du thorax, et les battements des jugulaires se montraient aussitôt après l'expiration. Dans tous les cas, les vaisseaux périphériques étaient dilatés, de sorte que la veine se remplissait durant la compression, même lorsque aucune pulsation n'était produite.

Les ouvrages modernes ne parlent pas non plus d'une autre variété de pouls veineux mentionnée par les vieux auteurs. Elle n'est point simulée, mais absolument réelle, et se passe dans les veines pulmonaires et la veine cave. M. Joseph Fayrer et moi, nous avons trouvé que chez les lapins ces vaisseaux battent encore un certain temps après que les contractions des oreillettes et des ventricules ont entièrement cessé. Lorsque l'on ouvre le thorax d'un animal, les battements du cœur persistent pendant longtemps, puis les ventricules s'arrêtent et les oreillettes continuent à battre de même que les veines pulmonaires. En général, on trouve 420 battements par minute, mais ceux des ventricules ne sont point synchrones avec ceux des veines. Lorsque la contraction des oreillettes cesse, les pulsations des veines pulmonaires continuent, parfois les ventricules recommencent à battre. (Pulsation des ventricules, 8 par minute; des artères pulmonaires, 40 par minute.) La pulsation des veines caves est encore perceptible une heure quarante minutes après l'ouverture du thorax; celle de la veine cave inférieure remonte comme une vague vers l'oreillette droite, le ventricule restant en repos. Celui-ci recommence à battre lorsque l'oreillette s'est contractée deux ou trois fois. Ces contractions rhythmiques des veines pulmonaires et de la veine cave arrivent chez des animaux mis à mort de différentes manières. Je les ai observés avec M. Joseph Fayrer, après un coup sur la tête, après l'empoisonnement par le venin du cobra, le chloroforme, l'atropine, l'ésérine. Nous ne savons trop quelle en est la cause immédiate, et nous ne pourrions pas dire au juste s'il s'en est produit d'analogues chez l'homme. Mais des observations faites sur des criminels décapités montrent que la veine cave inférieure, la veine hépatique, la veine porte et plusieurs veines sous-pleurales sont fortement contractiles; il y a donc lieu de supposer qu'il se

produit chez l'homme des pulsations analogues à celles que l'on a observées chez les animaux. Nous avons déjà dit qu'il n'y avait aucun synchronisme entre les pulsations des veines pulmonaires et la contraction des ventricules. Supposons qu'il se produise un phénomène analogue dans l'insuffisance mitrale, il y aurait là un obstacle sérieux au reflux du sang vers l'oreillette et les veines pulmonaires; la même chose peut arriver pour la veine cave dans les cas d'insuffisance tricuspide.

La pulsation observée chez une des malades à l'endroit même où le cou était comprimé par la cravate, ceci met en évidence une propriété des veines à laquelle on n'attache peut-être pas une importance suffisante, la contractilité. Elle est marquée surtout dans les veines de petit calibre. Leurs parois se rapprochent parfois tellement que la lumière est obturée. Elles ont aussi très-souvent des pulsations rhythmiques; cette contraction, lorsqu'elle entre en jeu, a pour effet de diminuer la tension dans les capillaires et d'atténuer probablement les troubles que produirait l'insuffisance tricuspide. En effet, chez certains individus, nous trouvons un œdème considérable sans albuminurie; chez d'autres, une violente dyspnée avec tous les phénomènes de l'œdème pulmonaire sans que les membres inférieurs présentent rien. Tantôt c'est le contraire: j'ai vu des bronchites chroniques avec des accès de dyspnée, de la cyanose de la face, des troubles sérieux de la circulation améliorés notablement par l'ipécacuanha. Lorsque les phénomènes pulmonaires devenaient moins intenses, l'œdème des jambes apparaissait ou augmentait.

Il est vrai que l'on ne sait pas au juste quelle action les médicaments exercent sur les veines; il est probable que d'ici fort peu de temps nous aurons de plus amples renseignements sur ce sujet. (*Medical Press and circular, July* 2, 1879, p. 1.)

**De la valeur thérapeutique de l'ésérine dans la kérato-conjonctivite purulente** (Morano). — Le docteur Morano rapporte deux observations intéressantes de conjonctivites purulentes traitées avec succès par l'ésérine.

La première a trait à une jeune fille de vingt ans affectée de blennorrhée oculaire et d'ectropion de la paupière inférieure du côté droit. Kératite vasculaire, suppuration de la cornée et adhérence de l'iris.

Trois jours plus tard, accidents sympathiques, conjonctivite purulente, cautérisations au nitrate d'argent, scarifications de la conjonctive, irrigation continue avec l'eau phéniquée. Rien ne réussit et le processus continue. L'auteur résolut alors de faire des insufflations d'ésérine afin de distendre le tissu de l'iris et d'éviter un staphylome difforme. La sécrétion purulente diminua aussitôt, et huit heures plus tard elle avait cessé, sauf sur le limbe cornéen. Cinq jours plus tard, sécrétion muqueuse de la conjonctive. Alternance des instillations d'ésérine et des cautérisations au nitrate d'argent. Chaque instillation était immédiatement suivie d'une anémie conjonctivale qui disparaissait en même temps que l'action de l'alcaloïde. Le même traitement, fait pendant quinze jours dans les deux yeux, guérit définitivement la blennorrhée oculaire; l'ectropion et la hernie de l'iris diminuèrent à tel point qu'au bout d'un mois on ne voyait plus sur la cornée qu'une légère cicatrice du côté droit. Du côté gauche la vision était redevenue complètement normale.

Au commencement de novembre, nouvelle poussée; œdème palpébral, conjonctivite purulente, kératite vasculaire. Douleur et larmoiement. Iridectomie suivie d'une disparition rapide des phénomènes inquiétants et d'un retour presque immédiat de l'acuité visuelle.

Une autre observation a pour sujet un homme de quarante-quatre ans qui, au commencement d'août, eut une conjonctivite purulente de l'œil gauche. Le 10, il se présenta avec les phénomènes suivants: cyanose et tuméfaction des deux paupières, écoulement muco-purulent très-abondant, érythème des joues, chémosis de la conjonctive bulbaire, engorgement prononcé de la conjonctive palpébrale, abcès disséminé de la cornée ne permettant de rien voir dans la chambre antérieure, conjonctivite catarrhale et troubles de la cornée de l'œil droit.

Malgré le traitement, la maladie fit des progrès, et quinze jours plus tard la cornée était presque entièrement détruite et l'iris n'était plus recouvert que par la membrane de Descemet; il vint faire saillie au dehors après que la perforation fut complète. Emploi alternatif des instillations d'ésérine et des cautérisations au nitrate d'argent. Au bout d'une semaine, la pression intra-oculaire était redevenue normale; le mucus purulent de la conjonctive avait disparu, au bout d'un mois il n'y avait plus de chémosis et le staphylome de l'iris s'était complètement réduit. La suppuration de l'œil droit était très-limitée; cependant on ne peut pas éviter complètement la formation d'un petit leucome adhérent. La vision était entièrement abolie à gauche. A droite, la malade ne distinguait que le mouvement des doigts. Iridectomie des deux côtés. Le résultat fut excellent, et, le 8 décembre, la malade put quitter la clinique. La cornée était redevenue presque transparente. L'auteur croit qu'en instillant une goutte de la solution de sulfate d'ésérine (5 centigrammes pour 25 grammes d'eau) on obtient au bout de cinq minutes une contraction du sphincter pupillaire; ce phénomène est précédé d'ischémie conjonctivale. L'ésérine agirait donc en amenant une contraction des fibres musculaires lisses; elle leur donne une forme rectiligne capable d'accélérer la circulation, de diminuer le calibre des vaisseaux et de mettre ainsi obstacle à la diapédèse. (*Giornale delle malattie degli occhi, novembre e diciembre* 1878.)

**Rétrécissement cancéreux de l'intestin grêle. — Entérotomie. — Pneumonie. — Mort** (Larsen). — Le docteur Larsen a communiqué l'observation suivante à la Société de médecine de Christiania en 1877:

En décembre 1876, une personne a des douleurs, de la tension du ventre, des vomissements. Elle ne va à la garde-robe qu'au moyen de lavements; trois jours plus tard, vomissements fécaloïdes. Entre à l'hôpital le 1er janvier 1877; selles après de grands lavements d'eau. Lavements nutritifs. Le 24 janvier et le 12 février vomissements stercoraux. Ponction de l'intestin sans avantage.

13 février. Entérotomie faite par le professeur Nicolaysen. Les bords de l'orifice intestinal artificiel sont fixés à la paroi abdominale au moyen de douze fils de catgut. Plusieurs litres d'excréments liquides sortent par l'orifice. Les vomissements persistent, et la mort arrive trois jours après l'opération.

A l'autopsie on trouve un rétrécissement cancéreux de l'intestin grêle à un pied au-dessus de la valvule de Bauhin; une bougie olivaire très-mince peut le franchir. Infiltration pneumonique des 2/3 inférieurs du lobe inférieur du poumon gauche. Pas de trace de péritonite. (*Norsk. Magaz. f. Lägerid R.* 3, *Bd* 7. *Forhandl. i med. Selsk. i Kristiania*, 1877, *p.* 166-168.)

---

Par décision ministérielle en date du 22 août 1879, M. le docteur Foucaut, médecin principal de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services, et sur sa demande.

---



Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8687.

N° 110. — MARDI 23 SEPTEMBRE 1879. 52e ANNÉE. MARDI 23 SEPTEMBRE 1879. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — HÔTEL-DIEU. Hernie épiploïque et hydrocèle du canal vagino-péritonéal demeurée perméable. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. De la chylurie et du distoma hæmatobium. HÔPITAL COCHIN. Péritonites par perforation restées latentes pendant la vie des malades. CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. Kyste de l'iris.

## HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

### Hernie épiploïque et hydrocèle du canal vagino-péritonéal demeuré perméable.

Nous sommes en présence d'un malade porteur d'une tumeur des bourses, dont le diagnostic ne laisse pas que de présenter quelques difficultés. Il s'agit d'un garçon boulanger, âgé de trente-un ans, gros et vigoureux gaillard qui nous raconte les faits suivants :

Jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans, il s'est toujours bien porté : il avait cependant remarqué qu'il avait le scrotum plus volumineux du côté droit que du côté gauche. En 1871, après une nuit de travail, il fit un effort violent, et, pendant un mouvement de toux, il sentit tout à coup la bourse du côté droit augmenter considérablement et brusquement de volume. Il n'était pas éloigné de l'hôpital Lariboisière, il s'y rendit aussitôt; n'éprouvant d'ailleurs aucune espèce d'accidents : on l'étendit sur un lit, et on lui fit la réduction de sa hernie, on lui conseilla de porter un bandage. Il le garda jusqu'en 1876, époque à laquelle le bandage s'étant cassé, il ne le remplaça plus,

Il y a un mois environ, il fit un brusque effort, qui produisit le même accident qu'en 1871. Comme il partait alors pour la Corrèze, il se fit voir par un médecin à son arrivée dans son pays natal. Ce jeune médecin l'examina, puis appela en consultation un confrère plus âgé qui ne fut pas d'avis de faire une opération, et dit au malade de se faire traiter en arrivant à Paris.

Il n'éprouva pas plus d'accidents que lors de la première tumeur des bourses : ni vomissements, ni coliques, ni suppression de selles, etc.

A son arrivée à Paris, il vint me consulter dans mon cabinet, pour me demander de lui faire l'opération, la ponction, disait-il, dont lui avaient parlé les médecins de la Corrèze. Je le fis entrer à l'hôpital, où nous l'avons examiné. Il n'y a pas de transparence de la tumeur.

Cette tumeur de bourses est de la grosseur des deux poings réunis ; il existe une assez vive rougeur des téguments, qui cependant glissent parfaitement sur les organes profonds. La tumeur est partagée en deux tumeurs secondaires par une bride : le lobe inférieur est distinct, arrondi et fluctuant, un peu pâteux : en arrière de ce lobe, on sent un point plus dur, dont la compression fait faire un brusque soubresaut au malade, et qui est sans doute le testicule, enveloppé par une couche de liquide, mais aussi recouvert d'autre chose. Le lobe supérieur est bosselé, pâteux, comme s'il contenait de la graisse de lipome, par exemple : on n'y sent pas la crépitation qui caractérise l'épiploon.

Saisissant la tumeur en masse, et cherchant à la faire sortir du canal inguinal, on lui sent un pédicule qui ne parcourt pas tout le trajet du canal inguinal, mais qui sort directement de la cavité abdominale. C'est une hernie directe qui traverse bien le canal inguinal, mais l'a redressé et est devenue directe; la corde épiploïque qui la constitue a rapproché les deux orifices de ce canal, l'anneau interne et l'anneau externe, et les met en face l'un de l'autre, au lieu de leur laisser leur position oblique.

La tumeur n'a pas de sonorité : elle est complètement mate partout. Elle n'est pas douloureuse. Le malade ne se plaint que du volume de sa tumeur.

Comment se fait-il qu'en 1871 la tumeur est brusquement apparue? Ce n'est pas facile à établir car ordinairement une hernie ne vient pas d'un seul coup au fond des bourses : elle débute par une pointe de hernie qui progresse successivement jusqu'à l'anneau extérieur, formant une petite tumeur, un bubonocèle, puis la saillie s'allonge, étapes par étapes, et met des mois, des années à atteindre le fond des bourses. Ici, elle y serait venue d'un seul effort. Cependant on peut l'expliquer. Jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans, le malade avait conservé son canal vagino-péritonéal perméable; ce qui fait comprendre pourquoi les bourses étaient plus volumineuses du côté droit que du côté gauche, parce qu'il se glisse toujours un peu du liquide, en plus ou moins grande quantité, dans l'infundibulum logé au fond des bourses. Quand ce canal persiste, l'intestin peut dilater facilement le canal inguinal, et par un seul effort arriver en masse jusqu'au fond du scrotum. Ce mécanisme de hernie suppose toujours que le canal péritonéal est resté perméable.

On a réduit la hernie qui s'était produite ainsi, et le bandage appliqué a resserré le canal péritonéal. Un nouvel effort a dilaté de nouveau ce canal, et une hernie s'est reproduite. Elle a tous les caractères de la hernie dite congéniale, et qui est si fréquente chez les jeunes enfants dont

le canal vagino-péritonéal ne s'est pas oblitéré avant la naissance.

Nous avons dit aussi qu'on sent le testicule enveloppé par une substance faisant partie de la tumeur : quelle est cette portion viscérale qui entoure le testicule? Je ne pense pas que ce soit l'intestin : il n'y en a pas, il n'y en a jamais eu dans cette tumeur. En 1871, s'il y avait eu une anse intestinale comprise dans la hernie, la rapidité de l'accident aurait déterminé immédiatement des coliques, des vomissements, la suppression des selles. De même en 1878, la sortie de la hernie ne provoque pas plus d'accidents, et aujourd'hui encore cet homme boit et mange bien. Je pense donc qu'il y a dans le lobe inférieur de la tumeur une certaine portion d'épiploon engagée dans la cavité de la tunique vaginale, puis il y a eu un serrement au point où devait exister la séparation entre la cavité de la tunique vaginale et la cavité péritonéale.

Cet étranglement est représenté par la bride que nous sentons et qui sépare la tumeur en deux portions. Dans ce lobe inférieur de la tumeur, autour de l'épiploon engagé dans la tunique vaginale, s'est fait un épanchement de liquide non transparent, et venant de la transsudation du sang des veines épiploïques comprimées : c'est une hématocèle plus ou moins rougeâtre.

En arrière est le testicule.

Quant au lobe supérieur, c'est une nouvelle portion d'épiploon qui se reconnaît à ses bosselures visibles même à l'extérieur.

Il faut réduire cette hernie : on l'a essayé plusieurs fois en vain, car, depuis un mois, quoiqu'il n'y ait pas eu d'inflammation vive, les adhérences ont eu le temps de se faire, et elles sont déjà assez résistantes pour gêner la réduction.

Nous ferons préalablement la ponction pour donner issue au liquide qui est, pour une part, dans le volume du lobe inférieur de la tumeur. L'issue du liquide nous laissera plus de facilités pour la réduction, car, dans l'état actuel du malade, nos efforts se perdent sur cette couche de liquide. Si le taxis ne réussit pas, après quelques tentatives, nous appliquerons la bande de caoutchouc qui nous sera probablement beaucoup plus efficace.

La ponction de l'hydrocèle donne issue à une grande quantité de liquide citrin, limpide; puis la réduction de la masse épiploïque se fait assez facilement.

Il est évident que, dans ces cas, il ne faut pas songer à faire des injections irritantes, comme après l'opération de l'hydrocèle, dans la cavité vaginale qui communique avec la cavité péritonéale.

---

## HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

### De la chylurie et du distoma hæmatobium.

La *chylurie* s'appelle aussi *hématurie graisseuse* ou *chyleuse* des pays chauds ; *diabète* laiteux. Quant aux mots de *pimélurie,* ou de *lymphorrhagie* récemment proposés en France, comme ils semblent inventés par la manie de changer le vocabulaire médical au profit de l'auteur, et qu'ils n'ont aucune raison d'être, il n'y a pas lieu de les accepter.

Pour bien faire comprendre ce que c'est que la *chylurie,* je vais d'abord indiquer la composition des urines qui caractérise cette maladie. Je ne puis mieux faire que de publier textuellement les analyses faites sur deux des malades que j'ai eu traiter. La première, faite par M. Petit, est relative aux urines d'un Brésilien venu en France, et la seconde, faite deux fois, par M. Berthiot d'abord, et ensuite à l'École de pharmacie, a pour sujet les urines d'une jeune Parisienne de quinze ans, prise de cette maladie à Paris même.

1° *Analyse de l'urine de M. Auguste C.....* — Nous avons examiné, avec le plus grand soin, cette urine qui nous a été envoyée par M. le docteur Bouchut, et il résulte de nos expériences ce qu'on va lire :

1° Elle présente l'aspect d'une émulsion de matière grasse, parfaitement homogène et ne se séparant pas, même après vingt-quatre heures de repos.

2° Couleur d'un blanc jaunâtre, assez semblable à du café au lait; seulement on remarque une teinte plus rougeâtre à la partie inférieure du vase.

3° Odeur peu forte, semblable à celle de l'urine ordinaire, sans aucun indice de fétidité.

4° Densité : 1,027, un peu supérieure à la densité normale.

5° *Examen microscopique.* — Une goutte de cette urine, prise à la partie inférieure du vase, dans la zone rougeâtre, fait voir au microscope quelques granulations amorphes et aussi des globules du sang. Une goutte de cette urine prise à la partie supérieure ne laisse voir aucun globule du sang, ni globule de graisse. Si on prend un peu de cette urine et qu'on la chauffe avec quelques gouttes d'acide acétique, en l'examinant de nouveau au microscope, l'aspect a complètement changé, car alors on voit un *très-grand nombre de globules gras, parfaitement sphériques et de dimensions diverses.*

6° En agitant cette urine avec de l'éther et laissant ensuite reposer le tout, on voit le mélange se séparer en deux couches distinctes et *transparentes.* — La couche supérieure formée par l'éther a été décantée et évaporée. J'ai obtenu ainsi, comme résidu de l'évaporation, une matière grasse de couleur jaunâtre, d'odeur aromatique et parfaitement saponifiable par les alcalis. Un dosage direct me fait voir que cette matière grasse entrait dans l'urine dans les proportions de 6 grammes par litre d'urine.

7° La couche inférieure, ou bien l'urine dépouillée de sa matière grasse, présente les propriétés suivantes :

Elle se coagule par l'action de la chaleur et par celle de l'acide nitrique. Par conséquent elle contient de l'albumine. La quantité de ce principe est à peu près de 0gr.50 par litre d'urine.

Cette urine ne se coagule pas par l'acide acétique, ce qui indique qu'elle ne contient pas de caséine.

8° L'urine privée de matière grasse par l'éther a été chauffée à l'ébullition, puis filtrée pour en séparer l'albumine. Le liquide clair a été soumis aux expériences suivantes :

Portée à l'ébullition après addition de potasse caustique, elle ne se colore pas. Elle n'exerce aucune action réductrice sur le réactif cupro-potassique. Ces deux dernières expériences démontrent que cette urine ne contient pas de sucre ordinaire en glycose.

9° La réaction de l'urine avant tout traitement est acide; elle rougit franchement le papier bleu de tournesol.

De tout ce qui précède il résulte que le nom d'*urine albumino-graisseuse* est celui qui convient à l'urine examinée. La présence d'un peu de sang n'a rien de bien extraordinaire, car on a publié plusieurs observations dans lesquelles les urines albumino-graisseuses avaient succédé à des urines sanguinolentes.

La seconde analyse, faite par M. Berthiot, pharmacien, est relative aux urines d'une jeune fille de quinze ans, née à Paris et habitant le quartier de la Bastille.

2° *Analyse de l'urine de M<sup>lle</sup> X..... âgée de quinze ans.* — La densité de l'urine est égale à 1,048 (densité très-forte).

I. L'urine est blanche, laiteuse et fortement acide ; par le repos elle se sépare en deux couches dont l'une supérieure, plus blanche, est analogue à de la crème ; cette couche, traitée par l'éther, lui

abandonne une quantité très-notable de graisse facilement reconnaissable aux taches huileuses qu'elle laisse sur le papier.

II. 1° Filtrée et traitée par la chaleur, l'urine se trouble, et il se forme un précipité abondant de matières protéiques. Le précipité se dissout en partie pendant le refroidissement, ce qui indique que l'albumine se trouve en partie à l'état modifié (albuminose).

2° Le nitrate acide de mercure produit un précipité d'albumine avec coloration rouge.

3° Le tannin et l'alcool donnent avec l'urine des précipités très-abondants.

4° L'acide nitrique donne un précipité jaune caractéristique de l'albumine.

5° L'urine, acidifiée par l'acide acétique et traitée par le cyanoferrure de potassium, donne également un précipité floconneux de matières protéiques.

III. Traitée par la chaux, la potasse, la liqueur de Baresswill, l'urine ne donne lieu à aucun précipité ni à aucune coloration indiquant la présence du sucre.

*Conclusions.* — Cette urine doit être classée *dans les urines chyleuses;* elle renferme de la graisse et de l'albumine, cette dernière surtout à l'état modifié.

La seconde analyse, faite à l'école de pharmacie, donne les mêmes résultats : densité, 1039. L'examen microscopique indique la présence de nombreux globules de graisse facilement isolables par l'éther, de quelques cellules épithéliales et enfin de cristaux groupés d'acide urique et d'urate de soude. Voici l'observation de la malade :

Obs. — *Chylurie sur une jeune fille de quinze ans; hystérie; double conscience et dualité du moi.* — Mlle X...., âgée de quinze ans, que j'ai vue en 1876 en consultation plusieurs fois avec le docteur Bilhaut, est bien formée, forte et fraîche. Elle a été vue aussi par un grand nombre d'autres médecins. Elle a depuis quelques semaines des attaques violentes d'hystérie caractérisées par la perte de connaissance et de sensibilité, sans changement de couleur du visage, par des spasmes du diaphragme et du ventre, par des étouffements, par la sensation de boule dans le cou, et par des convulsions violentes des membres sans fièvre. Ces attaques reviennent très-souvent et sont entremêlées de pleurs et de larmes.

Parfois, sans attaques convulsives, elle est prise d'un délire dont on peut la tirer un instant par des questions auxquelles elle répond assez bien, puis elle délire de nouveau; les crises ont lieu tous les jours.

De temps à autre, elle se plaint de maux de tête, de courbature et de mal à l'estomac avec vomissements sans flux du ventre.

Elle n'a que peu d'appétit.

Les urines ont pris un aspect étrange qu'on n'observe jamais en France, mais qui se voit de temps à autre au Brésil et dans les pays chauds. Elles sont blanches comme du lait, c'est ce qui caractérise la chylurie.

Dans les observations faites chez cette enfant pendant un certain nombre de jours sur la densité et l'aspect des urines, voici ce qui a été noté :

9 mai, matin, 1013, laiteuse; soir, 1017, jaune trouble.

10 mai, matin, 1030, jaune trouble; soir, 1016, blanche laiteuse.

11 mai, matin, 1015, jaune trouble; une heure après, 1010, laiteuse; soir, 1024, purulente.

12 mai, matin, 1032, jaune trouble; avant midi, 1006, laiteuse trouble; soir, 1024, très-laiteuse.

13 mai, matin, 1018, jaune clair; vers midi, 1010, très-laiteuse; soirée, 1021, laiteuse purulente.

15 mai, matin, 1010, laiteuse; soir, 1022, un peu plus laiteuse.

16 mai, matin, 1015, laiteuse; six heures soir, 1030, laiteuse plus épaisse.

17 mai, cinq heures matin, 1030, jaune très-trouble; entre deux et quatre heures, 1005, presque sans couleur.

18 mai, matin, 1030, jaune laiteuse trouble; soir, 1032, jaune épaisse.

19 mai, 1034, jaune trouble épaisse; avant midi, 1002, comme de l'eau; soir, 1032, laiteuse.

20 mai, matin, 1024, purulente laiteuse; pendant la crise, 1006.

21 mai, matin, 1030, jaune trouble; après-midi, 1020, laiteuse; après-midi, vers le soir, 1032, laiteuse.

22 mai, cinq heures matin, 1023, laiteuse.

Les urines ont été acides, rarement neutres, et par le repos elles se divisaient en deux couches, une inférieure semblable à du petit lait non clarifié, et l'autre supérieure semblable à de la crème blanche. Cette dernière partie graisse le papier, se dissout dans l'éther, et présente au microscope un grand nombre de granules de graisse très-petits et de volume variable. On y trouve, en outre, de l'albuminose, des cellules épithéliales, et enfin des cristaux d'acide urique et d'urate de soude.

Au bout de quelques semaines, la chylurie a disparu, et on a observé des crises singulières caractérisées par une sorte de dédoublement de la personnalité qui n'est, comme dans le cas précédent, qu'une sorte de somnambulisme diurne se prolongeant pendant cinq ou sept heures. J'en reparlerai un peu plus loin.

Ces crises se sont reproduites pendant près de deux mois et ont fini par disparaître. Alors il est survenu des vomissements de matières aqueuses très-abondantes, et cessation absolue des évacuations alvines et urinaires pendant vingt-quatre jours.

Un peu plus tard, il y a eu écoulement périodique de sang par le bout du sein gauche, phénomène analogue aux stigmates hémorrhagiques de certaines femmes affectées d'extase, et de Louise Lateau en particulier. Cet écoulement a duré plusieurs jours, il était assez abondant, et, quand il cessa, il suffisait de presser le bout du sein pour en faire sortir plusieurs gouttes du sang. Rien de semblable ne s'est produit dans le sein droit, et l'on n'a pas constaté de suppression des époques mensuelles.

Aujourd'hui tous ces accidents ont cessé, et il ne reste plus que des troubles nerveux, convulsifs et spasmodiques d'hystérie.

La chylurie est rare en France sur des sujets n'ayant jamais quitté le pays. A ce titre, le cas de la jeune fille que j'ai observé à Paris avec le docteur Bilhaut mérite d'être remarqué. C'est presque une affection exclusivement intertropicale. On l'a observée, en Amérique : au Mexique, à la Nouvelle-Orléans, à Cuba, à la Martinique, au Brésil, dans la Colombie, dans la Guyane, au Chili, au Pérou ; en Afrique : à l'île Bourbon et Maurice, en Égypte, à Madagascar; en Asie : à Calcutta et dans les Indes néerlandaises. J'en ai vu un autre cas à Paris sur un Brésilien qui a guéri momentanément.

Elle est plus commune chez l'adulte que chez l'enfant; mais Chapotin, Salesse, Cassien, Priestley, en ont observé de huit à dix, treize et quinze ans. Il y a eu un cas publié dans mon *Traité des maladies de l'enfance*. Le cas que j'ai vu à Paris avait pour sujet une fille de quinze ans.

Il paraît seulement que la période hématurique prémonitoire est plus commune chez les enfants, et, si la transformation en chylurie n'a pas lieu, c'est l'hématurie qui persiste dans l'âge adulte.

La chylurie s'observe chez les femmes un peu plus souvent que chez les hommes; chez les blancs et les créoles que chez les noirs et les mulâtres; chez les sujets lymphatiques et principalement au moment des premières chaleurs, pour cesser avec la saison du froid et des pluies.

Les sujets atteints d'hématurie chyleuse ou d'hématurie ont généralement une bonne apparence. Ce n'est que dans les cas de maladie prolongée que le corps maigrit et que la

santé s'altère profondément. Priestley cite le fait d'un enfant du Cap qu'il a traité à Édimbourg et qui, ayant de l'œdème aux jambes depuis six semaines, est mort avec une dégénérescence graisseuse des reins et des tubercules dans les poumons. Rayer a vu un cas où le corps était couvert de pétéchies et un autre où, avec l'apparition de la chylurie, il y avait un peu d'amaurose passagère.

D'après Wucherer (de Bahia), Leroy de Méricourt, Crevaux, les malades atteints de chylurie ont en général une période d'hématurie de quelques jours précédant la chylurie, et le fait intéressant publié par le dernier de ces auteurs le montre de la façon la plus évidente. Les quatre crises de chylurie prolongée avaient été précédées de quelques jours d'hématurie.

Au début de la crise, il y a quelques jours de fièvre qui coïncident alors avec l'hématurie, puis, quand la chylurie arrive, la fièvre disparaît. Avec cette fièvre initiale existe une douleur rénale à peu près constante, avec ou sans battements, de l'un ou des deux côtés, occupant une fois le scrotum (Wucherer), n'existant que d'un seul côté des reins (Crevaux), pouvant se manifester dans la vessie et même au gland en amenant de fréquents besoins d'uriner.

Dans un certain nombre de cas, il n'y a aucun phénomène initial, pas de fièvre ni d'hématurie, mais ce fait reste à démontrer par de nouvelles études. Alors la crise commence par les urines graisseuses. Dans le fait que je rapporte je n'ai vu que de la chylurie, mais, n'ayant pas assisté à ses débuts, je ne puis rien dire pour éclairer la question.

Lorsque la crise commence par de l'hématurie, il peut se former des caillots dans la vessie qui empêchent l'urination et qui obligent au cathétérisme. Seulement il ne faut sonder ou uriner que lorsque la vessie est bien pleine, pour que l'urine puisse entraîner les caillots de la vessie.

Sur le malade qui fait l'objet de l'intéressante thèse de Crevaux, on voit que le jeune homme, très-préoccupé de cette dysurie, n'urinait que lorsque la vessie était bien pleine, qu'il commençait par une contraction énergique, que, si un caillot était engagé, si une ou deux contractions ne suffisaient pas à leur sortie, il ne fallait pas s'obstiner, et attendre pour recommencer que la vessie fût bien pleine. Dans quelques cas, le caillot de la veille peut se dissoudre dans la vessie, et alors les urines alcalines sont très-chargées de phosphate ammoniaco-magnésien.

Les urines sont tantôt rouges quand il y a hématurie, tantôt blanches comme du lait, plus ou moins foncées, tantôt incolores comme du petit lait non clarifié.

Quand on les laisse déposer, une couche blanche comme de la crème monte à la surface, et elle est plus ou moins épaisse suivant l'abondance de la chylurie.

Elles n'ont pas l'odeur urineuse et ne fermentent pas. J'en ai gardé plus d'un mois sans qu'il s'y produise d'altération.

Elles sont acides, et leur densité varie singulièrement de 1010 à 1048 ou davantage.

Elles précipitent par la chaleur et par l'acide nitrique de l'albumine modifiée qui n'est peut-être que de l'albuminose.

Elles s'éclaircissent graduellement par l'éther concentré qui dissout la matière grasse et qui fournit de 5 à 15 grammes de graisse par litre d'urine. Cette matière grasse a souvent une odeur de beurre de cacao.

Jamais ces urines ne renferment de glycose, mais on y trouve parfois de l'acide urique.

Au microscope, les urines renferment parfois des globules sanguins, bien que l'aspect extérieur n'indique pas leur présence. A plus forte raison y en a-t-il lorsque la chylurie est voisine de la période d'hématurie. Comme l'a remarqué Wucherer, ces globules sanguins sont intacts et offrent leurs caractères normaux, ce qui prouve bien que le trouble de la sécrétion rénale ne saurait être considéré comme une lymphorrhée.

Avec les globules rouges existent beaucoup de globules blancs ou leucocytes analogues à ceux du sang (Wucherer), des granulations graisseuses et des gouttelettes huileuses comme celles du lait. Dans l'urine de ma malade c'étaient des gouttelettes d'huile exactement semblables à celles du lait de femme et mêlées à des granulations et à quelques tubes urinifères granuleux.

Wucherer (de Bahia), qui a le mieux étudié sur de nombreux malades ces altérations de l'urine, y signale enfin la présence de cellules épithéliales de la vessie, des reins, des uretères, et quelques cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

On trouve quelquefois dans ces urines des helminthes de différente nature. Crevaux y a vu dans le cas qu'il rapporte un nématoïde dont il a fait graver la forme et qui avait 265 millièmes de millimètre en longueur sur une largeur de 10 millièmes de millimètre. La tête obtuse porte un point qui ressemble à un amas de granulations plutôt qu'à un orifice, et la queue est très-effilée. Le corps est rempli de granulations. Son agilité est extrême, et par des mouvements de contorsion énergiques il met trente secondes à sortir du champ de l'appareil sous un grossissement de 320 diamètres. C'est une espèce de distome.

Bilharz, en Égypte, a le premier signalé cet helminthe retrouvé par Griesinger 177 fois sur 363 autopsies, et qu'on appelle *Distomum* ou *Bilhazia hæmatobium*. Il a été vu par John Harley au Cap avec ses œufs épars dans l'urine. Le même fait a été signalé il y a soixante ans à l'île de France, par Chapotin, en 1869, à Bahia par Wucherer sur plusieurs de ses malades de chylurie et sur un malade du docteur Silva Lima.

En dehors de ces désordres de la fonction urinaire, les sujets atteints d'*hématurie graisseuse* ou de *chylurie* sont assez bien portants. Ils sont pâles, anémiques, rarement cachectiques et bouffis. Si la maladie dure longtemps, l'hypochondrie les rend souvent assez malheureux, et, chez la jeune fille de quinze ans que j'ai observée, il en est résulté des attaques d'hystérie très-violentes.

Ils ont quelquefois des vomissements au début de la crise, mais pas dans l'état habituel; les selles sont régulières ou rares, et l'appétit est en général excellent.

La fièvre est nulle, si ce n'est pendant quelques jours, au début de la crise, et il n'y a de souffle vasculaire que si l'anémie est très-considérable.

Le sang n'a pas d'aspect laiteux; il renferme, d'après Béale, 0,068 de matières grasses, mais l'examen microscopique n'a pas été fait.

La marche de l'hématurie graisseuse ou chylurie est assez singulière. Parfois elle vient par accès d'hématurie suivis de chylurie, comme chez l'enfant du docteur Crevaux; mais ailleurs c'est une chylurie chronique dont on ne connaît pas le début.

Elle dure indéfiniment, cesse un moment pour reparaître plus tard, et souvent ne guérit jamais. Cassien cite à ce sujet l'observation d'une dame de quatre-vingts ans atteinte, depuis plus de cinquante, d'hématurie chyleuse.

Dans sa durée elle n'altère que très-rarement et bien profondément la santé des malades. Toutefois, avec le temps, il en résulte de l'anémie, de la dyspepsie et de l'hypochondrie. Elle n'entraîne la mort que par exception.

D'après les recherches nouvelles et d'après les résultats de Chapotin, de Wucherer, de Harley, de Griesinger, de Crevaux, etc., il semble que la chylurie soit une maladie parasitaire. La présence si fréquente du *Distoma hæmatobium* en est la preuve. Cet helminthe est la cause de l'hématurie suivie de chylurie ou de la chylurie primitive, et, devant ce fait, le nom de chylurie ou d'urines graisseuses, qui ne préjuge rien, doit être conservé. L'idée que c'est la lymphe qui passe par les urines et que c'est une lymphorrhagie des reins n'est qu'une hypothèse.

*Traitement.* — Les malades atteints de chylurie doivent changer de climat, prendre des bains de mer ou de rivière, faire de l'hydrothérapie, prendre des boissons alcalines quinze jours par mois ; prendre six à dix gouttes d'essence de térébenthine par jour, 1 à 2 grammes de copahu ; du cousso, 5 grammes à 10 grammes ; de l'iodure de potassium, 1 à 2 grammes ; de l'huile éthérée de fougère mâle, etc. Ces derniers moyens ont surtout pour but de détruire le *Distoma hæmatobium* des voies urinaires.

---

## HOPITAL COCHIN. — M. BUCQUOY.

### Péritonites par perforation restées latentes pendant la vie des malades (1).

II

IV. Le 5 janvier 1873, entra dans mon service une femme âgée de trente-six ans, passementière, habitant Paris depuis quinze mois, et dont le frère était déjà mort phthisique, ses parents ayant encore, à ce moment, une bonne santé. Depuis deux ans environ, elle avait éprouvé des troubles digestifs, ballonnement du ventre, diarrhée, coliques. L'amaigrissement faisait tous les jours des progrès : depuis un an, le ventre était tout à fait rétracté. Deux mois seulement avant son entrée à l'hôpital, elle avait commencé à tousser ; les sueurs nocturnes et abondantes avaient apparu, et la cachexie était aussi profonde que chez les phthisiques les plus avancés. A la palpation du ventre, qui était très-douloureuse, on percevait une rétraction en bloc de tous les intestins. Cependant les symptômes pulmonaires étaient très-peu marqués.

La malade se plaignait de douleurs lombaires et abdominales, qui devinrent très-vives ; elle implorait à grands cris les injections de morphine à haute dose ; le pouls était imperceptible, la respiration très-accélérée, et, le sixième jour, la malade expira après une agonie de deux heures. L'autopsie confirma le diagnostic de péritonite tuberculeuse, mais elle démontra, de plus, l'existence d'une perforation que nous n'avions pas soupçonnée.

La muqueuse intestinale cependant ne présentait pas d'ulcérations tuberculeuses. Les anses étaient réduites à leur minimum, et ressemblaient complètement à des boyaux de poulet. La surface péritonéale était recouverte de granulations blanchâtres, variant du volume d'un pois à celui d'une tête d'épingle, que le microscope démontra constituer ce que l'on appelle granulations fibreuses. Derrière les adhérences, dans la fosse iliaque droite, au milieu d'une poche purulente, remplie de pus verdâtre épais, on trouva un *lombric*. La muqueuse ayant été reconnue partout intacte, il fallait bien admettre que le lombric était la cause de la perforation ; il n'est cependant pas armé pour perforer l'intestin, mais le fait n'est pas unique. Grisolle et Requin en ont cité des exemples ; et je me rappelle encore parfaitement qu'à la Société anatomique on a présenté un lombric étranglé, à cheval à moitié sur la séreuse et à moitié sur l'intestin ; la muqueuse et la séreuse étant complètement intactes, il était incontestable que le lombric avait déterminé la perforation.

V. Le 17 octobre 1876, entrait dans cet hôpital, salle Saint-Philippe, n° 16, une femme âgée de quarante ans, journalière. Elle n'avait jamais été malade ; mais, depuis quinze jours, elle avait éprouvé de la constipation et les accidents d'un arrêt des matières fécales ; une débâcle était survenue, et tout allait bien. Le 16, après un déjeûner copieux dans lequel elle avait mangé des légumes et surtout des haricots, elle sentit un gonflement considérable du ventre, et de la douleur dans toute son étendue, mais plus particulièrement du côté droit, où la douleur avait commencé. La constipation était opiniâtre, et des vomissements alimentaires étaient survenus. Le ventre se ballonna fortement ; il était très-peu douloureux, et la distension uniforme. Les vomissements cessèrent ; il n'y avait pas de selles ; la malade ne rendait pas de gaz ; les urines étaient rares, non albumineuses.

Le faciès n'était pas grippé, mais le pouls était petit, fréquent (108). Constatant des phénomènes d'étranglement interne, je cherchai à sentir l'obstacle par la palpation, par le toucher vaginal combiné au toucher rectal, etc. ; je n'arrivai à aucun résultat. Cependant je prescrivis un lavement purgatif ; puis, le lendemain, la malade ne rendant pas de gaz, le pouls étant à 132, et la température seulement à 37°,6, j'insistai sur le traitement évacuant, purgatifs, huile de croton, etc., parce que je ne doutais plus qu'il n'y eût un étranglement interne. Une douleur plus vive se déclara du côté droit, le 20 ; j'appliquai douze sangsues au niveau du point douloureux, mais, les sueurs froides étant survenues, quoique le faciès ne fût pas altéré, je tentai un dernier moyen, le cathétérisme avec la sonde rectale.

L'oppression continuait ; l'altération des traits se prononça davantage ; du 21 au 22, apparurent quelques vomissements verts, porracés, mais non fécaloïdes, puis la malade succomba.

L'autopsie démontra qu'il ne s'agissait pas seulement d'un étranglement interne, mais qu'il y avait une perforation intestinale avec péritonite suraiguë. A l'ouverture de la paroi abdominale, des gaz se dégagèrent en grande quantité ; le colon transverse, considérablement distendu, avait changé de direction ; des adhérences vascularisées réunissaient le colon ascendant avec la partie postérieure, où se trouvait une poche purulente.

A la partie supérieure du colon ascendant existait une perforation assez large. La partie inférieure du colon descendant était rétrécie et épaissie ; ce rétrécissement était constitué par des bourgeons framboisés d'épithélioma de l'intestin. Au-dessus du rétrécissement, l'intestin s'était dilaté et aminci au point de subir promptement une perforation. Le déplacement du colon transverse était la consé-

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 20 septembre 1879.

quence de la dilatation anomale, et l'arrêt des matières s'expliquait par la gêne dans le parcours intestinal ; enfin l'arrêt avait été suivi de perforation intestinale. Les phénomènes de perforation intestinale avaient donc, ici encore, été masqués par les signes de l'arrêt des matières, cause première de la perforation. Il est évident que, si j'avais soupçonné l'existence d'une perforation, je n'aurais pas usé si largement des purgatifs à outrance.

Voilà donc cinq observations de perforation intestinale, dans lesquelles les accidents de la péritonite n'ont pas été ceux que l'on est habitué à rencontrer dans le tableau clinique ordinaire de la maladie.

On peut se demander comment il se fait que la perforation puisse rester ainsi inaperçue. Ce n'est pas dans la cause même de la perforation que l'on en trouve l'explication, mais dans les circonstances qui s'opposent à l'issue facile des matières dans la cavité abdominale ; ainsi : lorsque la perforation sera assez petite pour que le gaz s'échappe en petite quantité, lorsque la perforation siège dans une partie du tube digestif où il n'y a pas de liquides accumulés (cancer du cardia), lorsque même la perforation est assez large et que les liquides ont une issue facile, mais que le contact immédiat des anses voisines de l'intestin sert de bouchon assez hermétique et assez persistant; voilà les seules explications de la bénignité apparente des symptômes de la perforation.

Dans la plupart des observations, la péritonite n'a jamais été générale d'emblée ; il y a toujours une inflammation plus circonscrite et plus ancienne ; la péritonite s'est circonscrite avant la diffusion de la lésion.

Quelle que soit la difficulté du diagnostic de la péritonite consécutive à une perforation, on pourrait cependant tenter de l'établir : l'état du ventre présente toujours un certain météorisme, une certaine résistance et la sensation d'un accolement plus ou moins marqué, la sensation de solidarité comme l'appelait Trousseau. La douleur, au point de départ, est localisée, puis elle se généralise. Après des douleurs très-intenses, les malades ne souffrent plus, ils tombent dans une accalmie assez spéciale, dont il faut tenir compte dans le diagnostic sans accorder, bien entendu, à l'un ou à l'autre de ces phénomènes un caractère pathognomonique. De même les vomissements manquent rarement ; ils existent souvent au début, et souvent aussi à la fin.

Il est encore un fait beaucoup plus intéressant à relever : c'est que, dans tous les cas, les observateurs ont été frappés de la fréquence extrême du pouls, petit et serré pendant la période aiguë, faible et irrégulier dans la suite, tandis que la température reste tout à fait en opposition avec l'état du pouls : la température de 39° environ au début tombe rapidement à 38° ou 37° ; elle reste inférieure au chiffre qu'elle devrait atteindre quand le pouls arrive à une telle fréquence. Même au milieu de cet état général, le faciès reste peu altéré ; mais il tend à prendre un peu l'aspect spécial de la péritonite aiguë ordinaire.

Dans une deuxième catégorie de faits, les symptômes de la péritonite par perforation sont masqués par les symptômes de la lésion qui a donné lieu à la perforation : ainsi, dans la fièvre typhoïde, lorsqu'il y a de l'adynamie et du météorisme. Notons que M. Laboulbène a observé deux fois l'abaissement de la température après la rupture intestinale.

Mais, le plus souvent, la péritonite par perforation est masquée par les symptômes de l'étranglement interne. C'est dans cette troisième catégorie de faits que le diagnostic est le plus difficile. Les deux lésions ont des symptômes communs : douleur irradiant dans tout le ventre, météorisme, vomissements, hoquet, constipation opiniâtre. On pourrait peut-être établir quelques signes spéciaux. L'étranglement interne est plus caractérisé par l'arrêt souvent absolu des matières fécales, l'interruption des gaz, le ballonnement considérable du ventre et la distension des anses intestinales, les vomissements, non-seulement alimentaires, mais encore fécaloïdes, qu'on ne rencontre pas dans la perforation simple. La péritonite par perforation a, au contraire, pour signes plus spéciaux, les phénomènes fébriles plus accusés, le pouls plus petit, faible, misérable et irrégulier, contrastant avec l'abaissement de la température.

Il est des cas chirurgicaux où le médecin, opérant une hernie étranglée depuis un certain temps, trouve la perforation intestinale ; il ne lui reste d'autre ressource que de faire l'opération classique de l'anus artificiel.

Mais il est d'autres cas où l'on a cru devoir intervenir pour chercher un étranglement interne, et où l'on n'a trouvé qu'une péritonite généralisée.

C'est qu'en effet la péritonite par perforation simule l'étranglement interne, sans qu'il y ait le moindre étranglement, ni le moindre obstacle au cours des matières fécales. M. Duplay a relaté (1876, Archives de médecine) quatorze observations d'absence de toute occlusion, dans des cas où l'on avait fait la gastrotomie. Dans quelques cas on fit la gastrotomie, et l'on arriva dans les foyers purulents de la péritonite par perforation, et l'on pratiqua l'anus artificiel. Peut-on rapporter à la paralysie intestinale cet arrêt complet des matières fécales (thèse Henrot, 1865, sur les pseudo-étranglements) ? Le météorisme tient bien à l'atonie des fibres musculaires ainsi que la constipation, mais ces phénomènes cèdent à l'administration des laxatifs et des purgatifs, et même par l'action seule de la contraction des divers muscles abdominaux.

Il est plus rationnel d'admettre que la péritonite circonscrite a amené le déplacement d'anses intestinales, et que les adhérences anomales empêchent le libre cours des matières, d'où l'arrêt et les phénomènes consécutifs, qui se traduisent par les symptômes d'un véritable étranglement interne, qu'ils simulent complètement.

L'erreur sera même parfois impossible à éviter ; elle a été commise par les plus grands maîtres de la chirurgie. Mais nous devons, du moins, nous tenir avertis de la possibilité de pareilles méprises, et le souvenir de ces quelques observations pourra nous guider dans des cas analogues.

---

## CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. de Wecker.

### Kyste de l'iris.

(Observation recueillie par le docteur A. René, ancien interne des hôpitaux de Nancy.)

Marie X..., âgée de dix-neuf ans, couturière, se présente à la clinique de M. de Wecker le 17 juin 1879, se plaignant de vives douleurs oculaires et circumorbitaires du côté droit, et de troubles de la vue du même côté.

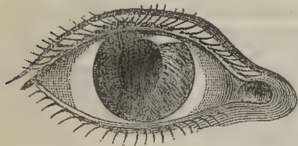
Pendant son enfance, à l'âge de six ans, elle s'est accidentellement enfoncé la pointe d'un couteau dans cet œil. Elle a été soignée pendant deux mois environ pour cet accident, et, depuis cette époque, elle n'a présenté aucun phénomène inflammatoire de cet œil. Elle n'y a rien remarqué d'anomal en dehors de la cicatrice

blanchâtre consécutive à la cornée. La vue était toujours trouble, ce qui tenait à une forte myopie de cet œil, comme nous le verrons plus loin, et sans doute aussi à l'astigmatisme causé par la cicatrice cornéenne.

Mais, il y a six semaines, le trouble de la vue a augmenté, et des douleurs vives, accompagnées de céphalalgies, se sont manifestées. Une sorte de tache grisâtre s'est formée sur la moitié de la cornée. Les douleurs ayant persisté, la malade vient à la consultation, déclarant n'avoir encore suivi aucun traitement.

On n'observe rien de particulier du côté des paupières ni de la conjonctive. La cicatrice de la blessure est située à la partie supérieure et un peu interne de la cornée. La cornée présente une forme normale et a conservé sa transparence.

La chambre antérieure est occupée dans sa partie interne par une tumeur de forme ovoïde, de la grosseur d'un gros pois, dont la surface antérieure est d'une couleur gris-blanchâtre, parsemée de quelques petits points noirs, facilement reconnus pour du pigment. On reconnaît que cette tumeur est remplie d'un liquide transparent. Il s'agit donc d'un kyste. Ce kyste a une sorte de pédicule dans la partie supérieure au niveau de l'enclavement de l'iris dans la cicatrice cornéenne, et il tombe dans la chambre antérieure dont il remplit presque la moitié interne. Le kyste refoule l'iris en arrière et est accolé contre la face postérieure de la cornée. La pupille paraissait à l'œil nu à peu près ronde, sauf au point où l'iris est enclavé. Mais, à l'éclairage oblique, on voit que le kyste empiète un peu sur le tiers supéro-interne de la pupille. En arrière de la poche kystique, on voit l'iris se continuer régulièrement.



La planche ci-contre, représentant ce kyste de l'iris, a été dessinée par notre excellent confrère M. le docteur Masselon, chef de clinique de M. de Wecker.

Rien de particulier à l'ophthalmoscope.

OG. Hypermétropie, 0,50. . . . . . . V = 1
OD. Myopie, 5. . . . . . . . . . . . . V = 1/4

Il s'agissait donc d'un kyste de l'iris. Pour éviter l'aggravation des accidents de l'œil affecté, aussi bien que l'irritation sympathique de l'autre œil, il fallait enlever ce kyste.

Le 17 juin, M. de Wecker fait l'incision de la cornée avec l'étroit couteau à cataracte qu'il glisse entre le kyste et le bord cornéen. Dès que la cornée est ouverte, le kyste fait hernie au dehors entre les lèvres de la plaie. Il est excisé facilement comme s'il s'agissait d'une iridectomie ordinaire.

Après l'opération, la pupille est régulière dans sa partie interne comme dans sa partie externe, comme si rien n'avait été excisé. L'iris n'est déformé qu'à la partie supérieure au niveau de l'ancien enclavement.

Les douleurs n'ont plus reparu après l'opération, et, quelques jours après, tout va bien.

La pathogénie de ce kyste est la question la plus intéressante à étudier, car cette observation vient, une fois de plus, confirmer, d'une manière incontestable, l'opinion déjà émise par M. de Wecker sur la constitution de ces kystes. Se fondant sur plusieurs observations indiscutables, notre savant maître regarde ces kystes comme résultant simplement d'un plissement ou du pincement de plis de l'iris, avec rétention du liquide sécrété par cette membrane (humeur aqueuse) et distension progressive des plis. Il se produit dans la chambre antérieure une distension analogue à ce que nous observons dans le prolapsus de l'iris à travers une plaie de la cornée. Seulement le pli distendu, n'étant exposé à aucun traumatisme, peut se développer et prendre des dimensions considérables. Dans le cas présent, cette théorie est absolument prouvée, car, après l'opération, malgré l'excision d'une partie de l'iris, cette membrane est parfaitement régulière dans toute sa circonférence, sauf au niveau de l'enclavement ancien, et elle présente son aspect tout à fait normal, et une coloration égale et uniforme. C'est donc au niveau de l'enclavement qu'un pli de l'iris enclavé se sera soudainement étranglé de façon à constituer une poche, et il se sera dilaté successivement, envahissant progressivement la chambre antérieure.

Cette opinion paraît beaucoup plus rationnelle que celle de plusieurs auteurs (entre autres Sattler et Hosch) qui admettent la formation de ces kystes par une dissociation des éléments mêmes de la trame iridienne, à laquelle la pénétration d'un élément histologique aurait mystérieusement donné lieu (V. *Thérapeutique oculaire* de Wecker). Il n'entre dans la constitution de la paroi de ces kystes aucun élément étranger à l'iris. Ce détail était bien évident dans l'observation que nous venons de rapporter.

Huit jours après l'opération, la myopie de l'œil droit a diminué ; elle n'est plus que de quatre dioptries ; l'acuité visuelle a augmenté. Tandis qu'elle était, avant l'opération, V = 1/4 difficilement, elle est aujourd'hui V = 1/3 facilement.

Dans la suite nous n'avons pas constaté d'amélioration plus complète de l'acuité visuelle, mais la guérison est complète, et il n'y a pas trace de récidive.

---

**Anatomie descriptive et dissection**, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 3e édition, revue et augmentée, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12, avec 1,227 figures intercalées dans le texte.— Prix : 30 francs.— Paris, Ve Delahaye et Ce.

**Manuel d'anatomie.** 2e édition du résumé d'anatomie, livre destiné aux examens et aux concours, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-18, avec 151 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Ve Delahaye et Ce.

**Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie (agenda-annuaire)**, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8691.

N° 111. — JEUDI 25 SEPTEMBRE 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 25 SEPTEMBRE 1879. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois... 16 —
Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu dans cette séance une intéressante communication de M. J. Rochard sur l'état des vaccinations en Cochinchine. Ce n'est pas chose facile, paraît-il, que d'introduire la pratique de la vaccination dans une contrée d'une aussi grande étendue, restée jusqu'à présent sans défense contre les ravages de la variole. Il n'a pas fallu moins que l'intervention active de l'autorité française et tout le zèle de l'un de nos médecins de marine pour surmonter d'énormes difficultés et arriver enfin, après plusieurs tentatives infructueuses, à réaliser en quelques mois un nombre de vaccinations relativement minime encore par rapport à la population, mais assez considérable toutefois pour que les indigènes aient déjà dû en apprécier les bienfaisants résultats. C'est là un de ces services que notre médecine navale est fréquemment à même de rendre aux contrées lointaines, et pour lesquels elle mérite tous les éloges. On lira avec intérêt, dans le compte-rendu de la séance, l'analyse que M. Rochard a faite du remarquable rapport de M. Chédan.

M. Hervieux a profité de cette occasion pour défendre le service de la vaccine académique, dont il est actuellement chargé, contre les critiques de ses détracteurs. La meilleure manière de répondre à ces critiques est de montrer ses actes et leurs résultats. C'est ce qu'il a fait. A ceux qui se croiraient en mesure de mieux faire d'en indiquer les moyens.

Dr Brochin.

### HOPITAL NECKER. — M. Potain.

#### Infection purulente de cause inconnue, ayant simulé une fièvre typhoïde.

Au n° 16 de la salle Saint-Luc, vous avez vu un homme d'apparence assez robuste, atteint d'une fièvre intense, et plongé dans un état profond d'abattement et de stupeur. La face est altérée, la pâleur du visage considérable. Il est malade depuis cinq jours. La respiration étant très-pénible, c'est du côté de l'appareil respiratoire que nous dirigeons tout d'abord notre examen. Nous constatons en arrière la faiblesse du bruit respiratoire, à la portion moyenne du poumon, où la sonorité est diminuée ; pas de râles. Pas de symptômes anomaux au sommet ni à la base du poumon. L'obscurité du son nous prouve qu'il y a certainement de la congestion pulmonaire à ce niveau ; mais est-ce de la pneumonie primitive, ou bien cet état du parenchyme pulmonaire n'est-il qu'une complication d'une autre affection, qui serait la cause directe de l'état général grave que nous avons observé ?

Ici, la pneumonie est profonde et centrale, puisque nous n'en percevons pas les symptômes ordinaires caractéristiques, râles crépitants et souffle ; mais les crachats rouillés sont bien nettement ceux de la pneumonie. La gêne excessive de la respiration (60 respirations à la minute), la fièvre intense (la température a dépassé 40°), l'accablement du malade, l'état typhoïde très-prononcé, le trouble de ses réponses et de son état intellectuel, tels sont les phénomènes que nous observons.

Le pouls n'est pas petit, dur, tendu et résistant comme dans la pneumonie, mais il est large, ample, mou, dépressible, comme dans la fièvre typhoïde : le dicrotisme est très-net, plus marqué du côté droit, comme c'est la règle.

Ces symptômes nous amènent à nous demander si ce malade n'est pas atteint d'une fièvre typhoïde compliquée d'une pneumonie. Cette distinction est importante à établir : il paraîtrait plus vraisemblable de penser que la pneumonie est l'affection primitive, et qu'elle est compliquée d'un état typhoïde plus accentué que de coutume, car, dans la fièvre typhoïde, la complication pulmonaire ne survient ordinairement que vers le deuxième septénaire. Toutefois il n'est pas extraordinaire de rencontrer des cas, rares il est vrai, où la pneumonie apparaît comme début d'une fièvre typhoïde, et présente tous les caractères du processus typhoïde. Ici l'affection a commencé comme une pneumonie, brusquement, par un frisson violent, puis des crachats rouillés ont apparu. Dans les cas analogues, les râles crépitants et les crachats ayant existé, l'accablement général continue, la fièvre typhoïde ne succède pas à la pneumonie, elle la continue plutôt ; les taches rosées apparaissent sur l'abdomen dans les délais ordinaires.

Après avoir constaté l'état typhoïde dans l'état général du malade, il faut voir si les manifestations intestinales ré-

pondent à ce diagnostic : or les symptômes caractéristiques manquent encore en partie, le ventre est ballonné et d'une sensibilité excessive ; mais cela n'a rien de caractéristique, car, dans la fièvre typhoïde, on trouve toujours la douleur exagérée dans la fosse iliaque droite, ce qui n'arrive pas ici ; la douleur tient à un point de côté que nous pouvons rapporter à la pneumonie, quoiqu'il n'en ait pas le siège habituel, et qu'il existe à droite, vers le flanc ; il peut quelquefois être localisé dans la région ombilicale, et peut-être dans la région iliaque. On pourrait presque affirmer qu'il appartient à la pneumonie, parce qu'il n'est jamais aussi intense dans d'autres affections.

La rate a son volume plus grand qu'à l'état normal ; elle s'étend très-certainement sur une longueur d'au moins 14 centimètres. Le malade n'ayant jamais eu antérieurement de fièvres intermittentes, cette augmentation de volume plaide en faveur du diagnostic de la fièvre typhoïde.

La diarrhée a existé depuis le début de la maladie, sans que nous ayons pu en trouver aucune raison explicative.

Nous admettons donc le diagnostic de fièvre typhoïde avec complication de pneumonie, ou plutôt une fièvre typhoïde se manifestant par des accidents pulmonaires et par des accidents intestinaux.

Le pronostic paraît grave, surtout à cause de la gêne excessive de la respiration et du trouble du système nerveux; mais, comme nous avons affaire à un cas rare, que nous ne pouvons rapprocher d'aucun terme de comparaison, peut-être ne faut-il pas le considérer comme absolument fatal.

Le traitement doit d'abord tendre à empêcher l'extension des accidents pulmonaires : nous reprenons aujourd'hui matin l'application de ventouses sèches que nous avions déjà faite hier ; quant aux autres moyens employés ordinairement contre la pneumonie pour abaisser la fièvre, ces moyens amènent en même temps une grande diminution des forces du malade ; cette médication est ici contre-indiquée. Nous devons tendre à combattre l'intensité de la fièvre sans déprimer les forces ; la médication alcoolique nous aidera à obtenir ce résultat, et nous y avons recours.

Telles étaient les considérations que j'avais développées devant vous dans ma précédente leçon : le malade a succombé le lendemain, et l'autopsie est venue nous révéler une de ces surprises qu'on rencontre quelquefois.

Les lésions pulmonaires auxquelles nous nous attendions existaient complètement : pleuro-pneumonie, exsudats pleuraux, forte congestion des poumons, etc. Mais, quand nous avons immédiatement examiné les anses intestinales pour y chercher la preuve de la fièvre typhoïde, nous avons trouvé les plaques de Peyer absolument normales, plates et déprimées, ne présentant pas la moindre trace de congestion ni d'ulcération.

C'est dans le foie que siégeait la lésion pathologique, le foie était criblé d'abcès analogues à ceux qu'on rencontre dans l'infection purulente : ces abcès multiples étaient petits, disséminés, au milieu d'un parenchyme hépatique congestionné, mais sain d'autre part, tout à fait comme il arrive dans l'infection purulente.

D'où pouvait donc venir cette infection purulente qui avait emporté notre malade ?

L'autopsie, les recherches les plus minutieuses dans toutes les branches afférentes de la veine porte, dans le rectum, etc., ont été absolument vaines. Nous n'avons trouvé aucune plaie extérieure, sauf deux petites plaies, l'une au coude, l'autre au front, que le malade s'est faites dans nos salles, en tombant de son lit pendant ses accès de délire.

Nous nous trouvons donc en présence d'un fait incomplet, inexpliqué. Ce n'est pas une raison pour le négliger ; au contraire, ces faits doivent être signalés avec soin, parce qu'ils sont peut-être plus instructifs, ou au moins ils peuvent le devenir.

Comment expliquer notre erreur ? L'infection purulente se caractérise ordinairement par deux phénomènes qui nous ont fait défaut : d'une part l'ictère ; d'autre part la marche du mouvement fébrile, avec accès répétés, avec frissons répétés. Or notre malade n'a pas eu d'ictère, il n'a eu qu'un seul frisson ; nous n'avions aucun motif pour songer à l'infection purulente dans le foie, et nous n'avons pu constater que l'état de stupeur avec ses diverses manifestations.

---

## HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

### I. Extirpation d'un épithélioma de la langue. — II. Kyste hydatique du foie. — III. Adénopathie simple.

I. Nous avons pratiqué une extirpation d'épithélioma de la langue en combinant l'emploi de deux procédés chirurgicaux : l'écraseur linéaire d'une part, et le thermocautère d'autre part.

Actuellement, en effet, les progrès de la chirurgie ont amené tous les chirurgiens à ne plus se servir du bistouri ni des ciseaux pour enlever les tumeurs de la langue.

Pendant longtemps, ce procédé a été remplacé par l'usage de l'écraseur linéaire : la simplicité du maniement de cet instrument, et l'absence d'hémorrhagies qui est le résultat de son mode d'action sur les tissus, ont assuré à l'écraseur linéaire une place qu'il gardera dans l'arsenal chirurgical, à côté des nouveaux instruments.

Autrefois on a aussi recommandé la ligature élastique ; mais ce procédé est horriblement douloureux, car il faut attendre vingt-quatre, trente-six heures, pour que la ligature ait sphacélé et détaché la tumeur de la portion saine de la langue.

Il en est de même de l'usage du chlorure de zinc qui condamne les patients à des douleurs atroces, pendant sept à huit jours, auxquelles il faut ajouter l'odeur infecte dégagée par la masse sphacélée qui reste dans la bouche pendant tout ce temps. Reconnaissons toutefois que ce moyen est un hémostatique parfait.

En ce moment, trois procédés surtout se disputent la préférence des chirurgiens : ce sont le thermocautère, l'écraseur linéaire et l'anse galvanique.

L'anse galvanique est le meilleur moyen d'enlever des tumeurs de la langue : je le reconnais volontiers ; toutefois je n'en conseille pas l'emploi, parce qu'il est d'une difficulté extrême, même pour des mains exercées. A Paris même, des chirurgiens très-habiles et qui savent très-bien manier cet instrument, pour les opérations dans la bouche, ont été obligés d'y renoncer, à cause des hémorrhagies qui se sont produites dans ces opérations : ce procédé opératoire a l'avantage énorme de terminer l'extirpation en quelques minutes.

Vous savez qu'on est le plus souvent obligé de sectionner l'artère linguale dans les extirpations de tumeurs de la

langue. Or il faut savoir que le thermocautère ne nous mettra pas à l'abri des hémorrhagies, dans ces cas qui, je le répète, sont fréquents. Ainsi, malgré la rapidité du manuel opératoire, c'est un instrument qui ne peut être utilisé exclusivement que dans des opérations, et qui, pour assurer l'hémostase, est inférieur à l'écraseur linéaire.

Mais qui nous empêche d'employer l'écraseur linéaire dans les parties où nous redoutons l'hémorrrhagie, et de terminer l'opération, dans les autres points, au moyen du thermocautère ?

Pourquoi ne pas combiner les deux instrumentations, et profiter en même temps : 1° de l'hémostase certaine par l'écraseur linéaire ; 2° de la rapidité de la section avec le thermocautère ?

C'est, en effet, ce que nous avons adopté pour la dernière opération : je propose de suivre ce manuel opératoire dans tous les cas analogues.

On passera donc l'écraseur linéaire dans la portion postérieure de la langue, en perçant la langue avec un trocart pour passer la chaîne de l'écraseur. La chaîne placée, on la serre d'un cran par minute (chaque mouvement d'un cliquet latéral correspond à un demi-cran). Une précaution, peut-être inutile, consiste encore à passer un fil à ligature sur la chaîne de l'écraseur pour le cas rare où elle donnerait du sang. Ensuite, pour séparer la tumeur dans les autres directions, au lieu de porter successivement la chaîne de l'écraseur, ce qui serait très-long à réaliser, on se servira du thermocautère.

Si l'on avait à pratiquer la ligature sur l'artère linguale, si elle donnait un peu de sang, il suffirait d'y placer une pince à arrêt, ce qui serait plus commode que de porter un fil au fond de la cavité buccale. On retirerait les pinces hémostatiques sept ou huit heures après l'opération.

Nous avons employé ce procédé mixte, et nous en avons été très-satisfait ; c'est pourquoi je n'hésite pas à le recommander, parce qu'il donne de la sécurité au chirurgien, et évite une perte considérable de temps.

II. Nous avons aussi pratiqué une autre opération : la ponction avec aspiration d'un kyste hydatique du foie. Cette ponction nous a donné une grande quantité d'un liquide transparent, comme de l'eau distillée, ce qui nous a confirmé pleinement le diagnostic. Car il n'y a dans l'organisme que le liquide céphalo-rachidien qui puisse avoir cette ressemblance avec le liquide des kystes hydatiques. Ce liquide des kystes hydatiques ne renferme jamais que peu ou pas d'albumine, quelquefois du sucre ; ordinairement du chlorure de sodium, etc.

Pour cette opération encore, nous avons utilisé les appareils nouveaux, les appareils à aspiration ; cet emploi est ici d'une utilité absolue, et il a changé en une opération bénigne ce qui était autrefois une opération très-dangereuse et souvent suivie de mort. En effet, autrefois, lorsqu'on pratiquait la ponction avec le trois-quarts de trousse, on était obligé de presser avec la main, et assez fortement, sur la paroi abdominale, pour faire écouler au dehors le liquide du kyste. Or, s'il s'en épanchait une petite quantité dans la cavité péritonéale, cet accident entraînait une mort presque foudroyante.

Si la quantité était très-minime, elle pouvait se résorber ; toutefois on pouvait constater quelquefois de l'urticaire à la suite de la résorption de ce liquide septique.

L'aspiration nous a mis à l'abri de tous ces accidents ; elle a déjà donné des succès : j'ai observé plusieurs cas de guérison, même à la suite d'une seule ponction ; un cas remarquable, rapporté par le docteur Petit, a été observé chez une jeune fille : à la suite d'une première ponction, tout le liquide fut évacué, il se reproduisit en faible quantité ; une deuxième ponction fut faite, suivie d'une légère inflammation, mais la guérison persista.

Les kystes uniloculaires sont évidemment ceux qui fournissent le plus de chances de guérison.

Si, par hasard, une première ponction ne suffit pas, on en pratique une seconde, mais seulement après un intervalle d'*au moins* deux mois. Et si l'inflammation survient et menace de transformer la cavité en une poche purulente, il ne suffit pas d'imposer le repos à l'opéré, il faut prescrire des vésicatoires volants, des badigeonnages avec la teinture d'iode, pour arrêter les progrès de la suppuration.

Chez le jeune homme que nous avons opéré, au point où la ponction a été faite, on observe un peu de soulèvement de la peau, et on perçoit par la palpation une fluctuation, mais c'est une fluctuation qui paraît profonde. Le foie, d'autre part, a notablement diminué de volume ; si le liquide se reproduit, il ne se reproduit pas vite ni en grande quantité. Nous attendrons donc encore un mois environ avant de tenter une nouvelle ponction, car la règle importante pour assurer le succès est de ne pas trop rapprocher les ponctions.

III. Avant de terminer, je voudrais aussi vous signaler un fait assez intéressant, que nous observons chez un de nos opérés.

Nous avons enlevé avec le thermocautère un papillome à marche très-aiguë, qui siégeait près des paupières, à la région temporale. Or ce malade portait un ganglion préauriculaire.

On a dit que tous les ganglions engorgés siégeant sur le trajet lymphatique dans la sphère d'un néoplasme ne sont pas nécessairement envahis par les éléments de ce néoplasme. Si ce fait existe, il est rare. Cependant je pense, par exemple pour les cancers du sein, surtout s'il y a ulcération, que l'on peut observer une adénopathie simple, qui se formerait par le même mécanisme que tout engorgement ganglionnaire à la suite d'une plaie.

Or il était difficile et un peu dangereux, à la région parotidienne, d'enlever ce ganglion : nous l'avons laissé d'autant plus volontiers que le papillome engorge rarement les ganglions.

Ce ganglion a disparu spontanément, et aujourd'hui nous l'avons recherché en vain ; il n'y a plus trace d'engorgement.

Ce fait vient donc à l'appui de la théorie de la possibilité d'une adénopathie simple dans les cas de néoplasmes.

---

## HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. Parrot.

### Des ulcérations buccales chez les nouveau-nés.

Les ulcérations buccales dans le jeune âge, et particulièrement chez les nouveau-nés, sont dues aux deux grandes maladies qui constituent presque toute la pathologie de cet âge, à l'*athrepsie* ou à la *syphilis*. Sauf de rares exceptions, on peut poser cette règle de diagnostic : toute ulcération buccale qui n'appartient pas à l'une de ces deux affections doit

être rapportée à l'autre. C'est qu'en effet l'athrepsie et la syphilis dominent à elles seules toute la pathologie du jeune âge. En dehors de ces deux maladies, il ne reste que quelques convulsions non expliquées et l'œdème des nouveau-nés.

Il est absolument indispensable de faire la part de chacune de ces deux affections; d'abord, elles ont une origine différente : l'une, l'athrepsie, est *toujours acquise* sous l'influence de circonstances d'ailleurs très-diverses ; l'autre, la syphilis, est héréditaire et *constitutionnelle*. L'importance de faire un diagnostic rigoureux n'a pas besoin d'être expliquée longuement. On se trouvera, en effet, dans des conditions tout à fait opposées suivant que l'on se sera arrêté à l'un ou à l'autre diagnostic; à l'enfant athrepsique, par exemple, on cherchera immédiatement une nourrice; à l'enfant syphilitique, on s'empressera de retirer la nourrice qu'il infecterait. C'est donc là une question grave qui met en jeu la responsabilité du médecin et qui exige de lui parfois la plus grande sagacité; il existe tant de ces petits êtres qui n'ont succombé que parce que, les croyant à tort syphilitiques, on leur a enlevé une nourrice dont ils avaient besoin plus que jamais!

I. *Ulcérations buccales de l'athrepsie.* — Peu étudiées dans les auteurs modernes, qui paraissent avoir plutôt écrit la pathologie des enfants de deux à trois ans, ces lésions ont été signalées par les auteurs plus anciens à partir de 1820, tels que Denis, Billard, Lélut, Valleix; mais ils ont apporté une grande confusion dans leurs descriptions et n'ont aucunement distingué ce qui a trait à la syphilis de ce qui appartient à l'athrepsie.

Un fait capital servira à reconnaître la nature de ces ulcérations; toutes les ulcérations de l'athrepsie sont situées sur la ligne médiane ou sur des points *symétriques* par rapport à cette ligne médiane. Les exceptions à cette loi sont extrêmement rares.

En quels points trouve-t-on les ulcérations buccales dans l'athrepsie? On les rencontre sur le frein de la lèvre inférieure, sur le frein de la lèvre supérieure, sur le frein de la langue, sur les rebords alvéolaires des deux maxillaires, soit sur la ligne médiane, soit toujours en des points symétriques et toujours sur la partie la plus antérieure de ces rebords alvéolaires; sur la voûte palatine, à la partie moyenne du raphé médian, au niveau des points blanchâtres qui y existent à l'état normal et qui sont constitués par des kystes épidermiques, comme cela a bien été établi par MM. Guyon et Thierry. Sur la voûte palatine, plus profondément, on trouve les deux ulcérations les plus importantes siégeant à la jonction de la voûte palatine avec le voile du palais, en dedans du maxillaire supérieur et exactement au niveau de la saillie des apophyses ptérygoïdes; c'est à cause de cette circonstance que j'ai donné à ces deux ulcérations caractéristiques le nom de plaques ptérygoïdes. Tels sont les points où l'on rencontre les ulcérations buccales de l'athrepsie.

*a.* L'ulcération des freins de la lèvre inférieure et de la langue est plus fréquente que l'ulcération du frein de la lèvre supérieure; cette ulcération est superficielle et présente une teinte grisâtre, rarement jaune; elle a une grande tendance à se sphacéler, à passer à l'état gangreneux; on peut alors détacher de petits lambeaux de la muqueuse ainsi détruite.

*b.* L'ulcération des maxillaires est presque toujours plus superficielle, avec une teinte un peu jaunâtre qui tranche sur la coloration rosée du maxillaire; en certains points cette coloration est moins vive, plus blanchâtre, parce que la circulation y est moins active; c'est en ces points que se forment les ulcérations. Alors on voit les dents mises à nu, quoique l'on soit encore loin de l'époque de l'éruption; à l'âge de quinze jours, un mois, on peut les cueillir très-facilement sur les mâchoires du nouveau-né; on voit leur germe à nu, tombant souvent en gangrène.

*c.* Les ulcérations de la voûte palatine ont une forme particulière; elles sont plus élargies en un point que dans l'autre et plus allongées que larges; elles s'ulcèrent très-facilement.

*d.* Mais les ulcérations les plus caractéristiques, ce sont les ulcérations ptérygoïdiennes; elles sont typiques dans l'athrepsie et n'existent jamais dans la syphilis. Comme elles arrivent avant toute autre manifestation de l'athrepsie, elles sont un signe précieux qui doit tenir le praticien en éveil. Elles siègent à la réunion du voile du palais avec la voûte palatine, en dehors et un peu en arrière des maxillaires; elles ont une certaine tendance à gagner du côté du voile du palais. Ces plaques présentent une forme très-régulièrement arrondie ou ovalaire, fusant parfois jusqu'au bord du voile du palais. Au début, on remarque une tache grisâtre presque toujours symétrique et mesurant environ deux millimètres de diamètre. Normalement, au niveau de l'apophyse ptérygoïde, on peut voir que la muqueuse est plus pâle, plus saillante que dans le reste de la cavité buccale; c'est sur ce petit mamelon blanchâtre, anémié, que se développe l'ulcération athrepsique qui peut atteindre 1 centimètre et même 2 centimètres d'étendue. A mesure qu'elle s'agrandit, elle tend à devenir jaune, alors même qu'il n'existe pas trace d'un état ictérique quelconque. A la périphérie de cette région jaune, on voit une région injectée d'une façon très-caractérisée.

Que devient cette plaque? Elle disparaît, si l'enfant doit guérir; la portion qui a subi une gangrène moléculaire tombe, la plaie se déterge et se comble progressivement; deux mois après, il n'en reste plus de trace. Si l'enfant succombe, l'ulcération se creuse de plus en plus, toutefois sans aller jusqu'à l'os même; elle suit des directions diverses et dès lors perd sa forme ovalaire caractéristique.

Toute l'histoire de ces plaques ptérygoïdiennes de l'athrepsie est dominée par un fait important à signaler : c'est qu'on ne les rencontre que sur des enfants qui ont teté, qui ont pris le sein; c'est là une affirmation que je puis dire absolue. Par une considération réciproque, on pourrait donc affirmer qu'un enfant a teté récemment lorsqu'on lui trouverait cette sorte d'ulcération.

Toutes ces ulcérations arrivent dans une maladie, l'athrepsie, qui consiste dans un trouble profond de la nutrition. Or, au point de vue de leur genèse, il n'est qu'une seule manière de s'en rendre compte, c'est par l'altération de la nutrition d'une part, et d'autre part par une action mécanique due à la pression qui se produit sur ces tissus lors de l'acte de la succion. C'est en effet sur les parties qui jouent le rôle le plus actif dans l'acte de la succion, sur les parties qui y sont comprimées, que nous observons ces ulcérations. Les freins sont tiraillés par les mouvements des lèvres et de la langue; les maxillaires s'appliquent fortement sur le mamelon, et en le comprimant subissent aussi une pression considérable. Tiraillement et pression de tissus qui ont naturellement déjà une tendance à s'ulcérer, tels sont les

agents du mécanisme de l'ulcération. Pour la voûte palatine, ces causes agissent aussi, car la langue s'applique fortement sur la voûte palatine, et la pression retentit le plus sur les kystes épidermiques qui font saillie et qui ont par suite une nutrition moins active. De même les plaques ptérygoïdiennes s'ulcèrent par l'effet de la pression de la langue sur la saillie des apophyses et par l'effet de l'altération de la nutrition générale.

II. *Ulcérations buccales produites par la syphilis.* — Les altérations buccales de la syphilis sont de deux ordres : les unes sont des plaques saillantes, les autres sont de véritables ulcérations.

1° Les *ulcérations* sont très-irrégulièremens distribuées; leur forme n'a rien de typique; leurs bords sont sinueux, frangés. En un mot, elles se caractérisent par l'irrégularité de leur siège, de leur forme. On les trouve sur la langue (ce qui est rare dans l'athrepsie), sur les bords des maxillaires; occupant très-rarement la voûte palatine, elles envahissent plus fréquemment le voile du palais. Sur la langue, elles siègent particulièrement à la pointe, à droite et à gauche de la ligne médiane; elles sont constituées par des érosions rouges, quelquefois ayant une teinte saumon et assez étendues; j'ai vu une fois une de ces ulcérations qui couvrait le tiers de la superficie de la langue. D'autres fois elles gagnent en profondeur ce qu'elles perdent en largeur; elles peuvent avoir un ou deux millimètres de profondeur.

Sur les rebords alvéolaires les altérations syphilitiques ne sont plus sur la ligne médiane; elles occupent une seule moitié du maxillaire; elles ont un fond jaunâtre, teinte abricot, maïs; elles sont saignantes au moindre contact.

Celles qui envahissent le voile du palais se trouvent surtout à la partie postérieure du voile, entre la luette et le pilier; elles ont là une forme tout à fait irrégulière. J'ai même observé des cas remarquables où la syphilis et l'athrepsie, réunies sur le même individu, évoluaient, chacune en son sens, et avec les caractères spéciaux qui distinguent chacune de ces affections; l'ulcération syphilitique, irrégulière, de la partie postérieure envahissait l'ulcération athrepsique régulière des apophyses ptérygoïdes.

2° Les *plaques* saillantes, plaques muqueuses, ne sont pas rares chez les nouveau-nés syphilitiques. Quoique Trousseau ait dit qu'on les trouvait sur les piliers et le voile du palais, je ne le pense guère, car je n'en ai jamais observé. Elles ne se rencontrent que sur la face supérieure de la langue; elles ont une forme lenticulaire, proéminente, d'une teinte rouge, vif ou pâle, mais en tous cas toujours entourées d'une auréole rouge.

On voit donc que les altérations dues à la syphilis ont un siège varié, irrégulier, et présentent des formes peu typiques. Elles ont, en outre, un caractère commun, la tendance à l'hémorrhagie, tendance très-prononcée qui tient à l'état ordinairement hémophilique des individus atteints de syphilis, tandis que les athrepsiques ont, au contraire, le sang poisseux et épais. Enfin les ulcérations syphilitiques se remarquent aussi bien chez les enfants qui n'ont pas pris le sein que chez ceux qui sont allaités par leur mère.

Il y a cependant des circonstances où le diagnostic est difficile : quand on rencontre des ulcérations sur les maxillaires siégeant sur la ligne médiane et présentant un aspect douteux. Si l'on ne peut alors faire un diagnostic certain entre la syphilis et l'athrepsie, il est urgent de supposer la lésion la plus grave, la syphilis, et de prendre les mesures énergiques qu'elle comporte.

Y a-t-il d'autres catégories d'ulcérations ? Elles sont rares. Il y a celles de la stomatite ulcéreuse, qu'on reconnaît à ses caractères particuliers, odeur de l'haleine, etc.

Parfois aussi on voit, chez les enfants nouveau-nés, des aphthes; au début la muqueuse buccale est soulevée et toujours arrondie; ces aphthes se groupent aussi en des points divers et surtout dans la rigole labio-maxillaire et sur la face dorsale de la langue. Lorsqu'ils sont arrivés à leur développement complet, ils forment des ulcérations toujours arrondies, creusées en capsules et très-douloureuses, au point de rendre l'allaitement impossible. Ils disparaissent rapidement et provoquent la salivation.

Il nous reste à parler, pour compléter cette étude, des ulcérations syphilitiques qui apparaissent *sur les lèvres*. Ces altérations sont, en effet, très-importantes à connaître, au point de vue pratique. Elles sont constituées : 1° par des fissures; 2° par des érosions; 3° par des plaques.

*a*. Les fissures des lèvres sont de simples fentes, des rhagades. Les plus communes siègent à droite et à gauche du lobule de la lèvre supérieure, quelquefois sur la ligne médiane de la lèvre inférieure; quelquefois elles occupent tout le limbe labial. On voit, dès l'abord, que ces fissures ne sont pas superficielles; elles atteignent toujours le derme et sont déjà profondes, dès leur apparition. Elles présentent une teinte rougeâtre, quelquefois jaune maïs. Elles saignent facilement, elles se couvrent de croûtes moitié jaunes, moitié noires. Elles traversent toute la lèvre, à une profondeur de 1 et 2 millimètres, en se creusant à partir de la muqueuse vers la peau. Ces fissures guérissent facilement; en se comblant, elles laissent une cicatrice indélébile, violette d'abord et plus tard présentant la teinte du tissu cicatriciel.

La signification de ces fissures n'est pas absolument rigoureuse, et Trousseau a trop généralisé en disant qu'il y a syphilis héréditaire toutes les fois qu'on observe ces fissures profondes du limbe labial. Si elles sont nombreuses, plissées, sans doute il faut songer à la syphilis; mais, s'il n'y a qu'une ou deux fissures, il ne faut pas oublier qu'il est un grand nombre de personnes qui, pendant la saison froide, ont les lèvres fendillées et assez profondément; les cicatrices se rouvrant souvent, il se forme, à la longue, un tissu cicatriciel qu'il faut assurément distinguer des altérations syphilitiques.

*b*. Les érosions des lèvres, quand elles sont dues à la syphilis, offrent les mêmes caractères que les ulcérations de la voûte palatine.

*c*. Les plaques muqueuses sont connues. Elles se rencontrent seulement sur deux points : aux commissures labiales. On aperçoit une saillie de l'épiderme qui est altéré, grisâtre. Il existe une fissure profonde, parfois indurée à sa base, qui élargit l'orifice buccal.

*Traitement*. — Nous n'avons pas à exposer ici le traitement de la syphilis infantile ni celui de l'athrepsie; nous ne nous occuperons que du traitement spécial des ulcérations que nous venons de décrire. Et d'abord la première indication à remplir, quand l'enfant est syphilitique, c'est de lui retirer sa nourrice pour qu'il n'infecte pas celle-ci en prenant le sein (à moins, bien entendu, que la nourrice ne soit déjà syphilitique).

Le traitement local des ulcérations syphilitiques est le même que celui des ulcérations dues à l'athrepsie.

La première règle pour l'enfant atteint d'ulcérations athrepsiques sera de lui donner une bonne nourrice; c'est l'indication absolument contraire de celle de l'ulcération syphilitique. Il est inutile d'insister sur cette distinction. C'est une nourrice qu'il faut, avant tout, à l'enfant athrepsié. D'autre part, presque tous ces enfants ont la bouche extrêmement acide; si l'on y met un papier bleu de tournesol, il rougit immédiatement.

Ils ont aussi fréquemment du muguet. Que ce soit cause ou effet, il importe de traiter cette acidité; il faut badigeonner la bouche avec des liquides alcalins, eau de Vals, eau de Vichy (source des Célestins), eau de chaux, etc. On promène le pinceau sur les parties ulcérées et, mieux, sur toute la surface de la bouche; on applique ensuite de la même façon des topiques qui adhèrent plus complètement à la muqueuse et agissent plus longtemps. Nous employons des topiques à base de borate de soude ou de chlorate de potasse. On formule par exemple :

Mixture avec { miel rosat . . . . / glycérine neutre. } *aā.* 15 grammes. / borate de soude. . . . . 8 —

On porte cette mixture avec le pinceau ou avec le doigt, trois ou quatre fois par jour, sur les parties malades, en les mettant en assez grande quantité pour qu'il en reste toujours sur l'ulcération. L'enfant en avale plus ou moins; cela est sans inconvénient.

Dans les cas douteux, il faut toujours supposer l'affection la plus grave (du moins au point de vue de la contagion), la syphilis, et retirer l'enfant à sa nourrice. D'ailleurs, après quelques jours, le doute est levé par l'apparition des autres accidents caractéristiques de l'une ou de l'autre des deux affections : athrepsie ou syphilis.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 septembre 1879. — Présidence de M. Roger.

### CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet des demandes en autorisation d'exploiter pour l'usage médical de nouvelles sources d'eaux minérales. (Comm. des eaux minérales.)

M. Larrey offre en hommage à l'Académie une série de portraits de médecins.

MM. Mathieu déposent un pli cacheté. (Accepté.)

### PRÉSENTATION

M. Rochard offre en hommage, de la part de M. le docteur Lemoine, médecin de la marine, un travail intitulé : *Considérations sur la fièvre intermittente et l'emploi de la quinine et de la quinoïdine.*

### COMMUNICATION

**Vaccination en Cochinchine.** — M. Rochard fait ensuite une communication sur les mesures prises récemment en Cochinchine pour rendre la vaccination régulière et sur les résultats que ces mesures ont produits. On sait les ravages que fait la variole dans les contrées de l'extrême Orient; depuis que la France s'est établie dans l'empire d'Annam, les gouverneurs et les médecins en chef de notre colonie ont eu pour préoccupation constante de soustraire les populations qui nous sont soumises aux ravages de cette maladie; leurs efforts pour propager la vaccine dans le pays n'ont pas été sans résultats; mais, pour obtenir un succès complet, il fallait donner à cette pratique la sanction de l'autorité. Le 15 septembre 1871, le gouverneur prit un arrêté qui rendait la vaccination obligatoire dans toute l'étendue de nos possessions. Cet arrêté ne produisit que peu de résultats, les médecins des postes retenus par leur service ne pouvant se transporter facilement de village en village; par un arrêté en date du 31 mars 1874, le gouverneur chargea les Annamites eux-mêmes du soin de la vaccination. Mais il fut impossible d'en trouver d'assez instruits pour remplir convenablement cette mission. A la difficulté de porter la vaccine sur tous les points de cet immense territoire, il s'en joignait une autre, l'impossibilité de se procurer du bon vaccin et de le cultiver d'une manière convenable. Du vaccin en tubes provenant de l'Académie de médecine était après peu de jours altéré, probablement par l'élévation de la température. Enfin, par un nouvel arrêté du 21 mars 1878, un médecin spécial fut attaché au service de la vaccine et chargé de se rendre deux fois par an dans tous les arrondissements pour y vacciner lui-même les enfants que les parents sont tenus de lui mener à une date fixée. Ce service a été confié pour la première fois à M. le docteur Chédan, médecin de première classe. Il a adressé récemment au gouverneur un très-intéressant rapport dont rend compte M. Rochard. Parti de Saïgon le 3 mai 1878, M. Chédan y est revenu le 11 février 1879, après avoir parcouru la Cochinchine tout entière et porté la vaccine dans quinze arrondissements; il a pratiqué 12,876 vaccinations et obtenu 11,150 succès. Ce n'est pourtant qu'un premier essai. La population de la Cochinchine est de 2 millions d'habitants; le nombre des naissances déclarées en 1877 a été de 27,458. Il reste donc beaucoup à faire. Toutefois les résultats obtenus seront assez sensibles pour convaincre les indigènes et pour les encourager à se soumettre à l'inoculation préservatrice.

Dans son rapport M. Chédan fait connaître des détails intéressants sur l'évolution de la pustule vaccinale chez les Annamites, le moment le plus favorable pour recueillir le vaccin et les précautions à prendre pour le conserver.

M. Rochard propose de renvoyer ce travail à la Commission de vaccine.

### DISCUSSION

M. Maurice Raynaud a eu l'occasion de voir récemment l'amiral Lafont, gouverneur de la Cochinchine, qui lui a donné de vive voix quelques renseignements sur la pratique des vaccinations dans ce pays. Il a été pratiqué dans cette dernière année environ 30,000 vaccinations. On a essayé le vaccin animal, mais on n'a pas obtenu de bons résultats. Les vaccinations de bras à bras, au contraire, paraissent avoir donné de très-bons effets. Enfin on est obligé de recourir à des moyens de coercition pour décider les indigènes à se faire vacciner.

M. Rochard ajoute quelques renseignements à la communication qu'il vient de faire. Il avait été envoyé de l'Académie six tubes vaccinifères; probablement par suite des hautes températures auxquelles a été soumis ce vaccin pendant la traversée de la mer Rouge, il était altéré et a échoué. C'est avec une seule pustule vaccinale sur le bras d'un enfant que M. Chédan a, pour ainsi dire, vacciné toute la Cochinchine. Notre confrère a remarqué que les pustules étaient plus petites chez les Annamites que chez les Européens et que le meilleur moment pour prendre le vaccin était de la fin du sixième au commencement du huitième jour. Enfin, quant aux moyens de coercition dont a parlé M. Raynaud, ce sont simplement des amendes.

M. Depaul applaudit aux efforts qui se font pour propager la vaccine dans les pays lointains et ne peut que joindre ses éloges à ceux qui ont été adressés à M. Chédan. Mais il fait observer que les moyens employés par ce confrère pour conserver ou cultiver le vaccin ne sont pas chose nouvelle.

M. Raynaud, ajoute M. Depaul, nous a dit qu'il avait appris de M. l'amiral Lafont que le vaccin animal n'avait pas réussi en Cochinchine; c'est là un renseignement bien vague; il faudrait au moins savoir dans quelles conditions on s'est placé, quels ont été les animaux vaccinifères qu'on a choisis, à quel âge on les a pris, quel liquide leur a été inoculé, comment et à quelle époque on a recueilli ce vaccin, quels moyens de conservation ont été employés, etc. Jusqu'à ce que M. Raynaud ait fourni tous ces détails, M. Depaul

ne peut pas laisser ainsi accuser la vaccine animale. Cette vaccine a été pratiquée à l'Académie pendant quinze mois et a cessé faute d'argent, mais cette expérience de quinze mois a suffi largement pour éclairer la commission de vaccine sur la valeur du vaccin animal. Jusqu'à plus ample informé, M. Depaul maintient donc qu'employée dans de bonnes conditions la transmission de la vaccine d'animal à animal est aussi sûre et aussi certaine que celle d'enfant à enfant.

M. JULES GUÉRIN rappelle que l'opinion qui vient d'être exprimée par M. Depaul est depuis longtemps bien connue de l'Académie ; il rappelle la discussion passionnée qui a duré plusieurs années et dans laquelle il est arrivé lui-même à des conclusions diamétralement opposées à celle que vient de reproduire M. Depaul. Il maintient aujourd'hui comme autrefois ces conclusions, savoir, que la vaccine animale est une mauvaise chose. Tous les vaccinateurs qui l'ont expérimentée sont arrivés à cette même conclusion. Dernièrement encore de nouvelles tentatives faites en Algérie sont restées infructueuses. La supériorité de la vaccine jennérienne sur la vaccine animale est un fait indéniable.

M. DEPAUL n'est pas étonné d'entendre M. Guérin reproduire son opinion, mais il lui a été répondu dans la discussion qu'il a rappelée ; il n'a qu'à consulter les procès-verbaux de l'Académie. D'ailleurs ce n'est pas seulement son propre avis qu'a rappelé M. Depaul, mais bien celui de la Commission de vaccine composée de neuf membres, qui tous, sauf M. Guérin, ont assisté aux expériences et ont vu par eux-mêmes les résultats obtenus. M. Guérin a été mal renseigné sur ce qui s'est passé en Algérie ; il y a peu de temps que M. Depaul a parcouru toute l'Algérie et qu'il a pu voir qu'aujourd'hui on y sait avoir et conserver du vaccin animal. En Amérique on ne pratique plus la vaccination qu'avec la génisse, et les médecins de ce pays sont on ne peut plus satisfaits des résultats qu'ils obtiennent. Voilà des faits indiscutables. Quant à l'opinion de M. Guérin, sur quoi repose-t-elle? sur de simples vues de l'esprit ; où sont, en effet, ses expériences, ses faits, ses statistiques ?

M. GUÉRIN ne veut pas renouveler cette discussion ; il laissera de côté la façon personnelle dont M. Depaul discute ses argumentations. Il rappellera en peu de mots, dans une prochaine séance, les arguments qu'il a fait valoir en faveur de cette opinion, qu'il maintient et soutient toujours, que la vaccine animale est une mauvaise chose et n'a eu pour résultat que de faire dégénérer la vaccine jennérienne. Ceux que la question intéresse trouveront dans ses argumentations les moyens de se convaincre.

### LECTURE

**Vaccine académique.** — M. HERVIEUX, à l'occasion de la communication de M. Rochard, lit un travail intitulé : *Vaccine académique*, dans lequel il fait connaître les résultats obtenus dans le service de la vaccine dont il est momentanément chargé.

M. Hervieux, ayant pris connaissance du travail de M. Chédan, y a relevé quelques détails intéressants sur l'évolution de la vaccine dans le pays d'Annam. Cette évolution s'accomplit de la manière suivante : deux jours d'incubation, quatre à cinq jours de développement, huit jours de suppuration, quinze jours pour la chute des croûtes. Il en résulterait que la maturité de la pustule vaccinale aurait lieu du sixième au septième jour, ce qui ne s'observe pas sous notre latitude : le vaccin en tubes envoyé par l'Académie aurait constamment échoué, mais le vaccin pris sur les lieux, selon M. Chédan, s'affaiblit au bout de deux jours, est très-sujet à échouer après huit jours et ne réussit jamais après trois ou quatre mois.

M. Hervieux saisit cette occasion pour répondre aux détracteurs de la vaccine académique et pour défendre cette institution contre des aggressions mal fondées. Il répond successivement aux divers reproches qui ont été adressés à ce service public. Voici d'ailleurs quels ont été les résultats obtenus : du 17 mai au 9 septembre 1879, M. Hervieux a pratiqué de sa main 2091 vaccinations ; sur ce chiffre il y a un grand nombre de revaccinations dont il n'y a pas à tenir compte, puisque les sujets revaccinés ne reviennent pas ; mais, sur 1376 enfants vaccinés, il y a eu 1351 succès et 25 insuccès, ce qui donne une proportion de 1,81 p. 100 pour les insuccès. Ces 1351 enfants fournissent un total de 6703 pustules vaccinales, ce qui donne une moyenne de cinq pustules par enfant. Tels sont les résultats obtenus dans le cours des quatre derniers mois.

M. Hervieux ajoute quelques détails sur l'importance du service de la vaccine académique et sur les difficultés qu'il y aurait à rapprocher les séances de façon à prendre du vaccin plus jeune. Il fait connaître toutes les précautions prises et toutes les garanties données pour assurer le succès et éviter les accidents tels que la transmission de la syphilis, par exemple, et relève ainsi toutes les critiques injustement adressées à ce service.

La séance est levée.

---

*Amphithéâtre d'anatomie* (année 1879-80.) — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 13 octobre, à l'amphithéâtre de l'Administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° *Anatomie topographique*. M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis ;

2° *Physiologie*. M. le docteur Schwartz, prosecteur, les mercredis et samedis ;

3° *Anatomie descriptive*, M. le docteur Henriet, prosecteur, les mardis et jeudis ;

4° *Histologie*, M. le docteur Balzer, chef du laboratoire, les mardis et samedis, à trois heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8693.

N° 112. — SAMEDI 27 SEPTEMBRE 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 27 SEPTEMBRE 1879. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois.. 8 fr. 50 c. — Six mois... 16 — — Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Le tubercule et la phthisie. — Les tuberculeux et les phthisiques.

C'est le tome II des *Leçons de clinique médicale* de M. Michel Peter, tout récemment publié (1), qui va nous fournir les éléments de cette Revue.

On se rappelle, autant par les leçons du premier volume, précédemment publiées par la *Gazette*, que par l'analyse que nous avons faite, depuis, de celles qui étaient inédites, avec quelle fine analyse clinique M. Peter, descendant toujours des généralités abstraites de la maladie aux réalités concrètes des faits individuels, a fait l'histoire, non pas de la pneumonie, de la pleurésie, de l'hémoptysie, mais bien celle des pneumoniques, des pleurétiques et des hémoptysiques, ayant toujours sous le regard le fait de tel ou tel malade qui lui a fourni les éléments de son analyse. C'est par un procédé semblable qu'il a traité dans une grande partie des leçons qui font le sujet de ce deuxième volume la grande question pratique des tubercules et de la phthisie.

Des problèmes qu'offre à l'esprit du médecin l'étude de la phthisie, dit M. Peter, le problème scientifique est résolu, le problème clinique est loin de l'être. C'est celui qu'il a entrepris de résoudre dans les limites du champ d'observation qu'il lui a été donné d'embrasser.

Nous condenserons sous une forme quasi-aphoristique les propositions principales qui résument cette importante étude.

On sait ce qu'est le tubercule, dans quels lieux il se développe, dans quels éléments de ces tissus. On sait ce qu'est la tuberculisation, c'est-à-dire comment, quand, où débute le tubercule et par quelles phases il passe successivement; on sait, à l'aide de l'oreille et sur le vivant, toutes les phases de cette évolution. On voit dans l'homme le poumon malade, et, dans ce poumon, un point seulement, le point lésé. Mais, en étudiant si parfaitement l'anatomie pathologique et l'évolution du tubercule, Laënnec et son école ont pour ainsi dire perdu de vue la phthisie. Il n'est pas exact que la phthisie corresponde de tous points dans ses évolutions aux périodes bien connues de l'évolution du tubercule.

L'observation clinique montre qu'un degré quelconque de l'évolution du tubercule est loin de correspondre toujours au même degré de l'évolution de la phthisie; en d'autres termes, il n'y a pas parallélisme entre la lésion pathologique et l'altération de l'organisme. Là encore la lésion n'est pas la maladie.

Tel individu, par exemple, est miné par une fièvre continue, par des sueurs profuses, et arrive rapidement au marasme, chez lequel on n'entend qu'un amoindrissement du murmure respiratoire ou les râles sous-crépitants des granulations tuberculeuses; ce qui revient à dire qu'il est au troisième degré de sa phthisie, alors que les tubercules pulmonaires ne sont qu'au premier degré.

Les conditions inverses se présentent également.

Aussi, tout en tenant grand compte de la lésion et des signes qui l'accusent, il ne faut jamais perdre de vue l'individu et la force de réaction qu'il est en état d'opposer à la déviation morbifique qui tend à dégrader son organisme, ce que M. Peter exprime par cette formule : tolérance de l'organe, tolérance de l'organisme.

C'est en vertu de cette double tolérance que tel individu pourra résister pendant des années à la tuberculisation pulmonaire, surtout s'il y a coïncidence de ce que M. Peter appelle les phénomènes de compensation et les phénomènes de substitution : les premiers, consistant dans l'intégrité des fonctions d'hématopoïèse; les seconds, sorte de dérivations naturelles tutélaires qu'on doit se garder de combattre,

C'est pour avoir méconnu ces principes qu'on a vu si souvent porter des pronostics erronés.

M. Peter cite un exemple remarquable d'une erreur de ce genre qu'il a commise lui-même, à l'époque où il n'était encore qu'interne des hôpitaux. Il avait porté le pronostic le plus grave et à courte échéance chez un jeune homme de ses amis, sur la foi de l'auscultation qui lui avait révélé l'existence de cavernes dans les deux poumons. Mais ce jeune homme, qui suivit d'ailleurs très-scrupuleusement les conseils médicaux et hygiéniques qui lui furent donnés, est resté tuberculeux, sans être devenu jamais phthisique. Il y a plus de dix-huit ans de cela.

Les exemples inverses de malades atteignant rapidement

(1) *Leçons de clinique médicale*, par Michel Peter, t. II. Paris, 1879, chez Asselin et Cie.

jusqu'aux dernières évolutions de la phthisie avec des lésions pulmonaires relativement minimes et dont les progrès sont loin de correspondre à ceux de la maladie, sont trop communs pour qu'il soit nécessaire d'en reproduire ici.

### Comment se tuberculise-t-on?

On ne devient pas malade parce qu'on est tuberculeux, on devient tuberculeux parce qu'on est déjà malade. Le tubercule est l'expression matérielle d'une déchéance de l'être, et cette déchéance survient par le fait des troubles de la nutrition, c'est-à-dire que, toutes les fois que la nutrition est viciée, la tuberculisation est possible.

La déviation de la nutrition et la tuberculisation consécutive peuvent survenir par alimentation insuffisante ou inanitiation (ou plutôt *inanisation*) et cette inanisation peut se faire soit par les voies digestives, soit par les voies aériennes.

L'hygiène dépravée du corps, à laquelle s'ajoutent le défaut d'insolation, l'insuffisance de calorique, ainsi que l'hygiène dépravée de l'âme, peuvent provoquer la production du tubercule.

Telles sont les propositions dont les développements sont l'objet des 2e, 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e et 9e leçons du volume (de la 38e à la 45e de l'ouvrage). C'est tout un petit traité d'étiologie et de pathogénie de la phthisie, pour lequel M. Peter avait déjà devant lui d'excellents modèles, mais qu'il a su enrichir encore d'observations nouvelles et originales.

Dans l'étude des effets de l'inanisation, M. Peter signale particulièrement, comme point de départ fréquent du tubercule pulmonaire, le rétrécissement de l'œsophage. L'observation en avait déjà été faite par plusieurs cliniciens et anatomopathologistes, par Lebert entre autres, qui a mentionné la fréquente coïncidence des tubercules pulmonaires avec le cancer de l'œsophage. Dans quatre cas de rétrécissement de l'œsophage, cicatriciel, fibreux ou cancéreux, que M. Peter a eu l'occasion d'observer, il a assisté au développement de tubercules dont l'existence a été constatée plus tard.

Une semblable relation causale paraît exister aussi entre le cancer de l'estomac et la tuberculisation. Des documents réunis sur ce point, il résulterait que un tiers environ des sujets atteints de cancer ou d'ulcère de l'estomac seraient devenus tuberculeux.

Mais ce n'est pas seulement aux lésions matérielles graves de l'œsophage et de l'estomac qu'il faut attribuer cette part notable dans le développement des tubercules; c'est ici que se placent les faits de dyspepsie avec le rôle important que leur a reconnu Beau, et les faits intéressants, signalés par M. Lasègue, de névrose de l'estomac, d'anorexie hystérique persistante, conduisant à la tuberculisation.

Les faits de tuberculisation consécutifs au rétrécissement de l'œsophage, aux maladies graves et prolongées de l'estomac, comme à des troubles fonctionnels, permettent de comprendre les faits d'inanisation lente, où concourent des causes multiples et, en particulier, l'aération insuffisante.

De là M. Peter est conduit naturellement à l'étude de l'action étiologique de l'inanisation par les voies respiratoires : inanisation par l'insuffisance de la quantité d'air respiré, exemple la tuberculisation pulmonaire à la suite d'échinocoques du poumon, tuberculisation consécutive à la pleurésie purulente, à l'empyème, aux bronchites, à l'emphysème, à l'asthme, à une maladie du cœur, tuberculisation par rétrécissement de l'artère pulmonaire ; inanisation par l'insuffisance de la qualité de l'air.

A ce mot de qualité de l'air se présentent en foule à l'esprit les inombrables infractions à l'hygiène la plus élémentaire qui sont commises tous les jours dans la vie urbaine : air indéfiniment *re*respiré ou ruminé, aussi bien dans l'habitation privée que dans les lieux plus vastes de réunion, maisons d'éducation à la vie unilatérale, dirigée exclusivement dans le sens du développement intellectuel, casernes, ateliers, bureaux, cercles, théâtres où l'on ne respire qu'un air croupi, un air mort, un air ruminé.

A ces causes les plus communes de la tuberculisation s'en ajoutent d'autres, telles que la sédentarité forcée à la suite de certains états morbides qui n'ont d'ailleurs aucun lien direct avec la phthisie, tels que la paraplégie, le rhumatisme articulaire chronique, l'atonie locomotrice. Les maladies générales aiguës, fièvres éruptives et fièvres continues, coqueluche, grippe, etc., agissant toutes par épuisement, sont souvent des causes déterminantes de la tuberculisation, bien qu'on ait considéré à tort quelques-unes d'entre elles comme constituant une sorte d'antagonisme. L'alcoolisme, le diabète jouent un rôle considérable dans l'étiologie des tuberculisations tardives, de la tuberculose dans la vieillesse, rôle que M. Peter a analysé avec soin, et appuyé d'exemples cliniques frappants.

« On devient tuberculeux à tout âge. » A l'appui de cette proposition M. Peter cite deux cas de phthisie chez des adultes et des vieillards, n'ayant eu dans les premières périodes de leur existence aucune prédestination tuberculeuse héréditaire, mais ayant cédé graduellement à l'influence combinée des nombreuses causes de déchéance organique, dont les excès et la misère forment les principaux facteurs. Les causes déprimantes morales, la tristesse, la lypémanie, y ont aussi leur rôle naturel, dont l'influence n'avait pas échappé d'ailleurs aux anciens observateurs.

Enfin, arrivant à la grande question des diathèses dans leurs rapports avec la tuberculisation, question déjà si largement et si magistralement traitée par MM. Pidoux, Noël, Guéneau de Mussy et H. Bennet, M. Peter ne peut qne confirmer par de nouveaux exemples et par son expérience personnelle ce qu'ont avancé à cet égard ces éminents cliniciens, résumant la théorie générale de la tuberculisation consécutive à une maladie aiguë ou chronique, par ces deux propositions : « Tout ce qui débilite est une occasion éloignée de tuberculisation; tout ce qui achève de débiliter en est une occasion prochaine. »

### De l'antagonisme prètendu entre les maladies organiques du cœur, l'asthme, l'emphysème et la tuberculisation pulmonaire.

Dans une leçon précédente, M. Peter a montré par des exemples ce fait, bien établi déjà d'ailleurs, que, plus activement fonctionne un organe, et moins fréquemment il se tuberculise; et que la partie la moins fonctionnante d'un organe ou d'un appareil organique est celle qui se tuberculise le plus vite. Ainsi, dans le poumon, c'est le sommet. D'où cette conception, *à priori*, que toutes les conditions organiques qui facilitent le fonctionnement des sommets pulmonaires et leur déplissement énergique devront empêcher ou retarder tout au moins l'invasion tuberculeuse. M. Peter pense que c'est ce qui a lieu en effet au cas de

maladie organique du cœur, au cas d'asthme, au cas d'emphysème, où la dyspnée que ces maladies entraînent force les malades à utiliser la plus grande partie possible de la surface respirante.

Tout en émettant cette proposition plus spéculative qu'expérimentale, M. Peter ne s'en dissimule par le caractère un peu paradoxal. Aussi a-t-il hâte d'ajouter que c'est pour ces raisons toutes matérielles et non pour d'autres que ces maladies s'opposent à la tuberculisation des poumons. Ce n'est donc pas là un antagonisme essentiel, plus ou moins mystérieux ; c'est une question toute contingente entre les causes de la tuberculisation, d'une part, et la nature de l'organisme ainsi que la période de la maladie organique primitive, d'autre part. Aussi, si, indépendamment de l'affection cardiaque de l'asthme ou de l'emphysème, existent les causes personnelles ou accidentelles de la tuberculisation, celles-ci pourront l'emporter sur l'immunité toute physique créée par la suractivité fonctionnelle du lobe supérieur, et la tuberculisation pourra se réaliser.

Pratiquant l'été, depuis un assez grand nombre d'années déjà, dans une station thermale où de nombreux asthmatiques et de nombreux tuberculeux passent annuellement sous mes yeux, j'ai été frappé d'abord pendant les premières années de l'extrême rareté des cas de complication de l'une de ces affections par l'autre, au point que l'idée, sinon d'antagonisme, tout au moins d'une sorte d'incompatibilité entre ces deux affections m'était restée assez longtemps dans l'esprit; lorsque, le champ de mon observation s'étendant davantage, j'ai pu constater plusieurs cas de succession incontestable de la tuberculisation à une affection asthmatique. Tel est, entre autres, le cas d'un asthmatique de constitution robuste en apparence, chez lequel j'avais constaté à mon premier examen une intégrité parfaite des sommets des poumons, et qui revint deux ans après avec des cavernes dans les deux sommets et tous les signes généraux d'une phthisie à marche rapide, à laquelle il a succombé un an plus tard.

Si ce fait et quelques autres analogues, que j'ai eu l'occasion de voir depuis, m'ont convaincu que l'asthme ne saurait être considéré comme constituant une sorte d'immunité par rapport à la phthisie, on en peut dire autant de certaines lésions du cœur. S'il est vrai qu'il y ait d'assez nombreux exemples de ce genre d'immunité due à l'influence de certaine phase de l'évolution d'un rétrécissement ou d'une insuffisance des orifices ou des valvules, on trouvera, dans celles des leçons cliniques de M. Peter où il est traité de cette question, des exemples qui montrent que cette immunité est loin aussi d'être absolue. M. Peter cite l'exemple, entre autres, d'un malade alors dans le service à l'hôpital Saint-Antoine, qui s'est tuberculisé à une période avancée de la vie et qui a présenté associées deux maladies que l'on voit rarement réunies, la tuberculisation pulmonaire et une double lésion cardiaque consistant en une insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte liées à une endartérite aortique et à une lésion de l'endocarde d'origine probablement alcoolique.

Nous poursuivrons l'analyse de ces leçons dans la Revue prochaine, où nous insisterons plus particulièrement sur tout ce qui a trait à la thérapeutique.

Dr Brochin.

---

## COLIQUES SPERMATIQUES.

Par le docteur Reliquet.

### I

En 1874, j'ai lu, devant l'Académie de médecine, la première observation connue d'oblitération d'un des canaux éjaculateurs, avec rétention des liquides dans la vésicule séminale correspondante, fortement distendue. Les corps oblitérants étaient des sympexions de la vésicule séminale, ayant l'aspect de petits grains de riz cuit comprimés, offrant des facettes dues à leur compression les uns contre les autres. Leur évacuation, et par suite la désoblitération du canal éjaculateur, s'est produite grâce à la présence dans l'urèthre d'un brise-pierre. La compression de la paroi inférieure de la région prostatique de l'urèthre par cet instrument a fait sortir les sympexions.

Aussitôt après cette évacuation, nous avons vu tous les troubles fonctionnels, soit de la miction, soit des organes génitaux, disparaître : les envies fréquentes et impérieuses d'uriner, les douleurs si violentes pendant et après les mictions, les douleurs provoquées par les manifestations sexuelles. Dans ce fait, non-seulement depuis longtemps le coït était impossible, mais il suffisait que le malade eût un désir vénérien pour que, immédiatement, il y eût un violent élancement allant de l'anus à l'extrémité de la verge, exactement semblable à celui qui était ressenti à la fin de chaque miction.

L'observation de ce malade devait naturellement attirer mon attention sur les relations qui existent entre les affections des voies génitales et les fonctions de miction, et réciproquement.

En 1878, avec M. le docteur Thorel, j'observai le fait suivant :

*Oblitération du canal éjaculateur droit par le mucus concret des vésicules séminales; colique spermatique; désoblitération du canal éjaculateur; guérison.* — M. X..., âgé de cinquante-cinq ans, m'est adressé par mon ami le docteur Suender. Je le vois en août 1878. Il souffre depuis six ans. Actuellement les envies d'uriner, impérieuses, ont lieu au moins toutes les heures. La miction est douloureuse dès le début, et à la fin l'élancement de l'anus à l'extrémité de la verge se continue toujours quelques instants après la sortie des dernières gouttes d'urine.

Être assis sur un siège mou, et surtout aller en voiture ou en chemin de fer, provoquent une excitation locale des plus douloureuses avec envie incessante d'uriner. Le malade ne peut voyager qu'étant couché.

M. X... souffrait déjà un peu en urinant, et ne coïtait déjà qu'avec crainte en raison de la douleur qu'il éprouvait au moment de l'éjaculation, lorsque, en septembre 1873, courant pour arriver à une gare de chemin de fer, il est pris brusquement d'une violente envie d'uriner. Précipitamment il se déboutonne et est tout étonné de voir sortir une quantité relativement considérable d'un liquide en tout semblable à du sperme. Pour le malade c'était du sperme. Cette émission est accompagnée d'une ardeur douloureuse très-vive dans tout l'urèthre, analogue à celle déjà ressentie pendant le coït au moment de l'éjaculation. La cuisson très-vive, qui suivit, s'éteignit peu à peu dans un temps assez court.

Le malade continue à s'abstenir du coït.

Dix-huit mois après, en 1875, il remarque qu'il urine du sang, et cela sans douleur ni gêne. Peu de temps après, commencent les envies impérieuses et fréquentes d'uriner, au moins toutes les heures et surtout toutes les quarante minutes nuit et jour. Toutes les mictions sont douloureuses.

A partir de cette époque, le malade ne peut plus rester assis ; après s'être mis plusieurs fois sur un ischion, puis sur l'autre, il est obligé de se lever pour faire cesser les élancements allant de l'anus à l'extrémité de la verge.

Après avoir essayé beaucoup de traitements, passages de sonde, injections ou instillations profondes au nitrate d'argent, en cette année 1875, M. X... consulta à Paris un de nos confrères. Le diagnostic fut tubercule de la prostate, et le malade fut renvoyé chez lui avec un traitement *ad hoc* : huile de foie de morue, lait, etc.

Le 15 août 1878, avec mon confrère le docteur Thorel, nous exa-

minons le malade. Le rectum étant vidé par un grand lavement d'eau tiède, pris en se servant d'une longue canule en gomme, au toucher rectal nous trouvons la prostate ayant ses deux lobes inégaux, comme bosselés. Le lobe gauche est d'une consistance normale, sans saillie notable. Le lobe droit présente une bosselure très-nette près de la partie moyenne de la prostate, bosselure qui se prolonge en arrière de la corne droite de la prostate et se continue avec la vésicule séminale droite. Celle-ci, d'une consistance nette, est facilement délimitée par le doigt. La pression du doigt sur ces différents points ne provoque que très-peu de douleur. Il y a surtout sensation vive de besoin d'uriner.

Pour faire l'examen de la cavité vésicale je passe une sonde en gomme ; la vessie contient très-peu d'urine, et je ne peux y injecter que 80 grammes d'eau tiède. Le passage du lithotribe explorateur dans la région prostatique et dans le col vésical est très-douloureux. Je ne trouve rien dans la vessie. Les parois n'ont pas de colonnes trop saillantes. Mais je constate une élévation très-notable de la lèvre inférieure du col vésical, au-dessus du trigone. L'instrument retiré, la douleur cesse.

Alors, préoccupé des troubles fonctionnels antérieurs des voies génitales, ne croyant pas à la présence de tubercule dans la prostate, en raison de l'ancienneté de l'affection, six ans au moins, de l'âge du sujet, et surtout de l'état général très-bon, je dis à mon confrère le docteur Thorel que nous devions avoir affaire là à une oblitération du canal éjaculateur.

Je place dans l'urèthre une sonde coudée en gomme, n° 23. J'introduis mon doigt dans le rectum. Grâce à la résistance due à la sonde dans l'urèthre, je reconnais très-nettement que la saillie à consistance uniforme du lobe droit se continue avec celle de la vésicule séminale du même côté, et qu'elles ne font ensemble qu'une seule masse. Je comprime la portion prostatique de cette masse sur la sonde. Je la sens qui cède ; elle devient plus molle et plus petite.

Je retire la sonde de l'urèthre. Elle est recouverte, dans toute sa portion qui occupait la région prostatique, d'une matière grise affectant l'aspect de brins de vermicelle disposés en réseau autour d'elle. Cette matière, d'un gris mat, demi-molle, sans bavure ni mucosité, est, évidemment, sortie d'une cavité en s'effilant dans un orifice plus étroit. A peine s'il y a un peu de sang.

En retirant la sonde j'avais laissé 60 grammes d'eau dans la vessie.

Je prescris de mettre des cataplasmes sur le ventre, de donner le soir un grand lavement d'eau tiède, pris avec la longue canule en gomme ; après, on donne un petit lavement de 100 grammes d'eau de graine de lin épaisse contenant 1g,50 de chloral, qui est gardé.

Je m'empresse d'aller de suite trouver mon maître M. le professeur Ch. Robin pour le prier d'examiner cette matière expulsée. Notre maître examina aussi les morceaux de cette même matière, évacuée après, soit spontanément, soit par la pression du doigt introduit dans le rectum. Voici la note qu'il nous a remise :

« Les produits expulsés par l'urèthre, que m'a remis M. Reliquet, examinés séance tenante, nous ont offert les particularités suivantes. Ils se composent de fragments de cylindres épais de 2 millimètres environ, les plus grands ; l'un surtout, long de 12 millimètres, était remarquable en ce que sa surface était comme marquée de saillies et sillons de séparation. L'examen sous la loupe de ces dispositions montrait qu'elles reproduisaient exactement le moule des sinus alvéolaires dont la muqueuse des éjaculateurs est pourvue, comme celle de la fin des canaux déférents et de l'utricule prostatique, mais avec des dimensions sensiblement moindres. La surface de ces cylindres ou fragments de cylindre, ainsi conformée, était d'un gris brunâtre. Le microscope montrait que cette couleur était due à la présence de quelques cellules épithéliales, polyédriques plutôt que prismatiques, parsemées de ces granules brunâtres spéciaux qui colorent l'épithélium de la fin du canal déférent et des vésicules séminales, et par suite la face interne de la muqueuse de ces organes.

« Quant à la substance même de ces cylindres, elle était assez ferme pour rouler entre les doigts sans s'écraser, hors d'une assez forte pression. Elle se gonflait un peu dans l'eau, mais sans changer d'aspect ni se dissocier, même après plusieurs heures de séjour.

« Le microscope montrait cette matière constituée pour la moitié au moins de sa masse par des spermatozoïdes. Le reste était représenté par une substance transparente légèrement striée par places et que l'acide acétique rendait striée à peu près partout, comme quand il s'agit des mucus proprement dits, et des mucus concrets, de ceux de l'intestin surtout. C'est dans ce mucus qu'étaient agglutinés les spermatozoïdes indiqués ci-dessus, et avec eux de très-fins granules, les uns grisâtres, les autres jaunes, d'aspect graisseux, non attaqués par l'acide acétique. Avec les spermatozoïdes existaient aussi quelques rares cellules épithéliales, quelques leucocytes peu granuleux et en outre quelques sympexions dont les plus gros n'avaient pas plus de 3 à 4 centièmes de millimètre de diamètre. L'ensemble de ces éléments, épithéliums, leucocytes et sympexions, ne représentait à peine que le dixième de la masse, à côté de celle formée par le mucus agglutinant et les spermatozoïdes. »

Il n'y a plus de doute, M. X... est atteint de coliques spermatiques dues à des amas de sperme et de mucus dans le canal éjaculateur droit et dans la vésicule séminale du même côté. Je m'empresse de rassurer le malade en lui affirmant qu'il ne s'agit pas de tubercules.

Dans les journées du 15 et du 16, les envies d'uriner sont fréquentes, toutes les quarante minutes. Mais la douleur en urinant diminue, surtout après les grands lavements donnés matin et soir, et les petits lavements au chloral.

Dans la nuit du 16 au 17 août, le malade dort pour la première fois quatre heures de suite. Au premier réveil, l'envie d'uriner n'étant pas vive, il se borne à essayer d'uriner, sans y arriver, et se rendort. Mais bientôt le sommeil n'est plus possible, les envies d'uriner se rapprochent, deviennent de plus en plus vives, et toujours la miction est impossible. J'arrive près du malade vers deux heures du matin. Je le sonde et je retire de la vessie plus de 400 grammes d'urine. Je peux facilement injecter 300 grammes d'eau tiède dans la vessie, lorsque, il y a deux jours, je ne pouvais en injecter que 80 grammes. Ainsi la vessie se dilate déjà d'une façon notable.

Les jours suivants le malade se sonde facilement, et, après avoir uriné, il retire de la vessie au moins 250 grammes d'urine ; alors il reste quatre heures sans avoir envie d'uriner. Quand il ne se sonde pas, il urine toutes les heures.

Les grands lavements d'eau tiède avec la longue canule en gomme sont toujours prescrits matin et soir. Le 18, je supprime le petit lavement au chloral, et le malade boit de l'eau de graine de lin préparée à froid.

A la fin de la miction naturelle, au moment du coup de piston, il expulse par l'urèthre des masses blanches grisâtres assez volumineuses, de même nature que celles déjà évacuées grâce à la compression de la prostate entre le doigt et la sonde.

Le malade commence à pouvoir rester plus facilement assis.

Le 21 août, je pratique le toucher rectal ; je constate une diminution considérable de la tuméfaction, à peine un noyau près de la corne droite de la prostate.

La pression du doigt fait sortir par l'urèthre des morceaux de cette matière blanche grisâtre qui est toujours de même nature.

Le 27 août, les douleurs en urinant reparaissent. Les envies ont lieu toutes les quarante minutes comme autrefois. Il y a des mucosités dans l'urine.

J'attribue cela à l'absence de garde-robes. Le malade, se trouvant bien, a cessé depuis trois jours les grands lavements.

Je donne deux grands verres d'eau d'Hunyadi-Fanos suivis de boissons abondantes. Bouillons aux herbes. Cela suffit pour faire cesser l'excitation de la vessie, qui se dilate à nouveau jusqu'à 400 centimètres cubes, en gardant après chaque miction naturelle 250 centimètres cubes.

Le malade peut aller en voiture, marcher, s'asseoir et rester

assis sans éprouver de douleur. Il vient facilement chez moi, faisant à pied 2 kilomètres sans en être gêné.

Le 29 août, dans mon cabinet, j'examine par le rectum. A la place de la tuméfaction dure décrite, je trouve une dépression molle sans aucun point dur. La pression du doigt sur ce point fait sortir par l'urèthre du sperme liquide.

De suite j'examine au microscope. Je vois de nombreux spermatozoïdes. Mais ils sont immobiles, quelques-uns sont contournés sur eux-mêmes, beaucoup sont adhérents à des débris d'épithélium. Après un moment, je vois remuer quelques spermatozoïdes; mais leurs mouvements sont extrêmement lents et ont lieu sur place.

La présence du sperme liquide, la disparition des indurations dans la vésicule séminale droite et dans la prostate, me firent supposer que l'éjaculation aurait lieu sans douleur.

Le 30 août, l'éjaculation naturelle a lieu sans douleur.

L'état de la vessie reste le même; quand le malade ne se sonde pas, il urine sans douleur toutes les heures. En se sondant, après avoir uriné il retire toujours de la vessie 250 mètres cubes d'urine, et la miction n'a lieu que quatre heures après.

Toutes les douleurs dues au mouvement ou à la position assise ont disparu.

Le 1er novembre 1878, mon confrère et ami le docteur Suender (de Madrid) m'écrit que « le malade, ayant cessé de se sonder, urine toutes les heures, mais sans douleur ».

Il est à craindre que, le malade ne prenant aucune précaution contre la constipation et contre la stagnation d'urine, il se produise une inflammation consécutive des voies génitales dilatées.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Empoisonnements par la santonine.** — Le *Movim. med. chir. independente* rapporte l'observation d'un enfant de deux ans auquel on avait fait prendre 10 centigrammes de santonine. Survinrent des convulsions qui commencèrent par la face et s'étendirent à tout le corps en gênant considérablement la respiration; dilatation de la pupille, urine verdâtre. On employa les bains chauds et quelques autres moyens thérapeutiques, mais ce qui fut le plus efficace fut la respiration artificielle pratiquée par la compression rhythmique des parois thoraciques, manœuvre qui prévint une paralysie asphyxique imminente. Les convulsions se continuèrent pendant trois jours par des crises qui allaient toujours en diminuant. Pendant tout ce temps, l'urine conserva sa couleur verdâtre.

D'après les expériences faites sur des animaux, c'est sur la respiration artificielle qu'on doit le plus compter contre l'intoxication par la santonine; les inhalations d'éther doivent être employées contre les attaques convulsives et l'élimination du poison doit être aidée par des purgatifs et des boissons abondantes.

De cette observation que nous empruntons à l'*Abeille médicale*, nous pouvons rapprocher un autre fait analogue que nous avons remarqué dans la *Revue médicale de l'Est*.

Il s'agit d'un enfant de quatre ans et demi que le docteur Duclaux trouva dans un assoupissement très-prononcé; yeux immobiles et injectés, pupilles dilatées et insensibles à la lumière; lèvres rouges et gonflées; résolution complète des membres; respiration stertoreuse; pouls lent, à 45 à peine; peau froide couverte d'une sueur abondante. Les draps du lit étaient mouillés et offraient une couleur jaune orangé. En découvrant l'enfant, le médecin remarqua qu'il urinait goutte à goutte et presque continuellement.

Les parents lui apprirent que, la veille, ils avaient acheté douze tablettes de chocolat vermifuge, dans l'idée que leur enfant avait des vers, et que le matin on lui avait donné deux tablettes, mais que, profitant d'un moment où il était seul, l'enfant avait avalé les dix autres dans l'espace de quelques minutes, à huit heures du matin, deux heures avant la visite du médecin.

Un vomitif fit rendre à peine la valeur d'une demi-tablette de chocolat. M. Duclaux prescrivit des frictions énergiques.

Cinq heures après l'accident, l'état était plus alarmant, la peau plus froide, la respiration plus lente, le pouls à 50. L'urine n'avait pas cessé de couler et était d'un jaune plus foncé. Traitée par l'ammoniaque, elle donnait aussitôt une coloration rouge sang.

Dans la matinée, le petit malade avait vomi trois fois, et on avait reconnu quelques débris de chocolat dans les vomissements. On recommença les frictions; sinapismes aux extrémités, et infusion de thé au rhum par cuillerées à café à chaque quart d'heure.

Douze heures après l'accident, le faciès était meilleur, la température un peu plus élevée et le pouls à 60; pupilles toujours aussi dilatées, urines un peu moins abondantes, rougeâtres; sueurs continuelles. L'enfant ne répond pas aux questions et se meut à peine. Pour la nuit, lavement purgatif et deux ou trois tasses de thé.

Le lendemain, à neuf heures, le malade était encore abattu, mais commençait à reprendre ses sens. Le lavement purgatif avait amené l'expulsion de quatre lombrics. Céphalalgie et soif intense. Depuis la veille, l'enfant n'a uriné que trois fois; son urine est de nouveau jaune citron. Le soir, il va bien.

Cette observation peut servir à préciser la quantité de santonine qui peut provoquer des accidents graves chez un enfant de quatre ans et demi. D'après les renseignements fournis par le pharmacien, chaque tablette contenait 0,025 milligrammes de santonine; si l'on évalue à 0,02 centigrammes environ la quantité rejetée par les vomissements, on trouvera que l'enfant avait pris 0,26 à 0,27 centigrammes de santonine en une seule dose.

La santonine est donc plus dangereuse qu'on ne le pense. Elle peut causer du coma, de la stupeur et des phénomènes graves de dépression du système nerveux. Son administration doit donc être surveillée chez l'enfant.

**La ventilation du nouvel Hôtel-Dieu.** — Lorsque, en entrant à l'Hôtel-Dieu, le visiteur se dirige au fond des bâtiments à gauche, il trouve au rez-de-chaussée une vaste salle dans laquelle fonctionnent quatre grands générateurs de vapeur, autrement dit quatre grandes chaudières à vapeur.

Cette vapeur a des emplois multiples; elle est d'abord envoyée à la cuisine pour la cuisson de certains aliments. Elle sert à chauffer l'eau des poêles dont j'aurai à parler plus loin. Elle est destinée enfin à fournir la force motrice à une machine à vapeur qui met en mouvement les ventilateurs.

Ceux-ci, au nombre de quatre, se trouvent dans le sous-sol, et font par une puissante aspiration pénétrer l'air de l'extérieur dans les galeries, qui le distribuent ensuite dans tout l'hôpital. Chacun de ces ventilateurs peut faire pénétrer en moyenne 49,000 mètres cubes d'air par heure. Cet air, refoulé dans la galerie, devient à son tour le moteur, la *vis à tergo* de celui qui s'y trouve déjà; il est puisé sur le quai, du côté du marché aux fleurs et au ras du sol. C'est là, il faut le reconnaître, une condition manifestement défectueuse. Dans ses études sur la ventilation, le général Morin recommande, quand on est dans une ville, et cette recommandation est faite précisément dans le chapitre où il traite la ventilation dans les hôpitaux, de prendre l'air, pour l'avoir plus pur, dans une couche aussi élevée que possible. Mais ici cette recommandation est de mince importance; en effet, l'air, en pénétrant dans la galerie de réception, passe à travers des tiroirs garnis de coton qui, on le sait depuis les mémorables expériences de Pasteur, retient tous les corps étrangers, poussières ou germes. Ce coton doit être ou plutôt devrait être changé tous les huit jours, ou même tous les jours, et brûlé sur les grilles des générateurs.

En été, l'air est envoyé frais dans les salles, c'est-à-dire à la température extérieure; l'hiver, il y est envoyé chaud, et c'est lui qui constitue leur seul moyen de chauffage, bien qu'on ait placé à l'extrémité de chacune d'elles des cheminées destinées bien plutôt, pendant l'hiver, à augmenter le tirage qu'à élever la température, qui doit être maintenue constamment à 18° centigrades.

L'air envoyé dans les salles est échauffé, avant d'y arriver, par des poêles à eau placés au dehors. Ceux-ci se composent de cinq

grands cylindres juxtaposés et dont les parois sont cannelées pour en augmenter la superficie; à l'intérieur de celui du milieu se trouve un serpentin dans lequel circule la vapeur. Ces cylindres communiquent entre eux et sont remplis d'eau chauffée par la vapeur du serpentin.

Chacun de ces poêles contient environ 900 litres d'eau, maintenue à une température à peu près constante de 60 à 65 degrés; il est entouré d'un double manchon en tôle formant à l'air deux conduits, dans l'un desquels il est en contact avec la surface des cylindres à ailettes sur laquelle il se charge de calorique, tandis que dans l'autre, placé entre le premier et l'extérieur, il conserve à peu de chose près sa température primitive.

Un registre placé sur le trajet de l'air avant son arrivée au poêle règle son admission dans l'appareil, de même qu'au-dessous de celui-ci se trouvent des vannes qui permettent, en laissant passer plus ou moins d'air chaud et d'air froid, de régler la température des salles à tous les étages et d'une façon indépendante pour chacune d'elles.

Cet air pénètre dans les salles par trois orifices placés au centre des planches, et surmontés, au moins dans certaines d'entre elles, de poêles en fonte qui permettent au malade de se chauffer à leur contact pendant la saison froide. Dans d'autres salles, au contraire, les bouches d'arrivée, placées au niveau du plancher, sont simplement recouvertes d'une grille. La première disposition est préférable, et il est à regretter qu'on ne l'ait pas appliquée partout.

L'évacuation de l'air se fait par des bouches, naturellement plus nombreuses et plus petites que les bouches d'entrée, et placées sur les parois verticales de chaque pièce. Ces bouches sont au nombre de seize, huit de chaque côté, par salle de vingt-quatre lits; en réalité, il y en a seize à la partie supérieure de la pièce et autant à la partie inférieure, presque au niveau du plancher, les premières devant servir exclusivement pendant l'été, les secondes exclusivement pendant l'hiver.

Cette disposition est nécessitée par des raisons bien connues : l'air vicié par la respiration et la combustion est plus léger que l'air ordinaire en raison de sa température et de la vapeur d'eau qu'il contient; or il est évident que la bouche de sortie doit être placée au niveau où l'air est le plus vicié. Malheureusement ce niveau est aussi celui où se rassemble l'air chaud en hiver, et, comme en cette saison la nécessité du chauffage est la plus pressante, on évacue l'air par les bouches inférieures pour conserver le calorique; mais c'est incontestablement aux dépens de sa pureté.

L'air est en fin de compte évacué par de grandes cheminées d'appel qui surmontent les bâtiments, au nombre de six, et à la partie supérieure desquelles sont installés des poêles à vapeur qui déterminent le tirage. Mais, pour arriver dans ces cheminées, c'est-à-dire avant d'être évacué, l'air à la sortie des salles suit un trajet un peu différent, suivant qu'il est évacué par les bouches d'été ou par les bouches d'hiver : dans le premier cas, il est conduit dans les cheminées d'évacuation par le chemin le plus court et le plus direct; dans le second cas, au contraire, il parcourt une galerie pratiquée dans l'épaisseur des murs et dans toute la hauteur de la salle.

Tel est ce système (dont nous empruntons la description à une étude critique du docteur du Cazal). Tel qu'il est, on peut dire que, s'il ne répond pas à toutes les exigences des hygiénistes, la faute n'en est ni aux ingénieurs ni aux constructeurs, cet appareil réalisant en définitive l'application des données les plus récentes et les plus complètes sur cette branche des sciences physiques. (*Gaz. hebd.*)

**Observation d'un mélano-sarcome de la conjonctive et de la cornée datant de vingt-cinq ans**, par M. Carré. — M. E..., marchand de vins, âgé de cinquante ans, demeurant à Neuilly (Seine), se présente à notre clinique le 26 mars dernier.

C'est un homme assez grand et d'apparence très-robuste. Originaire de Montpellier, il a le teint brun très-prononcé des méridionaux. Il dit n'avoir jamais été malade.

Il est venu consulter parce que, depuis quelques jours, l'œil droit est devenu douloureux : cet œil est le siége d'une sensation de gravier. Voici ce qu'on remarque de ce côté :

A la partie externe et antérieure du globe, on observe une tumeur très-noire, située partie sur la cornée, partie sur la sclérotique, avec lesquelles elle paraît avoir contracté des adhérences intimes. Elle est un peu allongée dans le sens vertical, où elle mesure 13$^{mm}$, tandis qu'en largeur elle n'en a que 10. Le bord interne déborde légèrement sur le champ pupillaire, lorsque la pupille est moyennement dilatée.

Elle est bilobée. La portion supérieure est plane, tandis que l'autre portion offre l'aspect d'un petit mamelon de 4 à 5$^{mm}$ de hauteur. La tumeur dans son ensemble est assez dure, mais la partie mamelonnée l'est davantage.

Elle est fortement vascularisée, principalement à la base. De fins vaisseaux serpentent jusqu'au sommet du mamelon. Les vaisseaux sont fournis par la conjonctive et le tissu épiscléral. Ceux de la conjonctive, au nombre de neuf, sont très-gros et affectent une disposition radiée.

Quand l'œil s'ouvre pour regarder en face, le sommet du mamelon repose sur le bord libre de la paupière inférieure.

La portion supérieure, plane, présente la même sensibilité que le reste de la conjonctive, tandis que la partie acuminée est à peu près insensible. Les attouchements pratiqués en cet endroit, au moyen d'un stylet mousse, ne sont pas perçus par le malade.

L'acuité de cet œil est de 20/70, tandis que celle de l'œil gauche est de 20/20. Les deux yeux sont emmétropes.

A l'éclairage oblique, on constate une petite traînée grisâtre dans les couches superficielles de la cornée, partant de la tumeur à peu près au niveau du bord inférieur de la pupille et se dirigeant horizontalement.

Dans l'espace pupillaire, un peu en dedans, on constate aussi un léger pointillé qui paraît intéresser l'épithélium.

Les milieux sont complètement transparents. Rien de particulier dans la choroïde examinée avec beaucoup de soin jusqu'à l'ora serrata : elle est très-pigmentée, comme chez les bruns.

L'angle iridien paraît complètement libre dans toute sa profondeur. La tumeur est donc bien localisée dans la coque oculaire.

Les mouvements du globe sont libres.

Aucun engorgement ganglionnaire.

D'après ce que raconte le malade, cette tumeur remonte à sa vingt-cinquième année : elle aurait donc déjà vingt-cinq ans d'âge. Au début ce n'était qu'une tache grise située dans cette zone de la conjonctive qui encercle la cornée et qu'on appelle le limbe conjonctival. Peu à peu cette tache s'est agrandie et a débordé d'une manière à peu près égale sur la cornée et sur la sclérotique. La coloration s'est en même temps plus accentuée et est devenue d'un noir encre de Chine.

Du reste, pas de gêne sensible. Le malade souffrait si peu qu'il ne songea pas à consulter un médecin avant 1869. A cette époque il eut quelques inquiétudes, et consulta un spécialiste très-distingué qui conseilla la temporisation.

Dès lors la tumeur est restée à peu près stationnaire, ou n'a que légèrement augmenté. Quant à la complication survenue récemment, il ne s'agissait que d'un peu d'hyperémie de la conjonctive avoisinant la tumeur, hyperémie qui a disparu rapidement sous l'influence de lotions boratées.

Le malade n'en demande pas davantage. Cependant il est certain que les choses ne resteront pas éternellement dans cet état. Il s'agit évidemment ici d'un mélano-sarcome, diagnostic qui a été confirmé par M. le professeur Panas, qui a bien voulu examiner le malade. Dans un temps plus ou moins rapproché, le néoplasme entrera dans une voie nouvelle, et parcourra ses phases ordinaires : extension dans le globe ou du côté du crâne, imprégnation des organes éloignés ou généralisation. Il n'est donc pas permis de vivre en paix avec un parasite aussi dangereux, et l'on a eu tort de conseiller l'expectation, si tant est qu'on l'ait fait sans réserves, ce dont nous doutons. Comme, d'un autre côté, la tumeur, qui est sessile, paraît avoir contracté des adhérences intimes et profondes

avec la coque oculaire, il ne paraît pas possible de tenter la simple ablation, qui d'ailleurs réussit rarement, même dans le cas de tumeurs pédiculées. C'est pour cela que nous avons conseillé l'énucléation.

Au lieu de faire l'énucléation, on pourrait encore pratiquer l'excision du segment antérieur du globe, dans le but d'obtenir un moignon plus volumineux. Mais le malade ne veut point entendre parler d'opérations aussi radicales, et jusqu'à présent nous n'avons pu le convaincre de la gravité de son état.

Le point le plus saillant de cette observation, c'est la longue durée du sarcome, que nous signalons comme très-rare. Il a aujourd'hui vingt-cinq ans; combien de temps peut-il encore durer ? C'est ce que l'avenir nous apprendra. (*Gazette d'ophthalmologie.*)

**Des propriétés anesthésiques de l'acide phénique dans les affections prurigineuses.** — A l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Lailler, le docteur Henri Rigaud vient d'étudier les propriétés anesthésiques de l'acide phénique dans les affections prurigineuses de la peau. Pendant la discussion de l'hiver dernier à la Société de chirurgie, on se rappelle que plusieurs membres ont insisté sur l'action analgésique de l'acide phénique sur les plaies. Ce sont ces affirmations de MM. Verneuil, Guyon, Le Dentu, etc., qui ont inspiré à M. Lallier l'idée d'utiliser les mêmes effets dans le traitement des maladies de la peau, lichen, prurigo, eczéma, lichénoïde, lichen urticans, etc., où la démangeaison est parfois si intense.

L'auteur a fait des pulvérisations d'acide phénique (solution à 2 pour 100 avec addition de glycérine pour englober en quelque sorte et fixer l'acide phénique), sur les membres atteints de lichen, etc.

Après cinq à huit minutes de pulvérisation la démangeaison disparaît. On complète le traitement par l'application de compresses phéniquées. En huit à douze jours la guérison a été obtenue. Dans une observation de traitement comparatif de l'eczéma par le caoutchouc et l'acide phénique, ce dernier a prévalu pour la disparition prompte des démangeaisons.

D'autre part, dans les affections cutanées, les propriétés légèrement excitantes de l'acide phénique, loin de nuire, activent la réparation des tissus. Les contre-indications peuvent se résumer en un mot, l'état inflammatoire ; dans ce cas, il faut, comme toujours dans les maladies de la peau, savoir abandonner le traitement curatif pour combattre d'abord les symptômes inflammatoires.

L'action de l'acide phénique sur la sensibilité étant si bien démontrée par les observations cliniques, il était naturel de penser que des expériences physiologiques confirmeraient ces propriétés anesthésiques. En effet de nombreuses expériences d'esthésiométrie, faites par MM. Rigaut et A. René, ont montré qu'après les pulvérisations d'acide phénique sur un membre, il faut toujours un écartement plus considérable du compas de Weber pour qu'il y ait perception des deux pointes. Des chiffres de 50 à 60 millimètres, ce minimum d'écart s'élevait généralement à 70 millimètres, surtout à la partie moyenne de la jambe.

En résumé, il semble que les propriétés anesthésiques de l'acide phénique sont ici bien démontrées, et que l'on pourrait étendre à toutes les affections où il y a des démangeaison intenses, comme dans le diabète et les affections du foie, un traitement qui a donné de bons résultats dans le lichen, dans l'eczéma, et notamment encore dans un cas de prurit de la vulve qui était très-intense. (*Thèse de Paris*, 1879.)

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 septembre 1879, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

*Au grade de pharmacien inspecteur* : M. Fontaine;

*Au grade de pharmacien en chef* : MM. Héraud et Lemoine.

— *Cours d'ostéologie.* — Les travaux de dissection étant obligatoires et les élèves en médecine n'étant admis à disséquer qu'après avoir subi un examen d'ostéologie (décrets du 20 juin et du 30 novembre 1878), M. Fort, professeur libre d'anatomie, commencera *son cours d'ostéologie préparatoire aux dissections*, le vendredi 10 octobre 1879, à trois heures, dans son amphithéâtre, rue Antoine-Dubois, 2, et le continuera tous les jours à la même heure.

— *Médecine opératoire.* — Les candidats au deuxième examen de doctorat sont avertis que M. Fort commencera une série de leçons de médecine opératoire à partir de lundi 6 octobre. S'adresser, 21, rue Jacob.

— M. le docteur H. Picard commencera, le vendredi 3 octobre, à huit heures du soir, à son dispensaire, 13, rue Suger, un cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire, et il le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Pathologie et clinique chirurgicales,** contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, Ve Delahaye et Ce.

**Contribution à l'étude anatomique des diathèses,** par le docteur Cazeau. In-8° de 118 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

**De la méthode d'Eismarch et en particulier de l'hémorrhagie capillaire consécutive,** par le docteur de Lagorce. In-8° de 48 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8704.

N° 113. — MARDI 30 SEPTEMBRE 1879. 52e ANNÉE. MARDI 30 SEPTEMBRE 1879. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

### Laryngite tuberculeuse; aphonie; cornage.

Dans la salle des hommes, est couché un malade atteint de lésions tuberculeuses manifestes dans les sommets des deux poumons, et qui présente en outre un phénomène intéressant : de l'aphonie accompagnée d'un bruit de cornage et d'une modification remarquable du rhythme respiratoire. Ce rhythme est modifié en ce sens que l'inspiration s'est considérablement allongée, et dure autant que l'expiration. L'aphonie n'est pas absolue : le malade parle à voix basse, d'une voix enrouée et articulant péniblement.

Quelles sont les causes de l'aphonie ?

D'abord, l'aphonie peut tenir aux maladies du larynx; mais cette étiologie est trop vague, et il faut dégager d'une façon plus rigoureuse les causes qui la déterminent.

En premier lieu, nous trouvons l'insuffisance de l'expiration ; la soufflerie faisant défaut, le courant d'air n'est pas suffisant pour faire vibrer les cordes vocales et produire les sons. Cette insuffisance de l'expiration peut être produite soit par le pneumothorax (rarement), soit par l'hydrothorax, soit encore, et surtout, par les perforations de la plèvre, avec communication avec l'air extérieur. C'est ainsi que j'ai vu un malade opéré et guéri d'un empyème, qui avait conservé une fistule : quand il enlevait l'opercule, il ne pouvait exprimer aucun son ; s'il replaçait l'opercule sur l'ouverture, la force expiratoire redevenait suffisante, et il pouvait parler facilement.

La paralysie du diaphragme (Duchenne de Boulogne) amène une aphonie absolue.

C'est qu'en effet, pour produire une voix forte et distincte, il est besoin d'un effort plus considérable que nous ne le supposons, habitués que nous sommes à le produire.

L'insuffisance ou l'altération des organes mêmes peut amener l'aphonie, aussi bien que l'insuffisance de la soufflerie. Elle est le résultat soit de maladies du larynx, soit de maladies siégeant au-dessous de la glotte.

Parmi les premières, citons les laryngites, les altérations pouvant atteindre soit les cordes vocales, soit les cartilages du larynx, soit les muscles, soit enfin les nerfs qui président aux mouvements des muscles. Or il est remarquable que, de toutes ces lésions, celle qu'on suppose la plus habituelle, l'altération des cordes vocales, est précisément la moins fréquente, et l'aphonie a très-ordinairement une cause tout autre. En effet, lorsque tout le reste fonctionne bien et qu'il n'y a pas aphonie proprement dite, la voix peut être conservée d'une façon remarquable ; son timbre seul est modifié, mais la production des sons n'est pas impossible (Krishaber).

Dans le second ordre de causes, celles qui siègent au-dessous de la glotte, nous trouvons toutes les causes qui amènent le rétrécissement de la trachée, soit rétrécissement pathologique, soit rétrécissement par compression quelconque.

Chez notre malade, il y a à éliminer toute une catégorie de faits : la maladie du poumon n'est pas suffisamment étendue pour affaiblir tellement l'expiration qu'il ne puisse plus se produire de sons. En effet, beaucoup de malades ont des lésions plus étendues et plus avancées, et cependant ont conservé une voix assez forte relativement. Les causes sous-glottiques ne sont pas non plus probables chez ce malade ; nous les avons recherchées avec soin, et n'en avons pas trouvé. Toutefois nous savons que le diagnostic des affections des médiastins est très-difficile quand elles n'ont pas atteint une grande intensité.

Comment expliquerons-nous le cornage? Il peut avoir des causes assez diverses : 1° dans le larynx ; 2° dans le thorax. Pour les causes tenant au larynx, signalons l'œdème de la glotte, la tuméfaction des cordes vocales supérieures ; mais ces deux affections ne produisent qu'un cornage peu bruyant. Ensuite, les maladies des vraies cordes vocales, les cordes vocales inférieures, l'épaississement, les tumeurs, les productions pseudo-membraneuses. Outre ces causes mécaniques, les causes d'origine nerveuse sont encore très-efficaces, le spasme ou la paralysie des cordes vocales peuvent amener le cornage ; le spasme, en rapprochant les cordes vocales au moment de l'inspiration, alors qu'elles ne doivent pas se rapprocher; la paralysie amenant le même phénomène : en effet, pendant l'inspiration, le larynx n'est pas passif, il faut une contraction musculaire pour écarter les cartilages aryténoïdes ; si les muscles thyro-aryténoïdiens postérieurs ne se contractent pas, et s'ils manquent d'énergie, la pression de l'air arrivant sur un espace trop

étroit, sur les cordes vocales trop rapprochées, produira le bruit de cornage. Il ne faut pas croire que la glotte dite respiratoire soit suffisante pour la respiration, et empêche cet accident.

Au-dessous de la glotte, dans la portion inférieure des voies respiratoires, il peut se former un rétrécissement par des cicatrices syphilitiques, par des polypes même ; beaucoup plus souvent, la compression produit le rétrécissement.

Cette compression est exercée par les tumeurs du médiastin antérieur et du médiastin postérieur, par des ganglions, par les anévrysmes de l'aorte, par certains goîtres se développant jusque dans cette région, par des exostoses de la face postérieure du sternum.

Or, dans tous les cas de cornage, il faut déterminer son siège par l'auscultation, et voir si le bruit se passe dans le larynx, ou bien dans la portion inférieure de la trachée. S'il est produit par la compression d'une bronche, on le reconnaît facilement : l'intensité du bruit de cornage est beaucoup plus forte de ce côté, et il se propage de ce côté seulement des voies pulmonaires ; si le bruit se passe, dans la trachée elle-même, le diagnostic est plus difficile, et, par l'auscultation, on peut hésiter à dire que le bruit naît bien en tel point plutôt qu'en tel autre point. Même lorsqu'on est assuré que le bruit se passe dans le larynx, cela ne prouve pas que la cause de ce bruit siège dans le larynx ; elle peut être plus bas.

Une tumeur, siégeant dans la portion inférieure, peut comprimer les filets nerveux, et amener soit le spasme, soit la paralysie.

Une tumeur peut aussi déterminer le bruit de cornage, longtemps avant qu'elle ait pris un développement suffisant pour qu'on la reconnaisse, et alors même que le rétrécissement produit est presque insignifiant : il suffit, en effet, d'une très-légère diminution de calibre pour amener ce bruit curieux. Ce qu'il y a de particulier, c'est que la dyspnée qui accompagne le cornage peut être absolument intermittente, quoique le rétrécissement existe d'une façon permanente. Le spasme ou la paralysie sont parfois intermittents : ce fait a été observé, par exemple, dans des cas d'anévrysme de l'aorte comprimant la trachée. C'est là cependant une compression à peu près uniforme en tout temps (en dehors des légères modifications produites par les pulsations artérielles); les accidents de dyspnée ont été intermittents, et revenaient par accès.

Chez notre malade, nous admettons que le cornage est laryngé ; mais n'a-t-il pas une cause plus profonde que celle que nous venons d'examiner ?

Nous avons remarqué la modification notable du rhythme respiratoire, le tirage que produit le malade pour inspirer, et qui est le résultat des contractions énergiques du diaphragme; tandis que la région supérieure du thorax s'affaisse pendant ce temps de la respiration, le ventre est soulevé brusquement et énergiquement.

Notre malade fait des efforts très-considérables pour respirer : la prolongation de l'inspiration nous montre sa difficulté ; il existe donc un obstacle à la pénétration de l'air dans le larynx ; quel est-il, et quelle en est la cause ?

Nous sommes ainsi amenés à rechercher les caractères des lésions qui peuvent déterminer le cornage ; ces lésions sont ou des tumeurs, ou les diverses formes de laryngites.

Les laryngites, en effet, peuvent produire de tels accidents. Elles sont de diverses natures : 1° les laryngites simples ; 2° les laryngites liées à la tuberculose ou à la syphilis.

L'examen laryngoscopique fait reconnaître la forme glanduleuse hypertrophique, qui est analogue à la pharyngite glanduleuse, et qui occupe ordinairement la base de l'épiglotte et l'espace interaryténoïdien : la muqueuse a un aspect chagriné, irrégulier, une surface peu colorée, mais assez vasculaire ; quelquefois l'épithélium des cordes vocales est épaissi et couvert de végétations papillaires, quoique, à ce niveau, il n'existe pas de papilles à l'état normal. Ces lésions se remarquent surtout sur la partie postérieure : il n'y a jamais d'ulcération.

Une deuxième forme, celle d'épaississement général de toute la muqueuse, n'est pas non plus accompagnée d'ulcération.

Mais les formes dues à la syphilis ou à la tuberculose sont rapidement ulcéreuses.

Notre malade n'est pas syphilitique ; mais la tuberculose existe, et elle peut présenter l'une ou l'autre forme. Dans la laryngite tuberculeuse, on trouve les granulations tuberculeuses, toujours à l'état miliaire, tantôt isolées, tantôt agglomérées en certains points. Il est difficile, à l'œil nu, de les distinguer des glandules ; Andral hésitait à en admettre l'existence. L'examen micrographique en a démontré la structure : ces petites granulations se développent dans le larynx comme partout ailleurs, mais elles amènent l'ulcération rapidement, et avant d'avoir produit le tubercule jaune caractéristique.

On trouve alors ces ulcères à contours irréguliers : ces ulcérations occupent ordinairement et le plus fréquemment l'extrémité supérieure des cartilages aryténoïdes et les bords de l'épiglotte. On les trouve aussi sur les cordes vocales supérieures ; quelquefois au niveau de la partie postérieure des cordes vocales inférieures, et sur les replis aryténo-épiglottiques.

Sous l'influence de ces productions tuberculeuses, la muqueuse du larynx s'enflamme, et s'épaissit : les cordes vocales prennent un aspect blanchâtre et mat, au lieu de leur belle teinte nacrée de l'état normal. On peut ensuite observer l'œdème de la glotte, l'ulcération de l'épiglotte, qui se réduit à un simple moignon où l'on reconnaîtrait difficilement la forme primitive ; enfin, les muscles peuvent être lésés ; les cartilages enflammés passent à l'ossification, à la carie, à la nécrose.

L'aphonie arrive par altération des organes actifs, et par altération des organes passifs de la phonation.

On croyait même, autrefois, que les crachats chargés de matière tuberculeuse, étant retenus dans le larynx, étaient la cause primitive de ces ulcérations. Aujourd'hui on connaît l'évolution des granulations tuberculeuses : on peut toutefois admettre que les crachats accumulés dans les anfractuosités du larynx ulcéré peuvent contribuer mécaniquement à l'aggravation des accidents.

L'aphonie est accompagnée de dysphagie quelquefois considérable ; l'épiglotte étant parfois détruite, des menaces d'asphyxie continuelles existent dès que les malades avalent des aliments.

Les symptômes au moyen desquels on reconnaîtra cette laryngite sont d'abord l'enrouement. La toux ne viendra que plus tard, et comme conséquence éloignée. Ce fait n'est pas inévitable, mais est assez fréquent. La douleur manque assez souvent ; quelquefois elle est excessive.

La dyspnée peut se produire, soit lorsqu'il y a un rétrécis-

sement permanent, soit lorsqu'il y a un spasme. Dans les cas de rétrécissement permanent, la dyspnée peut arriver par accès dans les conditions suivantes, analogues à celles qui existent dans les rétrécissements de l'appareil circulatoire : le larynx est réglé pour un petit travail, et laisse passer une quantité suffisante d'air, à laquelle il s'accoutume; mais, si l'on fait des mouvements exagérés, un effort, etc., la dyspnée survient.

Et même, elle peut rester permanente pendant un long temps, parce que la dyspnée elle-même provoque des efforts, des mouvements assez considérables, de sorte que l'équilibre entre la recette et la dépense ne se produit qu'après un certain temps.

Telles étaient les notions que nous devions connaître avant de pratiquer l'examen laryngoscopique chez notre malade. Nous avons procédé à cet examen : nous n'avons pas constaté un trouble notable dans les mouvements des cordes vocales, mais la muqueuse a perdu son aspect nacré ; elle est épaissie, pâle, décolorée ; à la partie postérieure de la corde vocale gauche, nous avons découvert des granulations papilliformes et un commencement d'ulcération.

Nous avions donc, dans l'état du larynx, une explication suffisante des accidents : encore qu'il n'y ait pas un rétrécissement considérable, il suffit bien pour produire l'aphonie. Pendant l'inspiration, les cordes vocales tendent à s'écarter, mais elles s'arrêtent avant d'avoir complété cette dilatation. La laryngite n'est pas localisée à la muqueuse, elle a gagné les muscles, qui ne fonctionnent plus régulièrement et ne peuvent plus écarter les cordes vocales. Les muscles thyro-aryténoïdiens postérieurs étant envahis, les muscles latéraux et les crico-aryténoïdiens le sont plus rapidement encore, parce qu'ils sont beaucoup plus rapprochés encore de la muqueuse.

Le degré de la laryngite doit aussi être déterminé, afin de pouvoir préciser les complications qui pourraient survenir. Ici, sans doute, la lésion n'est pas avancée ; cependant elle dénote un symptôme grave, c'est la tendance à la généralisation de la tuberculisation ; tel est le fait grave dont il faut se défier, dès que l'on constate une laryngite de cette nature, se produisant dans les premières périodes de la tuberculose pulmonaire. Il se produit une asphyxie lente, à peine sensible, mais continuelle, asphyxie « blanche » comme on l'a nommée, parce qu'elle n'est pas accompagnée de cyanose comme l'asphyxie rapide. Plus tard, cette dernière forme d'asphyxie pourra survenir à la suite de complications possibles : œdème de la glotte, destruction des ligaments.

Mais nous n'avons pas affaire, dans le cas particulier, à une forme à marche très-rapide : l'ulcération n'est pas étendue, de sorte que le pronostic grave se trouve un peu mitigé.

Les indications thérapeutiques sont ici peu pressantes : la laryngite tient une si petite place dans l'ensemble de la maladie qu'on n'est pas souvent amené à la traiter. Les moyens de la combattre directement doivent être employés avec ménagement, car l'examen laryngoscopique a suffi pour exagérer la dyspnée ; il ne faut donc pas employer à tout propos la médication directe : on a même dit qu'on ne devrait pas pratiquer l'examen laryngoscopique si l'on n'était prêt à faire la trachéotomie.

Il est d'autres moyens qui sont toujours utiles : le repos de l'organe, en premier lieu, le maintien dans une atmosphère tiède et humide; les vapeurs de goudron réussissent quelquefois, mais il faut en user modérément, car elles sont rapidement excitantes. J'ai été amené à une pratique toute empirique, dont je ne puis guère donner d'explication scientifique, et à laquelle, cependant, je dois de bons résultat : j'ai appris par un de mes élèves que, dans les verreries, on a observé depuis longtemps que les ouvriers atteints de phthisie et de laryngites voyaient leur état s'améliorer notablement quand ils passaient dans les ateliers de gravure, où il se dégage, comme on sait, des vapeurs d'acide fluorhydrique.

J'ai fait respirer ces vapeurs fluorhydriques à des malades qui s'en sont trouvés satisfaits. A ce propos, il n'est pas inutile de se rappeler que cet acide attaque les vitres et les glaces, et qu'il faut les enlever des appartements où l'on produit ces dégagements, si l'on ne veut les dépolir.

Les révulsifs sont d'une médiocre utilité : on pourra prescrire quelques vésicatoires, ou mieux des cautères au-devant de la gorge, quand la laryngite tient une grande place dans la maladie et qu'elle domine la scène.

On aura parfois recours aux applications locales de calmants (belladone, opium), de caustiques (nitrate d'argent) ou d'astringents (tannin).

On se sert soit de l'éponge, comme Trousseau, soit des insufflations de matières pulvérulentes, ce qui n'est guère favorable; soit des pulvérisations, qui sont plus utiles. Seulement, il faut veiller à ce que le liquide pulvérisé n'arrive pas froid sur la muqueuse laryngée; or presque tous les appareils ont cet inconvénient. Quelques modifications dans l'instrumentation ont tenté d'échauffer le liquide après la pulvérisation : le praticien en tirera de réels avantages.

Si les lésions étaient très-localisées, à l'épiglotte par exemple, l'application directe du topique serait possible : c'est une manœuvre délicate qui exige l'emploi simultané du laryngoscope et du porte-caustique; le stylet de trousse, recourbé et chargé de nitrate d'argent fondu dans sa rainure, suffit très-bien à cet usage. Il ne faut pas oublier que les mouvements du stylet doivent être dirigés en sens inverse des mouvements apparents, car, dans le miroir laryngoscopique, l'image est renversée.

---

## HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Depaul.

### Renversement de l'utérus gravide.

Nous avons vu passer quelques instants dans notre service une femme atteinte de renversement de la matrice au commencement de sa grossesse. C'est, en effet, un phénomène qui se développe dans les quatre ou cinq premiers mois de la grossesse, et qui peut amener des accidents formidables si, une fois enclavé, l'utérus reste comprimé dans la cavité pelvienne sans pouvoir se dégager. Tel n'est pas heureusement le cas de notre malade. C'est une femme qui est accouchée pour la dernière fois il y a treize mois : elle nourrissait encore quand elle est de nouveau redevenue enceinte. Notons dans son histoire que, bien qu'elle fût encore nourrice, ses règles ont reparu au mois de décembre, et qu'elles ont disparu depuis, quand elle est devenue enceinte à cette époque.

A son arrivée à l'hôpital, elle marchait péniblement, pour ainsi dire pliée en deux : elle paraissait beaucoup souffrir dans la cavité abdominale. Elle nous raconta que, depuis

quinze jours, elle éprouvait des difficultés dans l'émission des urines : l'avant-veille de son entrée, elle avait été prise d'une rétention, qui avait été traitée par le cathétérisme pratiqué par un médecin du quartier; on avait donné issue à trois litres d'urine. Le lendemain, les douleurs reparurent : une sage-femme sonda aussi la malade, et, ayant sans doute reconnu de quoi il s'agissait, elle conseilla à cette femme de venir à la Maternité. Lorsqu'on l'examina, on reconnut immédiatement une tumeur très-volumineuse à la partie inférieure du ventre, s'étendant jusqu'au niveau de l'ombilic, fluctuante, et probablement constituée par la vessie distendue. Il y avait, en effet, encore une rétention d'urine notable : le cathétérisme donna 1300 grammes d'urine, et la tumeur disparut à mesure que l'urine s'écoulait.

En pratiquant le toucher, on trouva le col placé derrière le pubis, pas très-élevé cependant, puis on sentit dans le vagin en arrière, et remplissant en grande partie l'excavation pelvienne, une grosse tumeur plus résistante formée par le corps de la matrice qui était en rétroversion.

Le soir, il fallut pratiquer un deuxième cathétérisme : on reconnut alors que la matrice était remontée et s'était réduite spontanément à un moment que l'on n'avait pas saisi. Le col plongeait de nouveau dans l'excavation pelvienne. Le fond de l'utérus était un peu dirigé en avant et le col regardait en arrière. Malgré nos conseils, cette femme a voulu rentrer chez elle immédiatement; espérons que l'accident ne se reproduira pas. Généralement, en effet, cela ne revient pas : cependant il est permis de croire que, déjà après le premier cathétérisme, il y a eu une réduction, puis une récidive du renversement de la matrice.

Cette observation est un exemple du renversement de l'utérus au début de la grossesse, arrivée ici au quatrième mois environ. Nous avons observé, il y a quelques mois, une femme qui a présenté des accidents analogues. Ce qui domine, dans tous les cas, c'est la difficulté d'uriner, ou la rétention complète d'urine. On constate, en outre, que le fond de la matrice a basculé, le col venant en avant, quelquefois se plaçant très-haut au-dessus de la symphyse pubienne, ce qui amène parfois des erreurs de diagnostic. Chez cette femme on ne savait d'abord quelle était la nature de la tumeur formée par la vessie, et l'on ne soupçonnait pas qu'elle fût enceinte.

Or, toutes les fois que l'on observe une tumeur abdominale située sur la ligne médiane, il faut toujours s'enquérir de l'état de la menstruation, et, au toucher, s'assurer de la direction du col, et chercher la tumeur dans l'excavation pelvienne en arrière. Ne jamais oublier de pratiquer d'abord le cathétérisme pour vider la vessie. On pourrait croire assez facilement à l'existence d'un kyste de l'ovaire; mais, dans ce cas, ordinairement les règles continuent.

J'ai déjà observé ce renversement trente ou quarante fois depuis que je m'occupe de gynécologie : j'ai toujours trouvé la nature de la tumeur, et, le plus souvent, après le cathétérisme, la matrice s'est réduite spontanément. Cette terminaison heureuse s'observe assez souvent. Cependant on est parfois obligé d'intervenir : on aura recours alors aux divers procédés opératoires qui consistent à agir sur la tumeur par le vagin et par le rectum, avec la main ou avec des instruments : avec le doigt on accroche le col en avant pendant qu'on repousse la tumeur en arrière, et la réduction s'obtient rapidement. Je ne m'arrête pas à la description des divers procédés et des manœuvres que l'on a recommandés dans ces cas; vous pourrez la lire dans tous les auteurs.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. VIDAL.

### De l'épithélioma de la peau.

I

Désigné autrefois sous les noms de chancre malin, d'ulcère rongeant, cancer de la peau, cancer épithélial, *noli me tangere,* cancer bâtard, fruste, etc., l'épithélioma a été ainsi nommé par Hannover. C'est le cancer friable de Cruveilhier. A un certain moment, on a voulu le séparer du cancer, mais les cliniciens ont protesté : on se rappelle encore les paroles de Velpeau à l'Académie, lorsque cette question y a été portée. Par sa marche, par sa tendance à la récidive, à la généralisation, l'épithélioma devrait être regardé comme une forme de cancer, moins maligne toutefois que le carcinome proprement dit.

L'épithélioma est une lésion constituée par l'infiltration, dans la trame des tissus, d'éléments épithéliaux très-analogues à ceux de l'état normal : la néoplasie épithéliale peut se trouver partout où il y a de l'épithélium. Elle se présente, en général, avec les caractères de l'épithélium de la région, mais avec certaines variations suivant qu'il a débuté entre les papilles, sur les papilles, dans les glandes, etc.; suivant qu'il siége à la peau, aux muqueuses, suivant le terrain sur lequel il se développe, suivant l'état général du sujet, etc. Tous ces modes différents du début rendent le diagnostic difficile.

On observe d'abord une desquamation épithéliale, une vascularisation plus grande de la région, un peu d'épiderme sec; tantôt c'est une petite tumeur née à la superficie de la peau, qui la soulève un peu, puis constitue une petite perle transparente, dont la surface s'exfolie, puis s'ulcère; une croûte se forme sur l'ulcération, le malade l'arrache successivement et l'irrite; tantôt il se forme une croûte grasse plus ou moins brune jaunâtre. Le plus souvent l'épithélioma débute par un point unique, et, si de nouvelles ulcérations apparaissent, ce n'est qu'après quelques années : c'est plus tard encore que les ganglions sont envahis. Dans des cas exceptionnels, on voit des foyers multiples, disséminés au hasard, sur divers points de la face en général.

Au point de vue de l'anatomie pathologiqne, il y a plusieurs variétés; suivant l'évolution, le processus varie, quoique ce soit toujours une production anomale d'épithélium. On peut établir deux grandes divisions : 1° celle où il y a prolifération d'épithélium *pavimenteux*, épithélioma de la peau; 2° celle où il y a prolifération d'épithélium cylindrique, épithélioma des muqueuses, des glandes, telles que le sein.

Dans la première catégorie, qui seule nous intéresse spécialement, épithélioma pavimenteux, on trouve plusieurs variétés. Cruveilhier avait déjà été frappé par ce fait, que cette lésion est constituée par un tissu friable se dissociant par le raclage; à la coupe, on voit un tissu blanchâtre, un peu sec, fournissant très-peu de suc par le raclage. Au microscope, on en fait plusieurs variétés : papillaire, interpapillaire, interstitiel, lobulé, tubulé, perlé, etc., suivant le groupement, le mode d'envahissement; surtout au début, on retrouve exactement ces types ; mais, quand la tumeur est ancienne, qu'elle a envahi le tissu cellulaire, la glande, etc., ces lésions se continuent et présentent une grande complexité.

*a*. Le plus ordinairement c'est la forme interstitielle, *interpapillaire*, que l'on observe ; des prolongements épider-

miques se développent entre les papilles en présentant tous les caractères de l'épithélium normal, couches cylindriques, s'aplatissant successivement jusque vers la périphérie. L'épithélium semble s'allonger entre les papilles, se confondant avec le derme où l'on voit une prolification abondante de cellules jeunes, contenant plusieurs noyaux qui deviennent libres; puis, dans les couches plus profondes, on voit le tissu conjonctif se mêlant à ces cellules, c'est la zone d'envahissement. La vascularisation exagérée de la papille et de la couche sous-papillaire est le prélude de cet envahissement. Dans cette forme interpapillaire, on voit parfois à la coupe des colonnes exactement régulières, parallèles. On y trouve aussi des *globes épidermiques*, qui cependant ne sont pas exclusifs à cette forme de tumeur, car on les rencontre encore dans l'ichthyose, dans le sarcome, le papillome. Ils sont peu nombreux dans cette variété interpapillaire.

*b.* Dans l'épithélioma *lobulé*, la néoplasie se présente sous forme de masses plus ou moins limitées, plus ou moins confondues avec le tissu conjonctif envahi; la zone de prolifération s'agrandit, soit que le tissu cellulaire soit lui-même envahi, soit qu'il soit étouffé par la néoplasie. L'altération des vaisseaux est aussi remarquable; ils subissent une sorte d'endartérite par la prolifération des cellules de la membrane interne, ce qui diminue et oblitère presque le calibre du vaisseau, d'où des nécrobioses et des ulcérations. Dans cette forme, les globes épidermiques sont nombreux.

*c.* L'épithélioma *tubulé* est le cylindroma de Billroth, l'adénome sudoripare de Verneuil. Il est constitué par des tubes ressemblant à des tubes de glandes sudoripares; ils semblent courir entre les mailles du tissu conjonctif; c'est l'épithélioma des glandes sudoripares, avec globes épidermiques assez nombreux. Cette forme est assez rare, et relativement plus bénigne que les autres.

*d.* L'épithélioma *perlé* est presque absolument une variété bénigne : il peut durer vingt ans à la même place, sans faire de progrès : il est constitué par une petite exfoliation cornée, et reste tel s'il n'est pas tourmenté ni excité, On trouve des globes épidermiques, constituant des sortes de perles dans la tumeur, isolés, mais se rattachant par des tractus les uns aux autres. A peine cet épithélioma est-il formé qu'il se dessèche; ses cellules s'aplatissent; le type en est caractérisé dans un enroulement de cellules sèches qui constituent le globe épidermique.

*Symptômes cliniques.* — L'épithélioma peut débuter, soit par une petite excroissance spontanée où il y a prédisposition consécutive à d'autres lésions telles qu'une difformité, un nævus irrité. Chez certains malades, j'ai vu l'épithélioma débuter par des végétations, par un état papillomateux manifeste sur la langue et sur les lèvres : ce fait est contesté par les histologistes. D'autres fois, c'est une squame épidermique dont les bords se relèvent, que le malade arrache, parce qu'il s'y produit une démangeaison, non une douleur intense. Plus tard, quand on a enlevé la squame, l'ulcération reste, saignant facilement, superficielle, se couvrant d'une petite croûte qui tombe ou est arrachée, etc., et ainsi de suite : l'ulcération a des bords découpés, peu indurés. Dans d'autres cas, c'est une petite induration, une petite perle superficielle, siégeant au-dessous de l'épiderme; elle se vascularise, s'exfolie, puis forme une ulcération superficielle. Cette ulcération a les bords taillés à pic, indurés, *renversés.* Le plus souvent ce bord est soulevé, comme transparent, blanchâtre, souvent perlé : le doigt y a la sensation d'un bourrelet ou d'un collier de perles. C'est le néoplasme en pleine activité qui forme une petite tumeur sur ces bords. Ces bords s'agrandissent, le fond se creuse. Quelquefois il se fait une cicatrice en certains points; mais elle est rapidement envahie par le néoplasme, et l'ulcération se reforme.

Si par l'emploi de caustiques on a obtenu une cicatrisation, la guérison reste stationnaire pendant quelques mois, quelques années ; puis la maladie reparaît sous forme de petites perles, ou d'ulcérations analogues aux précédentes, mais avec une marche envahissante ou une forme isolée.

Ensuite un ganglion se prend, puis les ganglions voisins s'engorgent à leur tour. Au pourtour du premier épithélioma, apparaissent des cancroïdes secondaires, satellites de la première tumeur, sous forme interpapillaire ou lobulée; cette dernière se constituant surtout lorsque l'envahissement devient profond et atteint les couches les plus internes du derme. L'ulcération a une forme anfractueuse, tantôt arrondie, tantôt fissurée, suivant les régions qu'elle occupe et les mouvements qui s'y passent; aux lèvres, aux ailes du nez, à l'angle interne de l'œil, elle est fissurée.

Le siège le plus ordinaire est à la face; sur 250 cas, Heurtaux en a trouvé 190 à la face; les autres occupaient la partie dorsale des mains, des doigts, le talon, les orteils, les membres, le prépuce, la vulve, le scrotum. A la face, ce sont le plus ordinairement les lèvres qui sont attaquées; sur 190 cas, on en trouve 85 pour les lèvres, 29 pour les joues, 22 pour le nez.

La forme interpapillaire est la plus envahissante, la plus térébrante, allant jusqu'aux os; fournissant des tumeurs volumineuses, à bourgeonnements considérables, à bords renversés. Avec cet état fongueux, la suppuration est peu abondante; cette sécheresse relative distingue l'épithélioma de la syphilide, du lupus. Notons aussi l'adhérence aux tissus sous-jacents.

La forme glandulaire occupe les glandes sébacées; elle fournit des croûtes sous lesquelles il y a une ulcération irrégulière; il faut distinguer cette croûte de la séborrhée congestive ordinaire : elle ne se roule pas en pâte comme celle-ci, elle est sèche, et, au-dessous d'elle, on trouve une ulcération, ce qui ne se rencontre pas dans la séborrhée.

Il est d'autres cas où l'épithélioma est disséminé. Une première atteinte se fait en un point; puis d'autres arrivent en des points multiples, envahissant diverses régions non plus comme satellites d'une tumeur primitive voisine, mais en des régions séparées les unes des autres. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire en ces points : le malade garde toutes les apparences de la santé pendant de longues années.

Si l'on trouve sur la joue une tumeur globuleuse, tuberculeuse, renfermant un kyste à son intérieur, on doit immédiatement songer à l'oblitération d'un conduit sudoripare. C'est l'épithélioma des glandes sudoripares.

L'épithélioma perlé est le plus bénin : il se développe sans végétations abondantes : il reste tout à fait superficiel. A mesure que la prolifération se fait, l'épithélium se sèche et devient corné. On y remarque aussi l'absence de vascularisation des dépôts enchâssés dans les bords, ainsi que l'absence d'induration de ces bords. Enfin, un état complètement stationnaire appartient aussi à cet épithélioma perlé.

**HOPITAL DE BEYLERBEY** (Constantinople). — M. Girerd.

**Observation de transfusion de sang d'agneau.**

La plus grande somme d'intérêt que peut offrir l'observation que nous publions résulte surtout de ce que nous avons eu recours à une pratique devenue aujourd'hui l'objet d'une proscription presque universelle.

Si toutes les applications de transfusion ne sont pas admises sans conteste, il est cependant des circonstances où ses indications sont formelles et impérieuses : tels sont les cas de pertes de sang consécutives aux blessures des vaisseaux, les cas d'hémorrhagies puerpérales, etc., dans lesquels une seule préoccupation doit se présenter à la pensée, celle de trouver le sujet propre à fournir le sang.

Dans les grands centres où le niveau intellectuel est plus élevé, il est peut-être relativement facile de trouver une personne de bonne volonté ; mais, dans les campagnes, à quelles répugnances quelquefois insurmontables ne se heurtera pas le chirurgien !

C'est précisément cette difficulté que nous avons rencontrée deux fois pour des blessés et qui nous a mis dans l'alternative de pratiquer la transfusion avec du sang d'animal ou de laisser mourir ces malheureux faute de trouver une âme généreuse.

Nous avons choisi le sang d'agneau, encouragé que nous étions par les succès qu'en avait obtenus M. O. Hasse (de Nordhausen) qui venait récemment de pratiquer ce genre de transfusion sur douze malades affectés : « cinq fois de phthisie pulmonaire, deux fois de chlorose opiniâtre, deux fois de cachexies consécutives à un long séjour au lit pour dysentérie et fièvre puerpérale, une fois de cachexie par spondylarthrocace avec suppuration profuse, une fois de cachexie par carcinome de l'estomac, une fois, enfin, d'anémie aiguë, consécutive à des hémorrhagies profuses, déterminées par un accouchement prématuré par placenta prævia (1). »

Le nommé Osman H..., né à Tchancra, âgé de trente-deux ans, entre dans nos salles le 20 février 1878.

Il a reçu un coup de feu à Plewna, dans la défense héroïque de cette place par Osman pacha.

Une vaste plaie se trouve au niveau du bord externe de la crête iliaque antérieure et supérieure droite ; cette plaie, qui se termine en cul-de-sac, est l'orifice d'entrée d'un projectile qui n'a pas été extrait ; les bords de l'ouverture sont entourés d'un bourrelet de bourgeons charnus, saignants et friables, qui se laissent enlever sans résistance par la sonde cannelée ; les téguments sont œdématiés jusqu'à la partie moyenne de la fesse ; leur coloration est d'un rouge violacé et ils offrent l'aspect d'un énorme anthrax. En les comprimant, on provoque la sortie d'un pus ichoreux extrêmement fétide. Nous explorons la plaie avec le doigt, et nous constatons l'existence d'un large décollement de la peau que nous incisons sur une étendue de 15 centimètres.

Le tissu cellulaire, qui est sphacélé, se laisse enlever par longs filaments ; la plaie semble alors recouverte d'un pus louable qui n'est, à la vérité, qu'une sécrétion à aspect trompeur que les lavages avec l'irrigateur ne parviennent pas à entraîner, et qui, de plus, est adhérente à une pseudo-membrane qu'on détache par lambeaux avec les pinces.

Au-dessous apparaissent les muscles, d'un rouge écarlate et saignants par places.

(1) *Tageblatt der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden.*

Ces désordres locaux sont accompagnés de fièvre, d'anorexie, de douleurs insupportables.

La plaie est pansée avec une pâte demi-liquide composée d'acide salicylique dissous dans l'alcool camphré ; tous les interstices musculaires en sont garnis après que les fausses membranes ont été soigneusement détachées. Une couche de ouate salicylée est placée par dessus.

Toniques. Ext. théb.

21 février. — A notre arrivée, on nous apprend que le blessé a eu une abondante hémorrhagie dans la nuit ; le sang a traversé le pansement, inondé le lit ; l'interne a appliqué quelques plumasseaux de charpie imbibée de perchlorure de fer, ce qui a suffi pour arrêter l'écoulement.

Le malade est très-abattu et dans un état de faiblesse extrême. Nous enlevons le pansement ; l'hémorrhagie ne se reproduit pas, mais la gangrène fait des progrès ; le derme se sphacèle, et nous devons exciser les lambeaux décollés que nous avions incisés la veille.

Pansement légèrement compressif.

22 février. — Le malade est très-bas ; la perte de sang s'est reproduite la nuit ; on a fait de vaines tentatives pour en découvrir l'origine, et on a dû se contenter, comme précédemment, de la compression sur la plaie à l'aide de tampons imbibés de perchlorure de fer.

Cet écoulement, très-abondant, vient encore augmenter le danger d'une situation déjà fort compromise.

Le blessé est exsangue, la face et les extrémités sont froides, le pouls est à peine perceptible. Le patient va succomber.

Température : 35°,7.

En présence d'un danger aussi imminent, nous songeons à la transfusion, et nous cherchons vainement dans ce but un donneur de sang.

Alors nous chargeons l'administration de nous procurer sans retard un agneau ; il nous est apporté vers onze heures.

Notre collègue, M. le docteur Péchedimaldji, médecin principal et président de la Société de médecine, nous prête son concours, et nous procédons immédiatement à l'opération.

D'un coup de ciseaux sur la peau pincée entre les doigts, nous faisons une incision en V pour mettre à découvert la veine médiane droite dans laquelle nous introduisons le trocart. Le sang de la carotide de l'agneau qui vient d'être ouverte par notre collègue est recueilli dans l'entonnoir de l'appareil de Mathieu et aspiré dans le cylindre en verre au moyen de l'ampoule de caoutchouc.

Dès que les premières gouttes de liquide s'écoulent, l'ajutage de l'appareil est mis en rapport avec le trocart dont nous sortons le mandrin, et 80 grammes de sang artériel sont injectés sans interruption.

La transfusion ne dure guère qu'une minute.

Vers le milieu de l'opération, le malade entre dans une très-vive période d'excitation ; il est agité, parle avec volubilité et incohérence ; enfin une dyspnée assez intense succède à cette période.

Le trocart est retiré et la plaie est pansée comme celle d'une saignée.

La réaction se fait violemment ; à la dyspnée succèdent quelques frissons, et une demi-heure après le malade s'endort d'un sommeil agité.

La température est de 37°,8 ; elle s'est donc élevée de 2°,1.

A partir de ce moment, les extrémités se réchauffent, le pouls se relève, le sommeil dure plus de trois heures, et dans la soirée le malade prend du vin et du bouillon par cuillerées de demi-heure en demi-heure.

23 février. — L'amélioration est surprenante ; le malade répond parfaitement à mes questions, et, avant notre arrivée, il a demandé à l'infirmier des renseignements sur le genre d'opération qu'il a subi et dont il n'a conservé qu'un vague souvenir.

La plaie est pansée à nouveau. L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite et les progrès de la gangrène nosocomiale paraissent suivre une marche rétrograde. La pâte salicylée a formé au-dessus une épaisse couche croûteuse qui est enlevée en partie par des lavages

à l'irrigateur partout où elle n'offre pas trop de résistance.

Une injection est faite dans le trajet suivi par la balle, et le même pansement est renouvelé, recouvert de ouate salicylée.

24 février. — L'état général s'est sensiblement amélioré; le malade a mangé un potage et exprimé le jus d'une côtelette.

25. — Même état, même pansement.

26. — La plaie s'est complètement détergée; les bourgeons charnus font leur apparition et recouvrent cette vaste plaie avec profusion.

Crainte de récidive, nous appliquons ce jour-là un pansement ouaté de Guérin avec le *salicylate.*

Nous avions déjà appliqué ce pansement dans une cinquantaine de cas, amputations, résections, fractures comminutives compliquées et autres, et nous avions constaté qu'il procure aux blessés une immunité parfaite quant aux accidents d'infection nosocomiale, quelle que soit leur nature.

A dater de ce jour, le mieux se poursuit.

Le 28, nous montrons notre malade à plusieurs confrères qui le tiennent pour sauvé.

L'un d'eux, M. le docteur Arnoult, ancien interne des hôpitaux de Paris, a même relaté ce cas dans un journal local d'où nous extrayons le passage suivant (1) : « C'est dans un cas désespéré, sur un malade devenu exsangue par suite de copieuses hémorrhagies, que M. Girerd a pu injecter 80 grammes de sang d'agneau... Malgré les conditions défavorables dans lesquelles on était placé, tout a réussi, et aujourd'hui, sixième jour après l'opération, le malade a repris ses forces, et tout fait espérer un prompt rétablissement (2). »

Le pansement est renouvelé à cause de l'odeur qui commence à s'en dégager. Le pus est séreux et très-abondant. Les muscles de la fesse, qui étaient flottants, sont englobés dans une masse de bourgeons charnus, pleins de vigueur, au milieu desquels on retrouve le trajet fistuleux, en cul-de-sac, formé par le parcours du projectile.

A un examen que l'état de la blessure nous permet de rendre plus minutieux, nous reconnaissons la présence de quelques corps étrangers; trois petites esquilles détachées de l'ilion sont enlevées avec des pinces, mais la dernière provoque un léger écoulement qui nous oblige à suspendre l'exploration.

Craignant que l'hémorrhagie se renouvelle, et aussi pour que le malade puisse être plus facilement surveillé, le pansement ouaté n'est pas réappliqué.

L'amélioration va augmentant.

2 mars. — Le malade mange avec appétit. La plaie a un fort bel aspect. Un drain est placé dans le trajet qui suppure abondamment; il s'écoule quelques gouttes de sang.

Pansement avec la gaze phéniquée recouverte d'une petite couche de ouate. Du 3 au 9 mars, rien d'anomal; le pansement est renouvelé chaque jour.

(1) *Levant Herald*, numéro du 2 mars 1878.

(2) Le docteur Arnoult, quelques jours après, était enlevé par le typhus à la science et à ses nombreux amis.

9 mars. — Au soir, le malade quitte son lit pour aller à la garde-robe, et cette imprudence provoque une nouvelle hémorrhagie assez considérable que l'interne, Ladik effendi, parvient à arrêter au moyen de tampons imbibés de perchlorure de fer.

Cette hémorrhagie se répète la nuit; on s'aperçoit qu'elle vient du trajet fistuleux et on l'arrête en introduisant de grosses mèches imbibées de la solution au perchlorure de fer.

10 mars. — A notre visite, nous trouvons en effet le malade très-abattu; le point de départ de l'hémorrhagie échappe aux recherches, et nous ne pouvons qu'essayer encore de la prévenir en incisant assez largement les masses musculaires pour permettre d'exercer une pression plus directe.

Injection hypodermique d'éther camphré. Journée relativement bonne.

La nuit suivante, le malade semble reposer d'un sommeil assez tranquille pour que rien d'extraordinaire n'attire l'attention de l'infirmier qui, vers le matin seulement, s'aperçoit que le malheureux est littéralement baigné dans son sang et qu'il s'éteint.

En notre absence on lui prodigue les secours les mieux entendus, mais sans résultat; le malade succombe le 11 au matin, une heure avant la visite.

De cette observation, nous pouvons conclure :

Premièrement, *qu'une injection de 80 grammes de sang d'agneau a pu être faite dans la veine d'un mourant sans qu'il en fût résulté ni danger ni inconvénient immédiat;*

Secondement, *que cette injection au contraire a eu pour résultat de relever ses forces et de l'arracher à une mort prochaine.*

Si on objecte que le malade a succombé plus tard à une nouvelle hémorrhagie, ce fait ne saurait par lui-même constituer un insuccès de la transfusion, puisque cet accident n'a été que la conséquence d'une imprudence commise à une époque où le transfusé avait recouvré une grande partie de ses forces et s'était senti assez robuste pour quitter son lit et marcher.

---

La Société médicale des bureaux de bienfaisance reprendra ses séances mercredi 8 octobre, à huit heures précises du soir, à l'Administration de l'Assistance publique.

Ordre du jouc : 1° Élection d'un membre associé libre national; 2° constitution médicale des mois d'août et de septembre. Policlinique; 3° statistique du service médical de nuit (3° trimestre de 1879); 4° clinique oculaire, par M. le docteur Coursserant.

---



Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8712.

N° 114. — JEUDI 2 OCTOBRE 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 2 OCTOBRE 1879. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois.. 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.





## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. H. Bouley, l'un des fidèles et des zélés aux heures difficiles, a occupé la tribune pendant une bonne partie de cette séance, pour entretenir ses collègues d'un travail très-curieux d'un médecin anglais, le docteur Klein.

On sait que les études faites dans ces dernières années, par plusieurs pathologistes, sur la nature intime du contagium de différentes maladies zymotiques, ont eu pour résultat de rendre extrêmement probable ce fait général que chaque maladie zymotique distincte dépend essentiellement de l'invasion de l'organisme par un être vivant, d'une extrême petitesse, se multipliant par lui-même, propre à chaque maladie, biologiquement spécifique dans les changements qu'il éprouve dans son développement, chimiquement spécifique dans la fermentation qu'il peut déterminer.

Frappé de ce résultat, et pénétré de cette idée, que c'est de la multiplication indéfinie, de la pullulation de ce petit organisme spécifique dans le sang et les tissus du corps infecté, que procèdent, comme de leur cause nécessaire, les caractères qui sont propres à chaque cas, les modifications anatomiques et cliniques, ce que l'on appelle enfin les symptômes de la maladie, M. le docteur Klein a cherché à appliquer ces principes à l'étude d'une maladie grave de l'espèce porcine.

Déjà, dans des recherches antérieures sur la pneumo-entérite du porc, ce savant médecin avait découvert une quantité incalculable d'êtres microscopiques dans les organes malades. Le nouveau mémoire dont M. Bouley a donné l'analyse à l'Académie a comblé le vide de nos connaissances sous ce rapport.

Par un procédé de culture artificielle, il a réussi à conduire à la maturité, en dehors du corps animal, le microphyte propre à la pneumo-entérite, et il l'a étudié dans des différents degrés d'accroissement, dans sa filiation depuis son état de germe jusqu'à sa forme achevée à l'état de fungus spécifique.

Les expériences de M. Klein, dont on trouvera l'exposé analytique dans le compte-rendu de la séance, sont d'autant plus intéressantes qu'il s'agit d'une affection qui paraît faire de grands ravages parmi l'espèce porcine, dans certaines contrées, du moins sans qu'on ait pu ou su, jusqu'à présent, y opposer une barrière, et que, considérées dans leur rapport avec la science générale, elles apportent, ainsi que M. H. Bouley en a fait la juste remarque, un nouveau témoignage expérimental très-précis en faveur des contages animés.

Voilà des faits qui se recommandent à M. Pasteur, absent pour le moment.

Dr BROCHIN.

## HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

### Sarcome papillaire de la conjonctive, ayant envahi tout l'orbite.

Je vais opérer un homme, âgé de cinquante-six ans, employé dans une fabrique du Nord, et qui est atteint d'une énorme tumeur de l'orbite. Il y a un an environ, il vit se développer sur la paupière inférieure quelques végétations qui parurent peu graves et furent cautérisées ou excisées à quatre reprises différentes. Peu à peu la paupière supérieure fut envahie; on la renversa et l'on enleva les végétations. Enfin, un spécialiste belge, consulté pour la tumeur qui reparaissait, fit dans le parenchyme de la tumeur des injections d'un liquide qui était, au dire du malade, probablement de l'acide acétique. Le champignon, qui recouvrait déjà une partie de l'œil gauche, augmenta rapidement d'étendue et, en trois mois, atteignit le volume du poing, comme vous avez pu le constater il y a une huitaine de jours, remplissant tout l'orbite et présentant, avec une odeur infecte, un aspect repoussant. La tumeur saignait abondamment dès qu'on la soulevait pour chercher à explorer la cavité orbitaire. Elle était noirâtre, parsemée de taches brunes de gangrène moléculaire. On pouvait à peu près constater qu'elle était attachée surtout à la paupière supérieure et qu'elle n'adhérait pas à la paupière inférieure; mais elle semblait aussi occuper la portion supérieure de la cornée. L'arcade sourcilière était aussi envahie. L'aspect de la tumeur était celui d'un sarcome encéphaloïde. Il n'était pas possible de savoir si le globe oculaire était complètement pris, si la conjonctive ou la paroi orbitaire était le point de départ de ce néoplasme.

Comme la tumeur pouvait être assez facilement pédiculée, je l'étreignis en masse sous une ligature élastique (avec un tube à drainage en caoutchouc), de façon à faire tomber la plus grande partie de cet énorme champignon, afin d'examiner plus exactement les rapports de son pédicule, ses points d'insertion et ses limites. Le lendemain, la tumeur noircit et commença à se sphacéler. Je plaçai une deuxième ligature, et à la fin de la semaine le champignon tomba. Aujourd'hui, on peut apercevoir la paupière inférieure et la paupière supérieure ; on constate qu'elles sont soulevées par la masse cancéreuse qui pénètre plus profondément et qui paraît avoir eu pour point de départ les culs-de-sac de la conjonctive. Le globe oculaire a été envahi, et le tissu cellulaire intra-orbitaire paraît aussi infiltré ; peut-être même encore le périoste de l'orbite n'est-il pas sain.

Bien que cette tumeur semble être de nature très-maligne, notons de suite que les ganglions dans lesquels vont se jeter les lymphatiques des paupières et de la conjonctive ne sont pas engorgés. Je sais bien qu'il en est plusieurs que nous ne pouvons atteindre ; mais les ganglions pré-auriculaires et rétro-auriculaires, qui se prennent si facilement dans les affections des paupières, ne sont pas envahis, non plus que les ganglions profonds qui entourent la carotide interne. Le malade est affaibli, mais il déclare n'avoir jamais joui d'une constitution très-robuste. En un mot, il ne semble pas que l'affection ait commencé à se généraliser. Je crois qu'il s'agit d'un cancer externe, débutant à la périphérie, puis gagnant ultérieurement les organes profonds, mais qui n'est pas encore arrivé à cette dernière phase. Il n'est donc pas absolument impossible de l'arrêter : c'est pourquoi je me suis décidé à pratiquer cette opération.

J'ai hésité longtemps entre le bistouri et le thermocautère : mais je me suis arrêté à la dissection avec l'instrument tranchant à cause du trop grand rayonnement de chaleur du thermocautère, dont je redoute les effets dans le fond de la cavité orbitaire, où nous ne serons séparés de la masse cérébrale que par une très-faible épaisseur de tissu, parfois par une lame osseuse papyracée. Sur l'utérus, je suis aussi peu partisan du thermocautère à cause du voisinage du péritoine, qui est un organe non moins susceptible que l'encéphale. D'un autre côté, avec le thermocautère on ne voit pas trop bien ce que l'on fait, et, dans le cas particulier, il importe de disséquer le néoplasme avec la plus minutieuse attention, afin d'en dépasser les limites et d'en extirper les dernières ramifications.

Lorsque j'aurai enlevé avec le bistouri tous les tissus malades, j'appliquerai un caustique (pâte de Canquoin) sur le fond de la plaie afin de poursuivre encore par la cautérisation les éléments de mauvaise nature qui auraient pu s'infiltrer à distance, le long des vaisseaux lymphatiques : vous savez, en effet, que les cellules des néoplasmes suivent très-facilement les parois des lymphatiques et peut-être celles des vaisseaux sanguins, jusqu'à une certaine distance du siège même de la tumeur. J'emploie toujours la cautérisation après l'ablation avec le bistouri : je ne vais pas jusqu'à dire, avec Gosselin, qu'il existe une affinité entre le caustique et la cellule cancéreuse, que le caustique poursuivrait jusque dans ses prolongements les plus éloignés, mais je dois affirmer que je m'en trouve très-bien depuis un long espace de temps.

La pâte de Canquoin possède aussi des propriétés hémostatiques ; si l'hémorrhagie était trop abondante, je placerais pendant quelques minutes des boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer dans la cavité orbitaire, et cela suffirait certainement pour arrêter l'écoulement sanguin.

Je n'hésiterai pas non plus à ruginer le périoste de l'arcade sourcilière, si je le trouvais envahi par les éléments néoplasiques, ni à vider toute la cavité orbitaire si je le juge nécessaire. A la partie inférieure, je n'aurai pas besoin de dépasser les limites des culs-de-sac de la conjonctive.

L'opération a été faite comme elle avait été indiquée : le périoste était sain. Le fond du globe oculaire a été enlevé radicalement ainsi qu'une portion du tissu rétro-oculaire, dont le reste a été mortifié par le caustique placé dans la cavité orbitaire.

L'examen histologique de la tumeur a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma constitué par des éléments papillaires hypertrophiés ; les éléments du véritable sarcome sont difficiles à retrouver sur toute la surface de la conjonctive, qui a été totalement enlevée. L'infiltration s'est faite dans le tissu interpapillaire et, je pense aussi, dans les papilles de la muqueuse conjonctivale, qui a été le point de départ de la maladie. La récidive est malheureusement à craindre, malgré le soin que nous avons apporté à la dissection et à la cautérisation de toutes les parties suspectes.

Huit jours auparavant, une tumeur orbitaire de même nature a été enlevée chez un enfant, et avec succès. C'était un sarcome fasciculé ayant envahi l'orbite et amené des lésions intra-oculaires consécutives à la compression du globe oculaire par la tumeur, et notamment une hémorrhagie péri-rétinienne. La présence d'une grande quantité de cellules arrondies démontrait la nature maligne de ce sarcome et faisait malheureusement redouter une récidive. Le procédé opératoire avait été le même : dissection au bistouri, puis cautérisation au chlorure de zinc.

---

### HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

#### Rétrécissement avec insuffisance mitrale; asystolie.

La malade qui est couchée au n° 40 de notre salle Sainte-Jeanne, nous offre un exemple intéressant d'affection cardiaque. C'est une femme de quarante ans, cuisinière, sans aucune espèce d'antécédents morbides.

Il y a trois ans, elle a commencé à éprouver de la difficulté à respirer, surtout quand elle se livrait à un exercice un peu violent. Parfois même elle était prise, pendant la nuit, de véritables accès d'orthopnée. Joignez à cela des palpitations de cœur assez fréquentes.

Plus tard, à ces premiers symptômes vinrent se joindre quelques troubles du côté du système nerveux, tels que de la céphalalgie, des étourdissements et même de véritables pertes de connaissance. Ces phénomènes nerveux, assez rares dans les maladies du cœur, du moins au début, doivent être mis sur le compte des habitudes alcooliques de la malade.

Les choses en étaient là quand, il y a trois mois, voyant que ses jambes commençaient à enfler, cette femme crut devoir se faire admettre à l'hôpital. Elle entra à l'hôpital Beaujon, où elle fut soumise à l'usage de la digitale. Sous l'influence de ce traitement, son état s'améliora si rapidement qu'au bout de quelques jours elle demanda son exeat.

Mais cette amélioration ne fut que passagère ; les accès de suffocation se reproduisirent avec une intensité nouvelle, les

palpitations devinrent plus fréquentes; l'œdème, qui jusque-là ne s'était montré que dans le voisinage des malléoles, s'étendit aux membres inférieurs tout entiers et à une partie du tronc; enfin une toux pénible, quinteuse, presque sans expectoration, survint, et, à plusieurs reprises, cette femme eut des crachements de sang.

De leur côté, les phénomènes cérébraux devinrent plus marqués; la céphalalgie prit un caractère persistant; la malade tomba dans un état de somnolence presque continuelle, des troubles spéciaux apparurent, tels que de l'obscurcissement de la vue, surtout à droite, et un peu de surdité plus prononcée également dans l'oreille de ce côté, et, pour la seconde fois, cette femme dut entrer à l'hôpital.

A ce moment, ce qui frappait chez elle, c'était un œdème généralisé à presque toute la surface du corps, très-accusé surtout aux membres inférieurs où il donnait lieu à une rougeur notable de la peau qui était, de plus, lisse et luisante. Elle avait également une gêne de la respiration considérable se traduisant par de l'orthopnée et par la fréquence des mouvements respiratoires.

La toux était pénible, quinteuse, sèche. L'examen de la poitrine permettait de constater en avant un certain degré d'emphysème pulmonaire, facilement appréciable à la percussion qui, surtout en avant, donnait lieu à une augmentation de la sonorité normale. D'autre part, l'auscultation faisait percevoir, disséminés dans toute l'étendue de la cage thoracique, de nombreux râles sibilants mélangés, en arrière, à quelques râles crépitants, fins, qui devaient être mis sur le compte d'un léger œdème pulmonaire.

Au cœur, on constatait les phénomènes suivants. D'abord, si l'on appliquait la main sur la région précordiale, c'est à peine si l'on pouvait percevoir le choc de la pointe. A la percussion, la matité cardiaque était plus étendue qu'à l'état normal, mais elle était singulièrement atténuée par suite de la présence d'une lame du poumon interposée entre le cœur et la paroi thoracique.

Quant à l'auscultation, elle ne donnait que des résultats à peu près nuls. Cependant il était possible, avec une grande attention, de percevoir au niveau de la pointe et un peu à gauche, au premier temps, un très-léger souffle. Un second bruit morbide, également très-faible et toujours au premier temps de la révolution cardiaque, se faisait entendre à la partie supérieure et à droite, sous le bord gauche du sternum.

Le pouls était à peine sensible, très-dépressible, mais régulier. Au sphygmographe, son tracé était représenté par une ligne presque horizontale, interrompue à des intervalles égaux par des soulèvements à peine marqués et présentant tous la plus grande analogie les uns par rapport aux autres.

Les vaisseaux du cou, notamment les jugulaires, étaient considérablement distendus et présentaient au moment de la contraction ventriculaire ce phénomène particulier que l'on a désigné sous le nom de pouls veineux.

Le foie était notablement augmenté de volume et douloureux à la pression. La rate elle-même était hypertrophiée.

Enfin les urines présentaient une altération remarquable. Elles étaient rares, épaisses et opaques. Elles contenaient une grande quantité de matériaux solides; enfin, traitées par l'acide nitrique et la chaleur, elles laissaient voir un précipité d'albumine très-abondant.

Il s'agissait, d'après cet ensemble de signes et de symptômes, d'établir le diagnostic de la maladie.

Tout d'abord, en présence de cet anasarque généralisé, de la pâleur et de la bouffissure de la face, on pouvait penser que l'on avait affaire, chez cette malade, à une affection des reins, à une néphrite parenchymateuse. Cette manière de voir paraissait d'autant plus justifiée que les urines contenaient une notable proportion d'albumine. Cependant, d'une part, l'albumine n'était pas en quantité aussi abondante qu'elle l'est ordinairement dans certains cas de néphrite parenchymateuse pure et simple. D'autre part, nous avions, du côté du foie, du poumon et du cœur, des phénomènes qu'on n'observe pas dans cette maladie. Si donc nous avions affaire à une affection rénale, ce n'était évidemment qu'à titre de complication, de phénomène accessoire.

En effet, les troubles initiaux qu'a présentés cette malade, la dyspnée, les palpitations, cet œdème surtout qui a débuté par la jambe et n'a envahi que plus tard l'abdomen, tous phénomènes qu'on n'observe pas dans la néphrite parenchymateuse, attestent que la lésion principale a son siége du côté du cœur.

Quelle était sa nature?

Au premier abord, la faiblesse du choc de la pointe et l'augmentation de la matité précordiale, auraient pu nous faire supposer l'existence d'un épanchement péricardiaque; mais, s'il en eût été ainsi, les bruits eussent été moins superficiels.

Il fallait donc admettre que nous avions affaire à un cœur dilaté, mais qui, à en juger par la faiblesse des contractions, n'avait pas encore subi cet état d'hypertrophie qui accompagne si souvent la dilatation cardiaque.

D'autre part, comme ce phénomène existe rarement à l'état isolé, nous devions avoir à l'un des orifices une altération valvulaire quelconque.

Mais où était le siége de cette lésion? Était-ce à l'orifice aortique? Évidemment non, car dans cette affection le pouls, quoique petit et régulier, n'est pas aussi dépressible que chez notre malade. En outre, nous aurions eu, à la base du cœur, un bruit de souffle très-accusé, au premier temps, s'il se fût agi d'un rétrécissement, au second temps, dans le cas d'une insuffisance.

C'était donc à l'orifice mitral que siégeait la lésion. Mais était-ce un rétrécissement ou une insuffisance?

Eh bien, quoique nous n'ayons pas de bruit de souffle qui nous le démontre positivement, je n'hésite pas à dire que nous avons affaire à l'une et l'autre de cette affection, et voici les raisons sur lesquelles je m'appuie pour établir ce diagnostic.

Pour qu'un bruit de souffle se produise, il faut, vous savez, que les trois conditions suivantes se trouvent réalisées: 1° que le sang traverse un orifice rétréci ou inégal; 2° qu'il s'engage dans cet orifice avec une certaine vitesse; 3° qu'il soit mû par une impulsion énergique.

Dans la maladie dont il est question en ce moment, ces trois conditions ne se trouvent pas toujours réunies. Nous avons bien un orifice mitral rétréci, mais le sang ne traverse pas cette ouverture avec l'énergie et la vitesse, nécessaires pour produire un bruit.

D'où vient, en effet, le sang qui emplit le ventricule gauche? De l'oreillette située au-dessus. Comment y pénètre-t-il? Lentement, en vertu des lois de la pesanteur. Ce n'est qu'à la fin que l'oreillette donne un léger coup de piston qui hâte l'expulsion du liquide. Mais ce coup de piston est lui-même très-faible, et, si l'oreillette n'est pas hypertrophiée, alors même que l'orifice serait rétréci, il n'est pas assez énergique pour donner lieu à un bruit.

Aussi le plus souvent le rétrécissement mitral ne se traduit-il que par le souffle de l'insuffisance. Voici comment :

Le sang a pénétré dans le ventricule en passant à travers l'orifice, et le bruit a été aphone. La cavité ventriculaire est remplie; à leur tour, ses parois se contractent pour lancer dans le système artériel le liquide qu'elle contient. Mais, en raison même de l'altération qu'elle a subie, la valvule mitrale ne se referme plus exactement, et il reste un hiatus à travers lequel une partie du sang, au moment de la contraction du ventricule, reflue dans l'oreillette. Et comme, cette fois, le liquide est poussé avec une énergie suffisante par les parois ventriculaires, il résulte du passage du sang à travers ce rétrécissement à rebours un souffle qui a lieu au premier temps et qui est celui de l'insuffisance.

Le rétrécissement et l'insuffisance marchant toujours ensemble, on conclut naturellement de celle-ci à celui-là.

Ici, ce souffle de l'insuffisance ne se produit pas d'une façon bien appréciable; nous le devinons, plutôt que nous l'entendons. Cela tient à ce qu'il existe une faiblesse considérable du muscle cardiaque en général, à ce que le cœur est dilaté plutôt qu'hypertrophié et qu'il ne se contracte pas avec l'énergie qu'il devrait avoir.

Un autre argument qui vient d'ailleurs à l'appui de cette manière de voir, c'est celui qui est tiré des symptômes généraux.

En effet, nous avons chez cette femme, d'une manière excessivement marquée, ces troubles profonds de l'économie qui constituent l'asystolie.

Ce sont, d'une part, une vacuité relative du système artériel qui se traduit par la faiblesse et la dépressibilité du pouls, et, d'autre part, une tension exagérée des réseaux veineux et capillaire, d'où résulte une gêne considérable de la circulation et une réplétion extrême des cavités droites du cœur.

C'est ce qui explique encore cette distension énorme des veines jugulaires et les battements dont ces vaisseaux sont animés, par suite de la dilatation des cavités droites du cœur et de l'insuffisance de la valvule tricuspide. Celle-ci, en effet, est devenue trop étroite pour fermer complètement cet orifice et s'opposer au reflux du sang du ventricule dans l'oreillette droite et dans les veines du cou.

De là encore le bruit de souffle que nous entendons au premier temps, au niveau du bord droit du sternum; de là cet anasarque généralisé, de là enfin cette congestion des principaux viscères, du foie, du poumon, de la rate, des reins et du cerveau, se traduisant par les différents symptômes que je vous ai énumérés.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Vidal.

### De l'épithélioma de la peau (1). — Traitement par le chlorate de potasse.

II

*Étiologie.* — La considération de l'âge du malade est importante; ordinairement l'épithélioma survient au-delà de quarante ans, surtout de cinquante à soixante ans. On l'observe beaucoup plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes, spécialement celui de la lèvre inférieure. L'hérédité de l'épithélioma n'est pas démontrée; cependant on le voit chez un certain nombre d'individus dont les parents ascendants ont présenté les différentes formes de cancer; toutefois la filiation n'est pas évidente; d'ailleurs, l'épithélioma se développe à un âge avancé de la vie, époque à laquelle il y a peu de procréations.

Des causes locales, chez des individus prédisposés, amènent l'épithélioma : tantôt ce sont des irritations répétées, des croûtes arrachées à plusieurs reprises, etc.; tantôt ce sont des causes préexistantes, nævus, verrues, dont l'irritation produira chez les uns le sarcome, chez les autres l'épithélioma. Cette étiologie, d'après Hébra, serait assez fréquente.

Souvent il n'y a qu'un état local, une diathèse locale, comme le dit M. Broca; l'épithélioma apparaît en un point, *locus minoris resistentiæ*, et reste local pendant très-longtemps; on voit des individus bien portants garder vingt ans un épithélioma sans en être plus indisposés.

L'épithélioma peut se développer sur des parties déjà malades, qui sont le siège de lésions plus anciennes, sur un lupus tuberculeux, sur d'anciennes cicatrices, à la suite du sarcome (qui peut être considéré comme une tumeur de transition conduisant au carcinome ou à l'épithélioma). On voit souvent, en effet, les cellules allongées, fusiformes du sarcome s'altérer et devenir épithéliomateuses. Tel est le cas d'un malade atteint d'un sarcome érectile à la verge en 1873; en 1877, j'y retrouvais une induration avec ulcération du prépuce et fistules qui nécessitèrent l'amputation.

*Siège.* — Sur 102 cas, on en a vu 4 des extrémités, tous les autres siégeaient à la face. Sur 250 faits recueillis par Heurtaux, on en trouve 190 de la face, dont 85 fois des lèvres. Les hommes ont les neuf dixièmes des cancers des lèvres, surtout du côté gauche; aux joues on l'a vu 29 fois, et 22 fois au nez, dans la même statistique.

*Diagnostic différentiel.* — Il est difficile au début, et cependant il est très-important. Souvent on voit apparaître des granulations transparentes, perlées, une, deux, trois, qui se groupent, puis une ulcération se fait; autour de l'ulcération s'organise une couronne indurée de perles transparentes. L'ulcération suinte peu; sa croûte enlevée, elle saigne facilement.

La lenteur de la marche est très-importante pour le diagnostic; surtout dans les formes aplaties, superficielles, on voit la lésion rester stationnaire pendant dix, quinze ou vingt ans.

L'ulcération a les bords durs anfractueux, taillés à pic, décollés, renversés, retournés en dehors, comme un champignon dont le collet est au-dessous de la partie non ulcérée. La portion ulcérée est adhérente aux tissus sous-jacents; cette adhérence est en disproportion notable avec le peu de profondeur de la lésion; ce caractère appartient spécialement à l'épithélioma.

Quant au début, il arrive parfois que l'épithélioma (tubuleux) attaque les glandes sébacées et les glandes sudoripares; si le néoplasme envahit le voisinage des glandes sébacées, il détermine une hypersécrétion de ces glandes, il se forme une croûte gris-noirâtre par la concrétion de la matière sécrétée. Alors on peut se demander si l'on a affaire à un épithélioma commençant ou à un lupus acnéique, à une acné sébacée concrète. Si l'on voit cette lésion sur plusieurs points à la fois, si la surface de la peau est saine au-dessous, c'est de l'acné sébacée; mais, s'il n'y a qu'un seul point envahi, avec de la rougeur, de la vascularisation,

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 septembre 1879.

une surface violacée et au-dessous de la croûte une ulcération, c'est de l'épithélioma; il faut bien savoir que l'acné sébacée sécrète, suinte, mais ne produit jamais d'ulcération.

C'est chez des sujets d'âge moyen, de quinze à trente ans, que l'on voit le lupus érythémato-acnéique; il a une rougeur plus marquée sur les bords et surtout une rougeur bien délimitée. Quant au lupus tuberculeux, qui peut se caractériser par la présence d'un seul tubercule, mou, jaune, transparent, on peut faire le diagnostic par l'aiguille; le tubercule du lupus est mou, celui de l'épithélioma est dur et friable.

Lorsqu'on enlève la croûte du lupus, on trouve une ulcération un peu mamelonnée, ne saignant pas facilement; la croûte est formée par une sécrétion abondante. Dans l'épithélioma ulcéré, au contraire, on observe une croûte presque sèche, une ulcération ayant un fond sanguinolent, saignant au moindre contact et adhérent aux tissus sous-jacents. Puis les bords ne se ressemblent pas; l'épithélioma a des bords durs avec un cordon transparent que l'on ne retrouve pas dans le lupus. La difficulté de diagnostic ne peut venir que dans la suite, alors que l'épithélioma s'implante sur le lupus.

On ne confondra guère l'épithélioma avec les syphilides et les accidents tertiaires; avec le chancre infectant, il présente parfois des analogies, mais la durée tranche la question; l'épithélioma n'arrive qu'après des années à cette ressemblance avec le chancre, Dans les syphilides tertiaires, les tubercules se présentent isolément, rarement squameux; ils sont ordinairement nombreux; mais le tubercule ulcéré, petit, du rupia peut être seul; alors il faut reconnaître que son fond n'est pas adhérent, ses bords ne sont pas durs, quoique taillés à pic; ils ne sont pas ourlés comme ceux de l'épithélioma. Il ne saigne pas aussi facilement. Le plus souvent, d'ailleurs, on verra d'autres tubercules dans le voisinage. Les ganglions ont disparu dans les syphilides tertiaires.

Le diagnostic différentiel de l'épithélioma avec le cancer n'est pas difficile, d'autant plus qu'il est rare que le cancer se montre primitivement à la peau.

Avec le sarcome, la confusion n'est possible que quand le sarcome est ulcéré, bourgeonnant, végétant; mais l'épithélioma bourgeonnant présente constamment des bords renversés, tandis que dans le sarcome la peau est simplement ouverte et sa surface n'est pas mamelonnée ni granuleuse, comme dans l'épithélioma végétant.

Quant au mal perforant du pied, on discute en ce moment si ce ne serait pas une forme d'épithélioma.

Lorsque le doute existe, dans certains cas d'épithélioma, l'*examen histologique* tranche la question; on y trouve des globes épidermiques qui sont caractéristiques.

La marche et le pronostic varient suivant les formes d'épithélioma: les variétés aplaties, superficielles, glandulaires sont relativement bénignes. Les formes tubulées et perlées durent douze, quinze, vingt ans sans porter atteinte à la santé de l'individu. Dans les formes glandulaires, tant que les lésions restent limitées aux glandes, le pronostic est bénin; mais, si elles s'étendent en profondeur et deviennent lobulées, les nécrobioses, les ulcérations sont à redouter. Tout varie d'ailleurs suivant le terrain, suivant des conditions très-multiples.

On voit parfois une marche très-rapidement ulcéreuse, envahissant les parties profondes, les aponévroses, les muscles et même les os. Ces cas sont graves, évidemment; il faut encore réserver le pronostic lorsque l'on voit, autour d'un épithélioma, s'en former d'autres satellites dans les régions voisines.

La douleur doit aussi être prise en considération; à la période où le néoplasme va envahir l'organisme, à la langue surtout, on constate des irradiations névralgiques qui annoncent que l'infection va se généraliser, que les ganglions vont être occupés par l'épithélioma.

Les épithéliomas disséminés, multiples, mais non satellites d'une tumeur plus ancienne, ne sont pas graves; dans ces cas, les ganglions ne s'engorgent pas et ils peuvent durer vingt ou vingt-cinq ans, comme nous en avons actuellement un exemple dans la salle Saint-Jean.

*Traitement.* — Pensant qu'il tenait à une influence diathésique, on a cherché à combattre l'épithélioma par le traitement de la diathèse cancéreuse, par l'iode, l'arsenic, la ciguë, etc.; tous les médicaments ont été impuissants; ils doivent être accueillis avec un scepticisme réel; je ne fais de réserve que pour l'usage interne du chlorate de potasse, dont je vais m'occuper à l'instant.

Le traitement *externe* de l'épithélioma a été très-varié; on a employé les caustiques, l'exérèse, le cautère actuel, le thermocautère Paquelin, la galvano-caustique, le nitrate d'argent qui réussit bien dans les formes superficielles, le chlorure de zinc, la pâte arsenicale du frère Côme, la potasse caustique. La guérison est obtenue avec les caustiques dans les formes superficielles. Il y a même, d'ailleurs, des guérisons spontanées; l'ulcération se guérit par son centre ou par ses bords.

Les récidives sont fréquentes; elles peuvent reparaître soit *in situ*, soit dans le voisinage, quelle que soit d'ailleurs la méthode employée. La fréquence de ces récidives a engagé les chirurgiens à enlever ces tumeurs avec le bistouri en excisant au-delà des limites du mal. Les récidives ont encore reparu, peut-être même plus fréquentes que par les caustiques.

L'exérèse, pour la lèvre inférieure surtout, est préférable aux caustiques. Hébra emploie le raclage, mais ce procédé est difficile, car on racle bien la superficie, mais on ne peut racler dans la profondeur les prolongements du néoplasme dans le derme; alors il faut ajouter au raclage l'emploi des caustiques.

L'exérèse avec autoplastie par glissement paraît préférable; elle change un peu l'atmosphère de la région.

Il faut prévenir le malade de la probabilité de la récidive.

Dans les variétés d'épithélioma qui n'ont pas envahi toute la profondeur du derme, j'ai obtenu de bons résultats avec le chlorate de potasse; j'ai vu des guérisons dans les formes superficielles: dans les formes profondes, je ne le recommande que comme un bon pansement, mais pas comme un traitement curatif.

Le chlorate de potasse a déjà été employé en 1846 par un médecin italien; puis, en 1856, Bergeron l'a employé dans la stomatite pseudo-membraneuse; il a guéri un chat atteint d'épithélioma avec le chlorate de potasse. En 1857, Leblanc fils, vétérinaire, guérit aussi deux chats et deux chevaux. En 1862, Bergeron obtint une guérison d'un cancroïde du nez, et, en 1863, il eut encore trois nouveaux succès.

Ferréol en 1868, moi-même en 1875, nous avons obtenu des guérisons. Une thèse de 1877, l'article d'Isambert, sur le *Chlorate de potasse*, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, sont encore à consulter.

Je prescris à l'intérieur le chlorate de potasse à la dose de 4, 5 et 6 grammes par jour; il est bien toléré lorsqu'il est pris au moment des repas; l'homme que j'ai opéré, et qui est resté guéri depuis 1871, en a pris à l'intérieur pendant dix-huit mois, sans en être incommodé.

J'ai vu très-rarement qu'il ne soit pas toléré. On peut le prescrire avec 100 grammes d'eau et 30 grammes de sirop de groseilles, à prendre moitié avant le déjeuner, moitié avant le dîner.

En même temps, je fais le traitement externe par le même chlorate de potasse, en solution saturée; il faut *dissoudre à chaud* et appliquer la solution un peu chaude, car il se dissout un tiers de chlorate en plus.

Quand les bords de l'épithélioma sont indurés, j'emploie quelquefois la poudre de chlorate de potasse, tous les trois ou quatre jours; dans l'intervalle, on fait les applications aussi permanentes que possible de compresses imbibées de la solution saturée de chlorate de potasse.

Si les bords sont très-indurés, je les attaque ou par le grattage ou par le nitrate de plomb, qui a été recommandé par exemple pour l'ongle incarné, parce qu'il fuse sous les bords et s'infiltre dans les tissus. J'ai ainsi obtenu des guérisons en deux, trois, quatre mois.

Il faut continuer, à mon avis, l'usage interne du chlorate de potasse pendant longtemps; les malades qui n'ont pas présenté de récidives sont ceux qui avaient bien continué ce traitement interne.

Mérite-t-il la confiance que je lui accorde? Je ne le sais pas encore; il n'a pas une action assez régulière pour pouvoir l'affirmer. Je ne crois pas aux spécifiques; je ne m'explique pas plus l'action du chlorate de potasse que pour la stomatite et pour les ulcérations scrofuleuses. C'est un oxydant; est-ce parce qu'il anime les tissus, qu'il les rend plus roses et plus vivaces? Encore une fois, je n'en sais rien. Je constate un fait. L'expérience ultérieure décidera.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 septembre 1879. — Présidence de M. Roger.

### CORRESPONDANCE

M. KRANTZ adresse les comptes-rendus des conférences qui ont été faites au Trocadéro pendant l'Exposition de 1878.

### PRÉSENTATION

M. DEVILLIERS présente, de la part de M. le docteur Verrier, une tumeur du clitoris de 4 centimètres de longueur, de 3 centimètres de diamètre et 9 centimètres de circonférence, qui envahissait une partie de la petite lèvre du côté droit. Le microscope a montré que c'était une tumeur fibro-cellulaire. M. Verrier la considère comme un éléphantiasis du clitoris. Cette tumeur a été enlevée par M. Verrier sur une femme de vingt-six ans.

### COMMUNICATION

**Pneumo-entérite infectieuse du porc, ou fièvre typhoïde du porc.** — M. H. BOULEY résume les points principaux d'un mémoire de M. le docteur Klein sur ce sujet.

Par un procédé de culture artificielle, M. le docteur Klein a réussi à conduire à la maturité, en dehors du corps animal, le microphyte propre à la pneumo-entérite du porc, le montrant dans ses différents degrés d'accroissement et suivant sa filiation depuis son état de germe jusqu'à sa forme achevée à l'état de fungus spécifique.

La culture artificielle de ce fungus a été faite dans une petite quantité de liquide animal normal contenue dans de petites cellules closes de verre, disposées pour permettre l'inspection microscopique.

Puisant sur un porc malade une très-petite quantité de matière renfermant le germe de la maladie, il a inoculé avec cette matière une première quantité de liquide normal et il l'a maintenue pendant vingt-quatre heures dans un incubateur, à une température convenable. Le jour suivant, il a fait une petite inoculation de cette première quantité à une deuxième quantité de liquide normal; puis encore, le jour suivant, de cette deuxième à une troisième, et successivement ainsi jusqu'à une huitième quantité de liquide normal.

Dans la longue série de ces expériences, chacune de ces quantités successives de liquide normal ainsi inoculé laissait voir, au bout d'un certain temps, après l'incorporation du contagium, le développement d'un *schyzomicète* spécifique, et, hors les cas où l'expérience n'avait pas été bien faite, aucune autre forme ne s'est montrée.

Ces faits constatés, M. le docteur Klein s'est servi, pour l'inoculer à trois porcs, du liquide de sa huitième quantité, contenant, conséquemment, un huitième générateur des germes du schyzomycète cultivé artificiellement, et cette inoculation avec un contagium, ainsi puisé loin de sa source originelle, s'est montrée aussi efficace à déterminer la pneumo-entérite que si elle avait été faite avec un liquide puisé directement sur l'animal malade.

Considérées dans leur rapport avec la science générale des contages, ces expériences du docteur Klein apportent un second témoignage expérimental très-précis en faveur de la doctrine des contages animés.

Ces faits méritent d'autant plus d'attention que la pneumo-entérite infectieuse du porc est très-répandue dans le Royaume-Uni et y cause de grandes pertes qui pèsent surtout sur la population pauvre. Quoique manifestement infectieuse, elle n'a pas été comprise dans la catégorie de celles auxquelles est applicable la loi sur les maladies contagieuses.

Elle n'est pas facile à reconnaître, si ce n'est à une période avancée; et il est remarquable que sa propriété contagieuse est prononcée, même au moment où l'on ne saurait encore constater un trouble bien marqué dans l'état général de l'animal.

Il devient souvent très-difficile, dans la pratique, de remonter à la source de l'infection. Pour la même raison, il est difficile aussi de déterminer dans un troupeau le nombre des animaux atteints de la maladie.

En résumé, M. Klein montre dans ce mémoire que la maladie dont il s'agit est infectieuse, et il l'appelle pneumo-entérite infectieuse parce que les intestins et les poumons sont constamment affectés. Les altérations des autres organes, de la peau, des membranes séreuses, ne sont pas constantes. Les taches rouges de la peau n'apparaissent qu'accidentellement, quoique ce soit sur elles que se trouvent basées quelques-unes des appellations sous lesquelles cette maladie a été le plus souvent désignée (mal rouge, érysipèle, pourpre), etc.

M. Bouley termine l'analyse de ce mémoire par un exposé des caractères de la maladie, dans laquelle l'auteur distingue deux formes, une forme bénigne et une forme grave.

### DISCUSSION

M. FAUVEL demande si la maladie décrite par les vétérinaires, en France, sous le nom de maladie rouge est la même que celle dont vient de parler M. Bouley, et quels sont les caractères anatomiques de cette maladie rouge. Le nom de pneumo-entérite infectieuse ne répond pas très-bien, selon M. Fauvel, aux caractères anatomiques de la maladie que vient de décrire M. Bouley, les principales lésions étant intestinales et non pulmonaires. Quant à la comparaison qui en a été faite avec la fièvre typhoïde, cela ferait supposer que c'est, comme cette dernière, une maladie aiguë. Enfin M. Fauvel demande si cette maladie est communicable à d'autres espèces qu'à l'espèce porcine.

M. BOULEY, craignant de donner raison au proverbe italien : *traduttore, traditore*, ne saurait répondre aux questions qui lui sont posées par M. Fauvel. Il a simplement voulu appeler l'attentions de l'Académie sur ce fait, important selon lui, qu'il existe une maladie du porc, maladie infectieuse, maladie d'ordre parasitaire microscopique, qui a été jusqu'ici confondue avec d'autres affections et dont l'étude, à peine commencée, lui a semblé devoir jeter quelque lumière sur la pathologie de l'homme.

M. GOUBAUX a observé fréquemment, surtout en Bretagne, cette maladie qui occasionne aux propriétaires des pertes parfois très-considérables. Voici ce qu'il a constaté : l'animal est pris d'une façon soudaine ; des taches rouges, violacées, apparaissent aux oreilles, tantôt se limitant à cette région, tantôt s'étendant à tout le corps, la respiration s'accélère et l'animal ne tarderait pas à succomber si le charcutier ne le tuait pour en tirer le plus possible. Au reste les chairs de ces animaux paraissent très-belles et très-saines et M. Goubaux en a mangé sans éprouver le moindre accident. A l'autopsie de ces animaux, on trouva les ganglions lymphatiques rouges, infiltrés et la rate énorme ; celles-ci, dans un cas, pesait 6 kilogr. Cette maladie règne depuis quatre mois à Alfort et a déjà enlevé vingt-cinq porcs. M. Goubaux est convaincu que M. Bouley a rendu un grand service en appelant, comme il l'a fait, l'attention sur cette singulière affection.

M. HERVIEUX demande quelques renseignements sur la contagiosité de cette maladie, quel est le mode suivant lequel la transmission se fait d'animal à animal, si c'est par l'alimentation, par la respiration ou par une solution de continuité. Ces renseignements pourraient nous éclairer sur la transmission de la fièvre typhoïde.

M. BOULEY n'a fait que donner la substance d'un très-important mémoire dont il ne connaît encore que le commencement. Il fera connaître ultérieurement à l'Académie tout ce que contient ce mémoire, et pourra répondre alors avec plus de précision aux questions qui lui sont posées aujourd'hui. Toutefois, pour ce qui est du mode de transmission, il croit pouvoir répondre dès à présent à M. Hervieux qu'elle se fait très-probablement par l'alimentation.

M. DELPECH demande à M. Goubaux si, dans les pays où il a observé cette maladie, il a su qu'il existât en même temps des fièvres typhoïdes chez l'homme. Ce point aurait une grande importance relativement aux rapports qu'on a cherché à établir entre cette maladie du porc et la fièvre typhoïde de l'homme.

M. GOUBAUX répond qu'il n'y avait pas de fièvres typhoïdes dans les pays où il a vu régner cette maladie. Il n'y en a pas non plus en ce moment à Alfort.

M. BOULEY fait observer que la maladie actuellement observée à Alfort pourrait bien n'être pas celle dont il vient de parler. C'est là un point à éclaircir.

### LECTURE

**Vaccination animale.** — M. PIETRA SANTA fait une communication sur la vaccination animale, qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° La vaccination animale, dit-il, telle que nous l'avons définie (culture successive, sur le terrain de la génisse, du cow-pox spontané recueilli sur le pis des vaches laitières), telle qu'elle se pratique dans plusieurs contrées de l'Europe (Italie, Belgique, Hollande, Prusse, Russie), et telle qu'elle doit se pratiquer scientifiquement, constitue une méthode bonne, utile, efficace.

2° Les résultats de centaines de mille de vaccinations et de revaccinations opérées dans les conditions les plus variées d'expérimentation démontrent les avantages et la valeur de la vaccination animale.

Le travail de M. Pietra Santa est renvoyé à la Commission de vaccine.

La séance est levée à cinq heures.

---

Aux termes d'un décret en date du 29 septembre 1879, l'enseignement, dans l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est distribué entre onze chaires, savoir :

Anatomie ; physiologie ; hygiène et thérapeutique ; pharmacie et matière médicale ; pathologie externe et médecine opératoire ; pathologie interne ; accouchements, maladies des femmes et des enfants ; clinique externe ; clinique interne ; histoire naturelle ; chimie et toxicologie.

— Par arrêté en date du 4 septembre 1879, l'indemnité aux médecins des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris a été portée à 800 fr. pour les médecins qui recevaient 600 francs, et à 1,200 fr. pour les médecins qui recevaient 1,000 fr.

L'indemnité des médecins de la zone excentrique reste fixée à 1,400 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8721.

N° 115. — SAMEDI 4 OCTOBRE 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 4 OCTOBRE 1879. — N° 115.

**Ce journal paraît trois fois par semaine**
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

**Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57**
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Les tuberculeux et les phthisiques. — Traitement (1).

Il n'y a pas de traitement de la phthisie pulmonaire, on n'a affaire qu'à des tuberculeux en faveur desquels on peut quelque chose : combattre les effets excentriques du tubercule, agir sur les causes futures probables de la tuberculisation. C'est dire que le traitement est presque purement prophylactique. C'est ainsi, en effet, que l'envisage M. Peter dans les leçons cliniques que nous analysons.

L'idéal, pour lui, serait de soustraire le malade au milieu malfaisant où il est devenu tuberculeux; de chercher à enrayer l'évolution des tubercules existants; de combattre l'hyperémie périphymique, ainsi que ses conséquences bronchiques et pulmonaires ; de veiller avec le plus grand soin à l'état de l'appareil digestif, ; de faire appel, par tous les moyens, aux appareils nerveux, musculaire et cutané; enfin de tenir grand compte des formes variées de l'évolution tuberculeuse, ainsi que de la résistance de l'organe et de celle de l'organisme.

En résumé le traitement doit être individuel et le médecin doit s'inspirer des particularités de chaque cas.

Ce programme indique assez l'importance que M. Peter accorde, avec une très-grande raison et avec un grand sens pratique, à la question tout à fait dominante du régime et de l'hygiène des phthisiques. Consulté pour un enfant né d'une mère phthisique et pour lequel le père lui demandait ce qu'il fallait faire pour le préserver du mal maternel : « En faire un petit paysan, » répondit M. Peter, voulant dire par là qu'il fallait changer la vie urbaine par la vie agreste, la vie dans les chambres par la vie dans les champs, la privation du soleil par l'exposition au soleil, la crainte du froid par sa recherche, les bains chauds par les bains de rivière, le repos par l'activité, les exercices intellectuels par les exercices musculaires, en un mot vivre de la vie naturelle.

Voilà sans contredit une prescription excellente. Mais est-elle toujours applicable? Ce que nous disons pour ce cas en particulier, nous le dirons également pour toutes les prescriptions qui répondent à cet ordre si important d'indications qui consiste à substituer aux conditions tuberculisantes les conditions inverses et qui entraînent nécessairement un changement complet d'hygiène, y compris le changement du milieu, le déplacement et le choix d'un climat et d'une exposition appropriés. On lira à cet égard, dans la soixante-deuxième leçon de la collection (vingt-sixième du volume), d'excellents préceptes et des considérations hygiéniques et physiologiques de la première importance sur la vie extérieure et en plein air, sur la puissance de la vie agreste, sur les exercices mettant en jeu l'activité musculaire, sur les climats d'hivernage, sur leurs qualités relatives et les choix à faire suivant l'origine, la nationalité, le tempérament et la constitution des malades, sur les voyages maritimes, sur l'habitation, le vêtement et l'alimentation, etc. Mais il faut compter, pour un grand nombre de malades, avec l'impossibilité de les faire bénéficier d'une pareille réforme hygiénique et s'accommoder des réformes réalisables sur place et des moyens de traitement compatibles avec les déplorables conditions de la vie commune dans une salle d'hôpital ou de la vie privée dans un domicile où tout est défectueux ou insuffisant.

C'est à l'examen rapide du petit nombre de moyens disponibles dans ces conditions, qui sont de beaucoup les plus communes, que nous allons consacrer cette Revue.

*L'hydrothérapie.*

Un admirable moyen hygiénique et thérapeutique à la fois, dit M. Peter, c'est l'hydrothérapie. « Mais que de préjugés à vaincre, — ici nous laissons parler le professeur, — comme aussi que de précautions à prendre! Les gens du Nord l'acceptent et la pratiquent plus volontiers que nous : Bennet la conseille, et on l'écoute. N'espérez pas un tel bonheur. Néanmoins on peut y arriver ; et d'ailleurs il y a des indications, il faut savoir quand l'ordonner et quand cesser de le faire.

« Pour ne pas trop brutaliser les gens ni leur peau, je conseille d'abord les frictions sèches, pratiquées matin et soir, sur la totalité de la peau, pendant cinq minutes au moins.

« Apprivoisé par les frictions sèches, le tuberculeux arrivera facilement à la friction additionnée d'un stimulant quelconque liquide, alcoolat de mélisse, eau de Cologne, vinaigre aromatique, etc.

(1) Voir la Revue clinique de samedi dernier 27 septembre.

« On parviendra ainsi à la friction au linge mouillé d'eau froide. Avec une serviette un peu rude, trempée dans l'eau froide, puis tordue, on frotte rapidement la peau de tout le corps pendant une minute environ; puis on peut faire une friction sèche de une à cinq minutes de durée. Ces frictions faites matin et soir, le matin au sortir du lit, le soir avant d'y entrer, évitent ou modèrent les sueurs de la nuit.

« La friction conduit graduellement à la lotion froide, qu'il faut faire d'abord à l'éponge simplement imbibée, plus tard à l'éponge ruisselante. Dans le premier cas, il y a réfrigération en même temps que friction; dans le second cas, il y a réfrigération et saisissement de la peau, stimulation des plus efficaces, d'où résultent d'énergiques mouvements d'inspiration. »

M. Peter préfère la lotion à la douche, parce qu'elle est d'une pratique plus aisée. Voici comment il fait pratiquer l'hydrothérapie en ville : au sortir du lit, le malade se découvre la poitrine et, avec l'éponge imbibée, se frotte la face, le cou, la poitrine ; plus tard il étend ses lotions à tout le tronc, poitrine, dos, aisselles, puis enfin à la totalité du corps; plus tard encore, au lieu de l'éponge simplement imbibée, il prend l'éponge ruisselante.

Ce qu'on fait à l'aide de l'éponge, on peut le faire à l'aide de la douche, d'abord douche en jet, enfin douche en pluie.

Il est indispensable que la durée soit courte, surtout au début. A l'hôpital les lotions durent de deux à cinq minutes (cinq minutes, c'est même beaucoup ; de deux à trois, c'est assez).

Tout en rapportant à l'appui de cette méthode des observations parfaitement concluantes, M. Peter ne se dissimule pas les résistances que rencontrera peut-être longtemps encore cette pratique. « Ce que j'espère au moins, dit-il, c'est qu'on veuille bien essayer de faire fonctionner la peau un peu plus et un peu mieux; c'est que, si l'on n'ose conseiller les lotions froides, on préconise les frictions sèches ou même les frictions aromatiques. Ce sera toujours cela de gagné ; j'aura prêché le plus pour avoir le moins. »

*Traitement des sueurs.*

Sous le titre banal et impropre de sueurs nocturnes des phthisiques, M. Peter distingue, autant au point de vue de leur origine qu'au point de vue des indications thérapeutiques qui en ressortent, les sueurs du sommeil, les sueurs de la fièvre et les sueurs colliquatives. Les premières ne tiennent pas à l'état spécial du poumon, mais bien à l'état général, à la fièvre tuberculeuse continue ; les secondes dépendent des exacerbations vespérales de la fièvre rémittente dont tant de phthisiques sont atteints; les dernières révèlent la période ultime de la cachexie.

On a vu plus haut, à propos de l'usage de l'hydrothérapie, comment on peut combattre efficacement les sueurs du sommeil, tout en relevant les forces générales de l'économie, soit par des lotions générales froides, soit par des lotions vinaigrées ; c'est surtout par ces dernières que M. Peter a retiré d'excellents resultats chez plusieurs phthisiques de son service.

A ces moyens externes s'ajoutent des moyens internes déjà connus pour la plupart, tels que l'agaric, l'acétate de plomb, le tannin ; nous ne nous y arrêterons pas.

Le sulfate d'atropine, plus récemment préconisé, n'a peut-être pas encore fait suffisamment ses preuves pour être mis en parallèle avec les autres moyens.

Le sulfate de quinine, en supprimant au moins passagèrement les exacerbations fébriles vespérales rémittentes, supprime aussi les sueurs qui en dépendent.

Quant aux sueurs colliquatives, on ne peut rien contre elles.

*Traitement de la toux.*

L'opium, cette sorte d'assommoir thérapeutique dont on abuse dans le traitement des phthisiques, souvent faute de mieux, pour calmer la toux, n'est pas exclu de l'arsenal de M. Peter; il l'emploie, mais d'une certaine façon, et en l'associant avec un autre agent, antispasmodique par excellence, la belladone. A l'exemple de Trousseau, il donne l'opium à petites doses, et à plus petites doses encore la belladone ; il prescrit d'abord une ou deux pilules contenant chacune 1 centigramme d'extrait d'opium, et 1/2 centigramme d'extrait de belladonne ; puis il augmente la dose s'il n'y a pas d'effet produit. Chez le plus grand nombre des malades, l'effet favorable est plus ou moins complet. Il n'y a pas lieu de s'arrêter ici à l'antagonisme d'action physiologique de l'opium et de la belladone. Le résultat pratique domine ici les résultats de l'expérimentation dans le laboratoire.

Lorsque la toux est accompagnée de vomissements, ce qui révèle un état spécial d'irritabilité de la muqueuse gastrique, on modifie avantageusement cette sensibilité, et on fait cesser du même coup toux et vomissements, par un stupéfiant rapidement absorbable, donné en petite quantité avant l'ingestion des aliments, une goutte de laudanum, par exemple, dans une petite cuillerée d'eau avant chaque repas.

Si, au lieu d'une gastralgie, on a affaire à une dyspepsie, quelques gouttes d'acide chlorhydrique, trois gouttes dans trois cuillerées d'eau à la fin de chaque repas, rétablissent ordinairement le bon état fonctionnel des organes digestifs.

L'alcool réussit aussi dans les cas de dyspepsie et d'anorexie compliquant la tuberculose pulmonaire ainsi que contre les vomissements. M. Peter rapporte un exemple remarquable d'un phthisique en proie à des vomissements incoercibles chez lequel le laudanum, la morphine à l'intérieur, les vésicatoires, les injections sous-cutanées de morphine avaient constamment et également échoué et qui ne fut soulagé que par l'alcool administré à la dose de 60 grammes pour 100 en potion.

*Traitement de la diarrhée.*

La diarrhée est-elle catarrhale, comme cela s'observe parfois au début de l'affection; elle doit être traitée par le régime d'abord, associé à l'emploi du sous-nitrate de bismuth.

Est-elle liée à l'usage de l'huile de foie de morue ou du laitage mal toléré, c'est par la suppression de ces agents, par la substitution du koumis au lait ou en additionnant le lait d'eau de chaux qu'on pourra la faire cesser.

La diarrhée par surcharge gastrique cédera à l'administration d'un vomitif.

Y a-t-il entérite ou gastro-entérite ; c'est surtout au régime alimentaire qu'il faut s'adresser, en même temps qu'aux opiacés et aux révulsifs sur la peau. Le nitrate d'argent en pilules a donné dans quelques cas de bons résultats entre les mains de M. Peter.

Rien à faire contre la diarrhée colliquative.

*Traitement de l'expectoration.*

Contre les crachats d'origine bronchique et ceux d'origine pulmonaire, les seuls qui soient réellement l'objet d'indications thérapeutiques spéciales, M. Peter conseille les balsamiques, la glycérine, le kermès. Il prémunit ses lecteurs contre les inconvénients possibles d'un médicament qui a été préconisé, la créosote, inconvénients qui consistent dans l'intolérance de l'estomac, intolérance qui s'établit assez promptement, et la gastralgie qui en est la conséquence, ce dont il a constaté des exemples.

*Traitement de l'hémoptysie.*

Dans des leçons précédentes, M. Peter avait déjà préconisé contre l'hémoptysie la médication vomitive avec la poudre d'ipécacuanha, vieille médication que Trousseau avait empruntée à Stool, qui la tenait probablement lui-même de quelque autre. On connaît la théorie que M. Peter a donnée de l'effet de cette médication, qui ne serait qu'une action réflexe exercée sur la circulation interstitielle par l'intermédiaire du grand sympathique, produisant une anémie parenchymateuse par contracture vasculaire. Quoi qu'il en soit de cette théorie, le fait de l'hémostase produite par l'état nauséeux est acquis à la pratique; et cet effet peut être produit, non-seulement par l'ipécacuanha qui n'a rien de spécifique, mais par tout autre agent nauséeux, tel que le kermès minéral. M. Peter a obtenu dans quelques circonstances les mêmes résultats en associant le sulfate de quinine à la poudre de seigle ergoté.

*Moyen intermédiaïre entre la diététique et la thérapeutique.*

De cet ordre sont la diète lactée, les cures de petit lait et les cures de koumis, le traitement lacto-chloruré, enfin les huiles et plus particulièrement l'huile de foie de morue, de raie, de squale, etc., sur lesquels M. Peter donne des renseignements utiles.

*Méthode décongestionnante.*

Jusqu'à présent, tout ce qui vient d'être dit s'adresse aux tuberculeux et a pour objet multiple le relèvement des forces par l'aération, l'alimentation et les agents de l'hygiène générale et la lutte thérapeutique contre les principaux symptômes ou phénomènes d'épuisement, les sueurs, l'expectoration, la toux, les hémoptysies, etc. Mais il n'a point été question encore de l'organe malade, le poumon tuberculeux. C'est par là que M. Peter termine le cours de ses études cliniques et thérapeutiques sur la phthisie.

On a vu par ce qui précède que M. Peter abdique entièrement en présence du tubercule. Pour lui il n'y a aucun médicament qui agisse contre le tubercule et la tuberculisation pulmonaire. Mais est-ce à dire qu'il n'y ait aucune médication à instituer contre l'état d'un poumon tuberculeux?

La congestion, voilà l'ennemi. La révulsion, voilà l'auxiliaire. La seule prise directe qu'ait, en effet, la thérapeutique sur l'organe affecté est contre l'acte morbide consécutif au contact du tubercule avec le parenchyme, l'hyperémie dans tous ses modes, simple, inflammatoire, hémorrhagique, ulcéreuse. Ce à quoi le praticien doit donc s'attacher en même temps qu'il se prend à l'ensemble de l'économie et aux symptômes, c'est à combattre la congestion pulmonaire périphymique. Les moyens très-nombreux et très-variés entre lesquels le praticien peut avoir à choisir, en subordonnant et proportionnant ce choix à l'état de vigueur et de plus ou moins de résistance du malade, sont les émissions sanguines et tout l'attirail des agents de la révulsion cutanée et de la dérivation intestinale.

M. Peter rapporte des exemples incontestables, — et nous n'avons nulle peine à y croire, — des bons effets dont il a été témoin ou qu'il a obtenus lui-même de l'application de sangsues ou de ventouses scarifiées sur les points voisins de la congestion pulmonaire, toutes les fois qu'il a eu affaire à des tuberculeux encore suffisamment robustes pour supporter cette légère spoliation.

Le moyen révulsif par excellence, aux yeux de M. Peter, est le vésicatoire volant, indiqué à presque toutes les périodes de la tuberculisation pulmonaire, pour presque toutes les lésions tuberculeuses des poumons ou mieux pour les congestions tuberculeuses.

Après les vésicatoires, et alors que la congestion a perdu, sous leur influence, de son intensité, vient le tour de la teinture d'iode.

Lorsque les lésions sont avancées et profondes, M. Peter se montre partisan du cautère, du séton ou du moxa, agissant à titre de fonction morbide, comme phénomène de compensation ou de substitution et en vertu du vieil aphorisme hippocratique: *Duobus laboribus, etc.* Les cautérisations ponctuées, recommandées par M. J. Guérin, ont aussi son plein assentiment.

Enfin, M. Peter passe en revue quelques-unes des médications qui ont été préconisées comme plus ou moins spécifiques et dont il ramène l'influence réelle aux proportions plus modestes de modificateurs utiles, les uns comme stimulant l'activité des fonctions digestives, les autres comme toniques généraux, agents reconstituants, augmentant l'énergie vitale; telles, entre autres, que la médication arsenicale, la médication alcoolique associée ou non à la viande crue, les préparations diverses de quinquina, la médication sulfitée, la médication par les hypophosphites, la médication rasorienne par le tartre stibié, la digitale, etc.

On remarquera, peut-être, qu'un chapitre manque à cette étude, si complète d'ailleurs à tous autres égards: nous voulons parler des médications par les eaux minérales, soit sulfureuses, soit arsenicales, à peine indiquées et d'une manière incidente seulement, à propos de quelques phénomènes particuliers. C'eût été cependant un sujet digne de fixer l'attention d'un esprit à la fois aussi pratique et aussi ingénieusement analytique. Une polémique récente, trop... peu impartiale de part et d'autre pour entraîner aucune conviction, a plus obscurci qu'elle n'a éclairé la question. Ce serait un intéressant sujet d'étude à reprendre en sous-œuvre. Il ne pourrait être convenablement traité que par un médecin ayant une égale connaissance des propriétés et des effets de ces deux grands types d'eaux minérales et des conditions atmosphériques et topographiques qui concourent à leur action.

Dr BROCHIN.

---

## COLIQUES SPERMATIQUES (1).

Par le docteur RELIQUET.

II

Voilà un fait de colique spermatique, où le corps oblitérant le canal éjaculateur est un amas formé d'un mélange de mucus et de spermatozoïdes.

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 septembre 1879.

Dès que l'irritation due aux manœuvres qui ont provoqué l'expulsion de cette matière plastique a cessé, nous voyons la vessie se dilater. En effet, elle n'est plus surexcitée d'une façon réflexe par la lésion de la région prostatique due à l'oblitération et à la distension du canal éjaculateur. C'est encore là un fait confirmatif de la loi que j'ai énoncée comme conclusion dans mon étude des spasmes de l'urèthre et de la vessie : « Toutes les affections qui irritent un point de la région profonde de l'urèthre, du collet, du bulbe au col vésical, ou les canaux éjaculateurs, ou les vésicules séminales, provoquent une excitation réflexe de la vessie, un état spasmodique. Celle-ci ne se dilate que peu ou pas et se vide en se contractant énergiquement. De là la douleur de la fin de la miction qui persiste plus ou moins dans ces cas. »

Chez notre malade, en raison de l'âge et de la contraction ancienne et continue de l'urèthre, l'élévation du col vésical persiste, reste telle que la vessie ne se vide plus, et nous voyons le malade être pris de rétention complète et d'une stagnation d'urine qui se maintient. Tout cela se produit dès qu'il n'y a plus d'irritation localisée dans la région profonde de l'urèthre. L'origine du réflexe de la surexcitation n'existant plus, celle-ci reprend de suite son état de passivité et se dilate beaucoup plus. Mais le col vésical étant dans une position élevée au-dessus du trigone, la ligne, ou plutôt la résultante de contraction des parois vésicales ne tombe plus dans le col dès que la vessie est dilatée au-delà de 400 centimètres cubes, ou dès que la vessie ne contient plus que 250 centimètres cubes d'urine. De là, dans le premier cas, la rétention complète d'urine, et, dans le second, la stagnation d'urine.

En réalité, ici, nous avons une guérison, car notre malade est exactement dans les mêmes conditions que le calculeux âgé, ayant une grosse prostate, qui vide complètement la vessie tant que celle-ci est surexcitée par la pierre ou des morceaux de pierre, et qui ne la vide plus dès qu'elle est débarrassée des pierres qui l'irritaient.

Sous l'influence de la constipation accidentelle, l'état de spasme de la vessie avec miction fréquente s'est reproduit. En même temps il y a des mucosités dans l'urine. Ce sont là des phénomènes que nous observons tous les jours, dans les cas de constipation, chez les sujets qui urinent incomplètement en raison de l'élévation du col vésical dû à une cause quelconque. Ici les mucosités ont été plus abondantes en raison de la congestion de la prostate et des vésicules séminales qui a favorisé la production de mucosités dans le canal éjaculateur dilaté et irrité.

Cependant, en dehors de ce court moment de constipation, l'inflammation, localisée dans la dilatation des voies génitales, qui contenait ces masses blanches grisâtres expulsées, a été relativement faible et n'a pas provoqué l'excitation de la vessie.

J'ai souvent interrogé M. X... pour savoir s'il n'avait pas eu d'écoulement chronique de l'urèthre ; il m'a toujours affirmé qu'il n'avait rien eu. On comprend qu'à la suite d'une inflammation chronique des voies séminales il puisse se former des amas de mucus concret dans les vésicules, et je suis convaincu qu'on observera des faits de ce genre. Mais ici la cause réelle de ces amas ne nous est pas absolument connue. Il m'a souvent dit que, menant une vie très-active et très-préoccupée pour diriger sa fabrique, il ne coïtait que très-rarement et que depuis plus de six ans il ne coïtait plus, craignant la douleur.

Il est probable que notre malade, étant resté une fois très-longtemps sans coïter, a éprouvé, à la première éjaculation, la douleur si fréquente en pareil cas, et, craignant de la voir se reproduire à toutes les éjaculations, il s'en sera systématiquement abstenu. De là, croyons-nous, la formation des masses concrètes de mucus et de sperme qui l'ont fait souffrir si longtemps.

La présence en excès du mucus dans ces masses peut s'expliquer très-bien par l'état de la muqueuse de la vésicule séminale due à la stagnation du sperme. M. le professeur Ch. Robin insiste, dans son *Traité des humeurs*, sur la présence fréquente du sang et de l'hématine dans le sperme des sujets qui n'ont pas éjaculé depuis longtemps. Sous l'influence de la même cause, la muqueuse irritée qui a transsudé du sang peut très-bien produire une plus grande quantité de mucus.

Ainsi voilà un cas où le mucus concret a été la cause de la colique spermatique.

Dans le fait que j'ai communiqué à l'Académie de médecine en 1874, les corps oblitérant le canal éjaculateur gauche étaient des sympexions d'un volume considérable ayant tous les caractères microscopiques donnés par M. Ch. Robin. Il ne contenait pas de mucus, car l'acide acétique faisait disparaître toute la portion amorphe de la masse, laissant isolés et parfaitement en évidence les spermatozoïdes.

Ce sont ces mêmes corps, des sympexions, que nous avons trouvés, avec le docteur Cadiat, dans les vésicules séminales d'un supplicié âgé de vingt-cinq ans (1). Il y avait oblitération du canal éjaculateur gauche, et la vésicule séminale correspondante contenait des sympexions très-gros. La vésicule séminale droite, pleine de sperme liquide, ne contenait qu'un sympexion très-petit et mou, pouvant sortir facilement par le canal éjaculateur qui, de ce côté, était libre.

Dans l'urèthre, il n'y avait pas de sperme, et cependant chez les guillotinés on en trouve toujours. Il se produit chez eux une éjaculation.

Nous devons attribuer cette absence de sperme dans l'urèthre à l'oblitération du canal éjaculateur gauche.

Si maintenant nous rapprochons l'observation de 1874 de celle qui fait surtout l'objet de ce mémoire, nous voyons que, dans chacun de ces cas, le corps oblitérant était différent, mais que tous les symptômes dus à l'oblitération et à la distension du canal éjaculateur sont du même ordre dans les deux cas. Ainsi troubles de miction, envies fréquentes d'uriner, impossibilité de se retenir d'uriner, douleur en urinant surtout à la fin de la miction, élancement allant de l'anus à l'extrémité de la verge. La vessie ne se dilate pas, quels que soient les moyens employés. Urine sanguinolente en finissant d'uriner, surtout après une fatigue. Quelquefois le sang est assez abondant.

Du côté des fonctions génitales, dans les deux cas, il y a la crainte du coït en raison des douleurs au moment de l'éjaculation. Dans le fait de 1874, où il s'agissait d'un sujet de trente-cinq ans, il suffit qu'il y ait un commencement d'érection provoqué par un désir vénérien pour qu'une violente douleur allant de l'anus à l'extrémité de la verge se produise.

Dans les deux cas, le passage de la sonde dans la région profonde de l'urèthre est très-douloureux. Cette région du canal est contracturée, de même la vessie ne se dilate pas.

Au toucher rectal, dans les deux cas, on constate que la masse de la vésicule séminale distendue par le liquide ou les corps qu'elle contient se continue en avant avec la corne prostatique du même côté et surtout avec la saillie perçue à la partie moyenne de la prostate. Ainsi on peut reconnaître la continuité de la saillie de la vésicule séminale dilatée et de celle du canal éjaculateur oblitéré.

Dans les deux cas l'éjaculation est rendue impossible par le fait de l'oblitération d'un seul canal éjaculateur. Il est très-probable que c'est la douleur produite par le début des contractions expulsives de l'éjaculation qui empêche la sortie du sperme par le canal libre, en arrêtant court les contractions. Cependant on pourrait admettre la compression du canal éjaculateur libre par la saillie voisine de l'autre canal rempli des masses qui le distendent. Même chez le supplicié, nous voyons l'éjaculation ne pas avoir lieu. Nous trouvons le canal éjaculateur gauche oblitéré seulement dans son tiers postérieur et le canal de droite est absolument libre et non comprimé. Il semble que, même dans ces singulières conditions, la douleur locale instantanée, produite par l'entrée des sympexions volumineux dans un des canaux éjaculateurs, a eu pour résultat d'arrêter net les contractions expulsives de l'éjaculation.

Ces deux faits de coliques spermatiques intenses, présentant tous les symptômes douloureux et les troubles fonctionnels au plus haut degré, resteront comme type des accidents produits par l'oblitération des canaux éjaculateurs.

En étudiant, peut-être plus qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, les

(1) Fait communiqué à l'Académie de médecine en 1878.

troubles fonctionnels des organes génitaux, je suis arrivé à conclure que : *Il y a des cas pouvant être dénommés* COLIQUES SPERMATIQUES, *dans lesquels les symptômes sont moins intenses et moins complets que dans ces deux premiers faits.*

Dans mes leçons sur les *Maladies des voies urinaires*, pages 94 et suivantes, je relate un fait d'oblitération des canaux éjaculateurs chez un sujet âgé de quarante ans qui, pour un écoulement chronique, a subi de nombreuses cautérisations soit directes, soit par injection, de la région profonde de l'urèthre. Il n'éjaculait plus ; à la fin de chaque rapprochement sexuel, il éprouvait une sensation douloureuse dans le fond de l'urèthre. Jamais, à la miction qui suivait ce rapprochement, il n'y a eu du sperme dans l'urine. A la première éjaculation qui eut lieu, la douleur fut plus grande et il sortit de petites masses blanches que je n'ai pas pu examiner. Depuis, il n'y a pas eu de douleurs, et le sperme ne contient aucun corps volumineux.

Pendant les quatre années qu'a duré l'oblitération des canaux éjaculateurs, ce malade a été tourmenté par des envies fréquentes et impérieuses d'uriner. La vessie ne se dilatait pas; elle ne pouvait recevoir que 50 grammes d'eau tiède. La miction avait lieu toutes les demi-heures. Si le malade cherchait à se retenir, il éprouvait toujours une douleur plus vive à la fin de la miction. Trois fois, sous l'influence du chloroforme, l'anesthésie étant complète, j'ai pu dilater la vessie jusqu'à 300 grammes d'eau tiède. Mais cette dilatabilité ne durait pas. L'origine du réflexe de la contraction de la vessie, la petite tumeur siégeant au niveau des canaux éjaculateurs près de leur orifice dans l'urèthre, due aux corps oblitérants, persistaient. Pendant l'anesthésie, avec le doigt dans l'anus, j'ai comprimé la petite tumeur sur la sonde qui était dans l'urèthre, et cela sans résultat. Sitôt que l'éjaculation a eu lieu, la douleur qui l'a accompagnée étant passée, la vessie a pu se dilater spontanément jusqu'à 100 grammes d'eau tiède.

Ici nous voyons que les seuls symptômes existants ont été la non-dilatabilité de la vessie, les envies fréquentes et impérieuses d'uriner, souvent de la douleur à la fin de la miction. Le rapprochement sexuel était possible, mais sans éjaculation, et se terminait toujours par une sensation douloureuse. Ainsi l'érection était possible.

Tous ces symptômes ont cessé dès que les canaux éjaculateurs ont été libres. Mais la vessie reste avec une perte notable de sa dilatabilité antérieure.

Ces symptômes d'excitation de la vessie : envies impérieuses et fréquentes d'uriner, douleur en urinant et en finissant d'uriner, se rencontrent dans beaucoup d'affections des voies urinaires, mais surtout dans les affections de la prostate.

Dans son étude sur la valvule musculaire du col vésical, Mercier cite la diminution plus ou moins durable des troubles de miction et des douleurs après le coït. C'est là un fait que j'ai observé bien fréquemment, et que de fois à la question : « Comment urinez-vous après le coït? » on m'a répondu : « Mieux, mais le mieux dure un jour, deux jours, quatre jours au plus ! »

Cette amélioration momentanée s'observe dans les cas de valvule de Mercier, de rétrécissement peu étroit, mais compliqué de spasmes, d'affections chroniques glandulaires de la prostate ; ainsi dans les hypersécrétions glandulaires de la prostate ou des vésicules séminales. Ici ce mieux cesse dès que l'écoulement habituel reparaît.

A quoi est due cette influence heureuse du coït?

1° Lorsque nous avons étudié les causes des spasmes de l'urèthre et de la vessie, nous avons démontré que le coït incomplet, c'est-à-dire terminé par l'éjaculation en dehors de la femme, laissait, après lui, l'urèthre dans un état de contraction qui pouvait gêner la miction, au point de provoquer une stagnation d'urine et même une rétention complète. Le coït complet, au contraire, est suivi d'un état de repos de l'urèthre, d'un état de sédation tel que le passage de l'urine en est plus facile. Il a suffi, chez les sujets jeunes atteints de stagnation considérable d'urine, due au coït incomplet, de coïter complètement et de vider quelquefois leur vessie au moyen d'une sonde peu volumineuse passée dans l'urèthre, pour obtenir une miction complète, normale.

Ainsi le coït complet agit en faisant cesser tout éréthisme de l'urèthre.

2° Par l'éjaculation, les glandes et les vésicules séminales se vident. L'excitation due à la réplétion de ces vésicules et de ces glandes cesse, mais ce calme persiste seulement jusqu'à ce que de nouveau elles soient distendues. Aussi les malades disent-ils toujours : « La gêne pour uriner reparaît avec l'écoulement. »

J'ai souvent fait usage d'un moyen indirect pour vider les glandes prostatiques. Il consiste dans l'injection profonde faite (1) avec une solution étendue de nitrate d'argent, un pour cent à un pour deux cents. Aussitôt que l'injection est faite, quelquefois à la suite de la sonde qui a servi à la faire, mais toujours avec l'eau que le malade urine immédiatement, on voit sortir les petits bourbillons muqueux caractéristiques de l'hypersécrétion prostatique, et de suite le malade éprouve un mieux notable de la miction.

La réplétion des glandes prostatiques et des vésicules séminales due à l'accumulation des liquides normaux peut aussi causer des troubles de la miction exactement semblables à ceux observés dans les cas d'hypersécrétions pathologiques. J'en ai observé plusieurs faits de ce genre. Le suivant suffira pour en établir la démonstration.

M. X... se plaint d'envies fréquentes d'uriner et d'une légère douleur à la fin de la miction. Souvent l'envie d'uriner est impérieuse, et c'est surtout ce fait qui tourmente le malade, en raison des précautions qu'il est obligé de prendre là où il se trouve. C'est un homme de cinquante ans, se portant très-bien par ailleurs, vivant largement, ayant bon appétit. Les fonctions du tube digestif sont parfaites, jamais de constipation.

J'examine par le rectum ; je trouve la prostate bien symétrique, d'un volume petit par rapport à l'âge, d'une consistance souple sans mollesse. Pas de sensibilité anomale. Les vésicules séminales sont facilement perçues et délimitées avec le doigt. Elles sont assez volumineuses, mais pas dures. Je comprime légèrement la partie moyenne de la prostate sur le trajet des canaux éjaculateurs, et le malade me dit qu'il sort quelque chose par l'urèthre. J'examine immédiatement au microscope le liquide qui s'échappe du méat : c'est du sperme pur. Les spermatozoïdes, très-nombreux, tous libres, ont toute leur mobilité. Il n'y a pas de leucocytes ni de débris d'épithélium. Sur ma question, le malade me raconte qu'il n'a pas coïté depuis deux ans. Brusquement il a cessé de le faire lorsque, avant, il avait des rapprochements sexuels réguliers. Actuellement il est souvent tourmenté par des érections. Quand il a une perte séminale nocturne involontairement, les troubles de miction cessent pendant deux ou trois jours.

En raison de l'absence de toutes affections antérieures de l'urèthre et de la pureté du sperme examiné, — il était sans mélange de pus ou de débris d'épithélium, — je conseille les rapprochements sexuels. Tous les troubles de la miction ont disparu.

J'ai observé deux faits absolument semblables à celui-là. Il s'agissait de jeunes hommes de moins de trente ans, bien constitués, n'ayant jamais été malades. Ici la réplétion des vésicules séminales était la seule cause irritante de la région profonde de l'urèthre et par cela même des troubles de miction.

Les troubles de miction se rencontrent aussi chez les hommes qui sont sur le point de se marier. C'est là une des causes de cette hypochondrie génitale qui précède le mariage. C'est en étant très-affirmatif sur la cause de leurs tourments, et sur la disparition de tous les troubles qu'ils éprouveront après la fonction physiologique des organes génitaux, qu'on arrive à les convaincre, et à faire qu'ils ne se laissent pas aller à un désespoir plus ou moins grand.

Il y a aussi les sujets qui, pour des raisons extra-physiologiques, conservent la cause de leurs troubles de miction.

Ils arrivent quelquefois à des états nerveux des plus intenses, surtout quand en même temps il y a une irritation permanente à

(1) Pour la manœuvre de cette injection, voir mon *Traité des opérations des voies urinaires*, p. 190.

l'extrémité de la verge, due à un prépuce étroit par exemple. Toujours ces malades éprouvent un soulagement général et local après les pertes séminales spontanées, quand l'état général ne s'aggrave pas profondément par des pertes séminales involontaires très-fréquentes, ainsi que l'a démontré Lallemand dans son traité.

En réalité, la réplétion des vésicules séminales par les liquides normaux (sperme), provoquant les troubles de miction que nous venons de décrire, constitue le premier degré de la colique spermatique.

Dans ces conditions, les troubles de la miction, la douleur, tout disparaît par l'évacuation normale des liquides qui distendent les vésicules séminales et les glandes prostatiques. Souvent, à la première éjaculation, il y a douleur; le sperme est teinté de sang; mais des fonctions génésiques régulières, en rapport avec les besoins des sujets, maintiennent la guérison.

Dans les cas d'hypersécrétion pathologique des vésicules séminales et des glandes prostatiques avec écoulement, nous avons vu que tous les symptômes, envies fréquentes d'uriner, douleurs, etc., et même l'écoulement, cessaient après le coït complet, mais que tous les symptômes reparaissaient assez vite après quatre jours au plus. Ici, il est nécessaire d'agir directement sur la cause de ces hypersécrétions, qui est presque toujours une inflammation chronique des éléments glandulaires et de la muqueuse des vésicules séminales. C'est ce que nous étudierons prochainement.

Enfin, il y a oblitération d'un des canaux éjaculateurs. Alors l'ensemble des symptômes douloureux de la colique spermatique est complet et les moyens thérapeutiques ont tous pour but l'évacuation des corps qui oblitèrent le canal éjaculateur.

Dans le fait que j'ai observé en 1874, le redresssement de l'urèthre et la compression de la région prostatique avec le brise-pierre explorateur, introduit jusque dans la vessie, ont provoqué l'expulsion de sympexions volumineux et ont amené la cessation immédiate de la colique spermatique.

Chez le malade dont nous donnons ici l'observation *in extenso*, c'est en comprimant avec le doigt dans le rectum le canal éjaculateur, sur une grosse sonde dans l'urèthre, que j'ai expulsé directement les masses, formées de mucus concret et de spermatozoïdes, qui oblitéraient les voies séminales, et de suite tous les symptômes douloureux de la colique spermatique cessèrent.

Dans le troisième fait d'oblitération des canaux éjaculateurs, le cours du sperme s'est rétabli spontanément par le coït.

## REVUE DE LA PRESSE

**Traitement des fièvres palustres par les injections hypodermiques de sulfovinate et de bromhydrate de quinine.** — M. Courtin fait ressortir les avantages du sulfovinate de quinine dans le traitement des fièvres palustres, tant au point de vue de l'efficacité thérapeutique que de l'innocuité des injections hypodermiques. Se fondant sur deux observations très-heureuses et rejetant successivement les sels quiniqués sous forme de sulfate, citrate, tartrate ou bromhydrate à cause des accidents locaux ou généraux qu'a pu provoquer leur administration sous-cutanée, l'auteur conclut que le sulfovinate ne produit ni douleur ni inflammation locale. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

L'auteur termine en regrettant de n'avoir pu se procurer une thèse inaugurale soutenue à Paris (1878) par M. Dziewonski et ayant pour titre : *Étude sur les injections hypodermiques de bromhydrate et de sulfovinate de quinine*. Nous avons ce travail entre les mains; voici les conclusions pratiques que nous en avons tirées :

On ne peut, sans s'exposer à des accidents locaux presque constants, injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané les sulfate, tartrate et citrate de quinine, mais il n'en est pas de même pour le bromhydrate. Dans des circonstances exceptionnellement rares, il a pu éveiller un peu d'irritation locale (Thaon); il en est de même du sulfovinate (Merz) qui paraît cependant moins inoffensif puisqu'il compte, sur 47 observations, 4 abcès, 2 eschares et quelques cas d'induration.

Le praticien pourra donc se servir utilement de ces deux sels, qui sont tous deux d'une grande richesse en alcaloïde. Le bromhydrate neutre en renferme 76 p. 0/0 et le sulfovinate basique 72 p. 0/0. Le sulfovinate se dissout facilement dans deux parties d'eau, tandis qu'avec le bromhydrate de quinine l'addition d'une petite quantité d'alcool est nécessaire pour obtenir une solution au 1/10.

Dans un grand nombre d'observations d'accès de fièvre pernicieuse le succès a été complet. Il n'a jamais été injecté plus de 1 gramme de solution dans le même point, et en moyenne il n'a été administré que cinq injections hypodermiques, soit 0g,50 de sel. En même temps on faisait prendre aux fébricitants du sulfate ou du bromhydrate de quinine par la bouche pour assurer et maintenir la guérison.

**Nature et traitement de la pelade.** — M. Hillairet cite un cas de transmission de la pelade par des animaux domestiques. Il y a quelques années, il eut à soigner plusieurs employés du chemin de fer de l'Est qui travaillaient dans un même bureau; un chat se trouvait constamment dans le bureau; il avait l'habitude de dormir sur les casquettes que les employés déposaient sur les chaises.

Ceux-ci ne se doutaient guère que le chat fût capable de leur inoculer indirectement une maladie contagieuse. Néanmoins ils eurent tous successivement la pelade, et M. Hillairet n'obtint la guérison de chacun d'eux qu'au bout d'un temps très-long. M. Hillairet croit à la contagion de la pelade, malgré le doute qui semble persister sur la nature véritable de la maladie.

Les médecins actuels de l'hôpital Saint-Louis ne sont pas d'accord sur la nature de la pelade. D'une part, MM. Vidal et Besnier n'admettent pas la nature parasitaire de la pelade, tandis que M. Lailler l'affirme d'une manière absolue. C'est sous l'inspiration de M. Lailler qu'un de ses élèves, M. le docteur Courrèges, a fait sur la pelade un travail dans lequel il se prononce pour l'existence du champignon parasite.

Quant au traitement, dit M. Hillairet, il n'est pas nécessaire de pratiquer l'épilation, il suffit de raser les parties malades. Les applications de teinture d'iode, en détruisant l'épiderme, font en même temps disparaître le parasite. On peut aussi faire deux fois par jour sur les parties malades des frictions avec la pommade au turbith minéral ou avec la pommade à la teinture de cantharides. M. Hillairet préfère l'emploi de cette dernière, qui lui a toujours bien réussi. (*Revue méd. française et étrangère.*)

**De la callipédie.** — La callipédie (καλλιπαιδία, de καλός beau, et παῖς enfant), c'est-à-dire l'art de procréer de beaux enfants, a-t-elle quelque fondement ? Dès la plus haute antiquité, surtout chez les peuples où la force et la beauté étaient divinisées, comme en Grèce et à Rome, la callipédie était cultivée par les hommes de l'art et par les matrones. Après être tombé dans l'oubli, au milieu des ténèbres du moyen âge, cet art reparut au XVIe et au XVIIe siècle, et le célèbre Frenel ne dédaigna pas de chercher le secret de favoriser le grand acte qui communique la vie aux générations futures. Jean Huart rechercha avec ardeur la manière d'engendrer des enfants intelligents. En 1665, Claude Quillet exposa, dans un poème latin, les préceptes de la callipédie; Cl. Quillet fut imité par Audry dans son livre sur l'*Orthopédie* et par Vendermer dans son traité sur l'*Art de perfectionner l'espèce humaine*. Plus tard Robert publia sa *Mégalanthropogénie*, ou l'art d'engendrer des hommes d'une taille élevée. Enfin, au commencement de notre siècle, André Millot publia un livre sur l'*Art de procréer les sexes à volonté*, qui eut à l'époque un grand succès. Deux siècles avant Millot, Carteaux écrivit sur l'art de procréer des mâles (Zanini, *Igiene del matrimonio*).

Plus près de nous, Roux et Girou de Buzareingues, membres de l'Institut, après cinquante ans d'études, croyaient être parvenus à saisir quelques indices touchant la véritable cause de la production des sexes, particulièrement chez les animaux domestiques.

Les expériences d'un agronome, M. Martegoutte, paraissent concorder avec ce que ces savants avaient cru avoir déjà découvert. En effet, des observations journalières conduites et recueillies dans une bergerie importante, il résulte presque mathématiquement que le sexe dépendrait de la vigueur relative des individus que l'on accouple, au moment même de l'accouplement. On a obtenu, à volonté, pour les moutons, plus de mâles que de femelles, en accouplant des béliers très-vigoureux avec des brebis ou trop jeunes ou trop vieilles ou mal nourries, et plus de femelles que de mâles en agissant à l'inverse dans le choix des brebis et des béliers que l'on accouplait.

Au milieu de nombreuses absurdités, on rencontre dans ces écrits des préceptes utiles. La callipédie a une base réelle, et l'on ne saurait nier l'influence des tempéraments, des constitutions, de la tempérance, de la plénitude des forces, de l'amour réciproque, etc., des conjoints. Qui pourrait nier que les enfants héritent de leurs parents non pas seulement des caractères morphologiques et de la vigueur physique, mais encore de l'énergie morale et intellectuelle ainsi que des tendances morbides?

Dans l'antiquité, Ismaël, Thémistocle, Romulus, César, Jugurtha, et dans l'ère moderne, Charles Martel, Boccace, Léonard de Vinci, Érasme, Pierre Farnèse, Clément VII, le maréchal de Saxe, Tancrède, Vendôme, Championnet, Delille, etc., étaient des enfants de l'amour, de célèbres bâtards.

De nombreux auteurs attribuent une influence notable aux commotions morales sur la femme gravide et le fœtus. L'amour satisfait au milieu d'une belle nature champêtre, ou consommé dans un appartement orné d'objets d'art, est souvent suivi d'une belle progéniture, car les objets artistiques excitent l'imagination des amants et leurs formes se transmettent à l'être conçu au milieu d'eux.

C'est pourquoi Galien, ayant été consulté par un peintre difforme, qui avait donné le jour à un enfant qui lui ressemblait, lui conseilla de placer autour du lit nuptial trois statues de l'Amour. Ces statues, d'une grande beauté classique, réjouirent sans cesse les yeux et l'âme de l'épouse, qui donna, par la suite, naissance à trois enfants fort beaux et parfaitement constitués.

Denis de Syracuse fit suspendre au lit de sa femme le portrait du beau Jason dans le but d'avoir de beaux enfants. Les Grecs et les Romains ornaient dans le même but les jardins, les édifices et leurs gynécées, de marbres et de peintures représentant les dieux et les demi-dieux dans toute leur divine beauté. Les jeunes époux gravaient dans leur imagination ces chefs-d'œuvre artistiques et transmettaient ainsi à leurs descendants leurs formes harmonieuses. (*Journal d'hygiène.*)

**Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la dilatation digitale du col (méthode de Copeman).** — En cherchant à provoquer un avortement par la dilatation digitale du col, M. Copeman (de Norwich) avait vu les vomissements disparaître aussitôt après la dilatation, et la grossesse avait continué à marcher sans nouveau trouble jusqu'au terme. L'auteur avait eu l'idée de pratiquer en d'autres cas de vomissements rebelles la même opération, et, remarquant que ces accidents s'accompagnaient d'un resserrement du col, il avait admis une sorte de contracture du col pendant la grossesse, dont les troubles digestifs seraient des accidents réflexes. M. Copeman a encore réussi dans deux cas nouveaux, toujours en attendant la conservation de l'enfant.

M. Lucas Championnière a obtenu également de bons résultats de cette dilatation du col avec le doigt dans un cas de dyspnée considérable chez une femme multipare et qui, après avoir présenté des vomissements violents et persistants, avait été prise d'une dyspnée d'une intensité extraordinaire. L'effet de la dilatation du col, qui était très-résistant et très-dur, fut frappant; dès le soir la femme dormit et les accès de dyspnée disparurent complètement. L'accouchement survint une douzaine de jours après; le cœur de l'enfant battait encore. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

**Un bassin oblique, ovalaire, rachitique compliqué d'hydrorachis.** — Ce bassin, préparé et conservé à l'Université de Moscou, a été trouvé chez une femme de vingt-cinq ans, morte de péritonite douze jours après l'accouchement. Le rétrécissement du bassin avait nécessité la céphalotripsie; l'utérus cependant fut trouvé normal à l'autopsie.

Ce bassin est des plus remarquables. Il est nettement oblique, ovalaire et en même temps rachitique; le rétrécissement porte sur la moitié droite du bassin; à gauche, les deuxième et troisième trous sacrés sont convertis en une vaste ouverture donnant passage à une poche volumineuse siégeant en partie dans l'excavation et en partie dans le sacrum dilaté et déformé (hydrorachis externe des auteurs).

Le rétrécissement provenait donc, d'un côté, de la conformation osseuse, et, de l'autre côté, de la présence de cette poche à contenu séreux; de plus le promontoire fortement déjeté vers le centre du détroit supérieur compliquait encore la situation.

Il est assez difficile de s'expliquer la pathogénie d'un pareil bassin. Pour ce qui concerne les lésions du sacrum, l'auteur admet qu'il existait primitivement un rachitisme fœtal, déterminant un arrêt de développement des points d'ossification, et *secondairement* un amas de liquide cérébro-spinal augmentant encore la difformité du sacrum. Quant à l'obliquité générale, elle ne peut s'expliquer par une synostose qui n'existait pas, ni par une atrophie, suite de compression médullaire. L'auteur pense qu'elle peut être le résultat de la scoliose vertébrale agissant par la déviation du poids du corps et par la traction exagérée, du côté opposé, des ligaments et muscles du bassin. Les seuls exemples analogues connus ont été rapportés par Virchow et Wagner. (*Gaz. hebdom.*)

---

Un concours s'ouvrira, le 4 avril 1880, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, pour un emploi de suppléant pour les chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8736.

**Coqueluche guérie sûrement** et promptement par le **Sirop Benzoïque** au *Bromure d'ammonium*, de Ch. Serres, pharmacien. — Dépôt : 31, rue d'Amsterdam, Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies.

**Quinoïdine Duriez.** D'un prix bien inférieur à celui du sulfate de quinine et des préparations de quinquina ; la quinoïdine est le dérivé du quinquina, accessible à tous les malades.

**Tonique, fébrifuge, antinévralgique.**

Consulter : le *Bull. de l'Acad. de méd.*, an. 1878, p. 509, et l'*Union médicale*, an. 1878, p. 823.

**Les Dragées de quinoïdine Duriez** contiennent chacune 10 centigrammes de quinoïdine. *Teinture alcoolique, à l'usage des médecins, contenant par gramme 10 centigr. de quinoïdine.*

Paris, 20, place des Vosges.

**Maladies de la peau**

Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LÉPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le docteur Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc.

Dépôt général à Paris : Pharm. Fournier, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — Et pour la vente en gros : pharm. Labélonye, 99, rue d'Aboufir, Paris, se trouvent dans toutes les pharmacies.

**Vin bi-digestif de Chassaing**

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le* 29 *mars* 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

**Poudre anti-asthmatique**

du docteur LEFEBVRE.

Vingt-cinq années d'expérimentation sur lui-même de toutes les vapeurs médicamenteuses (cigarettes, papiers et poudres anti-asthmatiques) permettent au docteur Lefebvre d'affirmer la supériorité et l'infaillibilité de cette préparation. Les vapeurs dégagées par sa combustion calment à l'instant même le spasme dyaphéique, éloignent les crises et amènent la guérison. Un brûloir portatif inventé par ce docteur assure au malade le moyen de combattre tout accès d'oppression qui le surprendrait hors de chez lui.

Dépôt : Phie Chiron, 19, boulev. Magenta, Paris.

**Maison de santé du Dr Carles**

Ancienne maison du Dr Duval, 34, avenue du Roule, Neuilly-Paris, pour opérations, maladies aiguës et chroniques, orthopédie. — Les médecins peuvent y soigner leurs malades.

**Losange purgatif**

anciennement GANGE PURGATIF

(*à l'Évolvuline, jalapine purifiée*, Codex 443).

Très-facile à prendre, sans saveur aucune, ne donnant ni coliques, ni nausées, ni constipation. Pharmacie Tricot, 39, rue des Saints-Pères.

Prix : 1 fr. 20 les deux purgations ; par la poste, 1 fr. 35.

**Rhumatismes. Guérison par la** Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. RENAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

PRIX MONTYON décerné par L'INSTITUT DE FRANCE

**Phénol-Bobœuf**, DÉSINFECTANT,

**antiépidémique, antiputride.**

Le **Phénol-Bobœuf** est un agent *préservatif très-précieux* contre les épidémies. Son emploi est *indispensable* pour l'*assainissement* des hôpitaux et hospices, chambres de malades, casernes, ateliers, usines, navires, et de tous les lieux insalubres où il est nécessaire de détruire des ferments de mauvaise nature. — Le flac. : 1 fr. 50.

Dépôt : dans toutes les pharmies et drogueries.

**Podophyllin Delpech**

**contre la constipation habituelle.**

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

**Baume de Tolu Le Beuf**

(*Émulsion concentrée et titrée, non alcaline.*)

L'émulsion de Tolu Le Beuf est la *seule préparation* qui contienne sans *altération*, ni *modification aucune*, **tous les principes actifs** du Baume de Tolu.

A la dose de 6 à 12 cuillerées à café par 24 heures (2 *cuillerées à café par tasse d'infusion sucrée chaude ou froide*), **la toux** est toujours victorieusement combattue, les sécrétions sont rendues plus faciles, cessent rapidement et les malades sont admirablement soulagés.

PRIX DU FLACON : 2 FR. 50.

Dépôt à Paris, 25, rue Réaumur, et dans les princip. pharmacies de France et de l'étranger.

**Elixir** CHLORHYDRO-PEPSIQUE **Grez**

Nouvelle préparation TONI-DIGESTIVE, d'un goût agréable, basée sur les dernières découvertes de la physiologie, contenant les principes actifs des amers (QUINAS-COCA) associés aux ferments digestifs, PEPSINE CHLORHYDRIQUE et PANCRÉATINE. Employée avec succès contre *dyspepsies, anémies*, et dans les *convalescences*, à la dose de 1 à 2 cuillerées à bouche aux repas. — Gros : Layat, r. Rambuteau, 26. Détail : phar.

PHTHISIE PULMONAIRE, BRONCHITES, CATARRHES, etc.

**Vin et Huile de foie de Morue**

**CRÉOSOTÉS** du Dr G. Fournier, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, contenant chacun 0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe. (*Exiger sa signature.*)

**Capsules d'Huile créosotée à 0,05.**

Préparations créosotées SEULES récompensées à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Pharm. de La Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, et 10, rue de l'Arcade (Paris).

VIANDE ET QUINA.

**Vin Aroud au quina**

*et aux principes solubles de la* Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

**Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de Médecine de Paris**

*N. B.* L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

*Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

**Thermes de Dax**

(LANDES)

Fondée par les docteurs Delmas et Larauza

Ouverts toute l'année.

*Méd. d'arg. avec dipl., Exp. Univ., Paris* 1878.

Résidence hivernale remarquable par l'uniformité de sa température intérieure (16° C) et son atmosphère minéralisée chaude et moite.

Unique en Europe *pour les malades de la poitrine, de la gorge, les arthritiques et les diabétiques, y séjournant.*

Eaux sulfatées, calciques, ferrugineuses, thermales. Boues végétales, minérales, chaudes. Eaux-mères des Salines de Dax, — appliquées avec succès contre :

Les *rhumatismes* simples, goutteux, noueux et leurs accidents consécutifs curables ; *affections utérines, des voies génito-urinaires, névralgies, névroses, paralysies, anémie, lymphatisme, scrofule.*

APPARTEMENTS ET INSTALLATION BALNÉAIRE TRÈS-CONFORTABLES.

**La Bauche**, MÉDAILLE D'OR PARIS 1874.

Eau minérale digestive, reconstituante, la plus riche en protoxyde de fer. Entrepôt, 33 r. St-Jacques.

**Épilepsie. Hystérie. Névroses**

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

**Sirop et Pâte Lebeault**

AUX FRUITS BÉCHIQUES

Les seuls pectoraux exempts de narcotiques.

COCA FIEVET. Vin tonique, réparateur, fébrifuge et digestif.

Pharmacie LEBEAULT, FIÉVET successeur, 53, rue Réaumur, Paris, et pharmacies.

**Solution Bourguignon**

**au chlorhydro-phosphate de chaux.**

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie ; deux cuillerées à chaque repas. — Dans toutes les pharm.

**Maltine Gerbay,**

*Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées*

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

*Dépôt dans toutes les pharmacies.*

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

**Fer dialysé Bravais**

*chimiste à Paris*

Le *Fer dialysé* BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption ; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le *Fer dialysé* BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris 1875. Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi les *Bonbons de fer dialysé Bravais*, les *Dragées de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais.*

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabr. et la signature ci-contre

Raoul Bravais

**Capsules Gardy** D'HUILE DE **Gabian**

(*Medicinal-naphta*)

contre *Maladies des voies respiratoires, Bronchite chronique, Asthme, Bronchorrhée, Toux, Rhume, Catarrhe pulmonaire.*

Dépôt général : Pharmacie, 45, rue Caumartin, Paris. (Dans toutes les pharmacies.)

Prix du flacon, avec notice : 3 francs.

N° 116. — MARDI 7 OCTOBRE 1879. 52e ANNÉE. MARDI 7 OCTOBRE 1879. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en m[andats]-poste ou en traites sur Paris. — L'[abo]nnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

| PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS | |
|---|---|
| Trois mois. . | 8 fr. 50 c. |
| Six mois. . . | 16 — |
| Un an . . . . | 30 — |

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

**I. Épithélioma rectal. — II. Hémorrhoïdes, anémie, hydrothérapie, cautérisations ponctuées, guérison. — III. Hémorrhoïdes. prolapsus irréductible.**

I. Vous avez pu voir, au n° 42 de la salle Sainte-Vierge, un homme âgé de cinquante et un ans, auquel j'ai pratiqué l'ablation d'un épithélioma rectal qui occupait tout le côté gauche de l'anus et une partie du côté droit, de façon à envahir les deux tiers environ du contour de la paroi rectale. La tumeur restait assez éloignée du péritoine. J'avais espéré disséquer le contour du rectum, et, après l'avoir coupé verticalement, sectionner le rectum transversalement avec l'écraseur linéaire ou l'anse galvano-caustique. Ce dernier appareil ayant mal fonctionné, j'ai dû terminer l'opération en partie avec les ciseaux, en partie avec le thermocautère Paquelin et en partie avec l'écraseur linéaire pour la section transversale qui comprenait les vaisseaux hémorrhoïdaux et nous exposait à des hémorrhagies.

Pendant les premiers jours, l'état du malade fut satisfaisant, malgré la suppuration de la plaie et l'incontinence de matières fécales à laquelle nous nous attendions, puisque la section avait compris les deux tiers du sphincter.

Un incident désagréable vint compliquer la marche de la plaie; un érysipèle éclata, érysipèle ambulant, gangreneux du côté du scrotum et des fesses et qui parcourut les jambes et le dos. Nous l'avons traité avec des applications de tarlatane phéniquée. Malgré ses pérégrinations étendues, il n'a pas provoqué de phénomènes généraux graves. Cette épidémie d'érysipèle n'a pas été pourtant bénigne, car elle nous a enlevé deux malades pendant le cours des mois de février et mars.

Néanmoins notre malade s'est tiré de ces complications, et, deux mois après, il est tout à fait guéri. Au moment de lui accorder son exeat, nous devons nous poser une double question au sujet de la récidive et au sujet du rétablissement des fonctions du rectum et du sphincter anal.

Il faut toujours se préoccuper de la récidive quand il s'agit de cancer, ou même simplement d'épithélioma et de cancroïde, surtout lorsque la lésion siège aux orifices des cavités naturelles. Depuis longtemps, en effet, j'ai été frappé de la rapidité des récidives des cancers de l'utérus, du rectum, de la langue, de la face interne des joues, de la cavité du sinus maxillaire (dont nous observons encore maintenant une récidive rapide, malgré une résection habilement faite par M. Berger, et après un résultat primitif aussi satisfaisant que possible).

Au moment de quitter l'hôpital, trois mois après l'opération, notre malade est dans un état aussi bon que possible; en pratiquant le toucher rectal avec le plus grand soin, on ne sent qu'une dureté due sans doute au tissu inodulaire produit par la cautérisation.

Reste à savoir comment fonctionnera le sphincter anal; à ce point de vue aussi, le malade a gagné; il n'a plus de besoins fréquents d'aller à la selle ni le ténesme incessant qui le persécutait, et déjà l'incontinence est beaucoup diminuée. Mais il ne retient pas encore parfaitement les matières fécales, comme nous devions bien nous y attendre. Toutefois il ne perd plus que les gaz et un peu de matières fécales, ce qui est un grand progrès; je ne désespère pas d'une plus complète amélioration.

II. Avant de lui accorder son exeat, je tiens à vous montrer l'homme que vous avez vu entrer ici, il y a deux mois, pour des hémorrhoïdes internes, procidentes et saignantes (1). Notre traitement a parfaitement réussi. Cet homme perdait, après chaque défécation, plus d'un demi-verre de sang depuis plusieurs mois, et il avait un prolapsus hémorrhoïdal irréductible. Il était arrivé à une anémie profonde que nous avons dû traiter avant de nous occuper du traitement local. Nous avons combattu avec succès la dyspepsie et les troubles gastriques (hydrothérapie, pilules de Vallet). Après six semaines de ce traitement, nous avons cru devoir intervenir chirurgicalement; nous avons fait sortir les hémorrhoïdes internes, qui étaient au nombre de sept, dont trois grosses, puis, avec la pointe du thermocautère Paquelin, j'ai fait trois ou quatre cautérisations superficielles et autant dans la profondeur, en plongeant la pointe dans l'épaisseur des hémorrhoïdes. Cette opération a été bien supportée. Le prolapsus a reparu encore un peu, mais de moins en moins, et les tumeurs rentraient seules. Je n'ai même pu les faire sortir avec un lavement. Quinze jours

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, n° 107, p. 865.

après, M. Berger a pratiqué une deuxième cautérisation interstitielle, mais en un seul point. Aujourd'hui le malade ne perd plus de sang et ne revoit plus les tumeurs hémorrhoïdaires. Nous pouvons affirmer la guérison.

III. Un autre de nos malades était encore atteint de prolapsus hémorrhoïdaire qui est devenu plus volumineux et irréductible depuis une quinzaine de jours ; un étranglement assez notable s'est produit et a amené des eschares superficielles qui se détachèrent ces jours derniers; pour compléter la guérison, j'ai fait des cautérisations successives, d'abord avec l'acide azotique monohydraté, puis avec le thermocautère Paquelin dont j'ai introduit la pointe en trois points dans la profondeur des bourrelets (ce que j'appelle la cautérisation interstitielle disséminée). La guérison ne se fera pas attendre, si le malade se conforme aux prescriptions que j'ai l'habitude de donner dans des cas analogues. (Voir *Gazette des hôpitaux* 1879, p. 385.)

---

**HOPITAL NECKER. — M. Potain.**

**De la mélanose pulmonaire.**

Dans ces derniers jours est entré au service un homme atteint d'une maladie de cœur arrivée à sa période ultime et caractérisée par l'asystolie, l'asphyxie, l'anasarque. Cet homme, adonné à l'alcoolisme, avait eu autrefois des douleurs rhumatismales, et, il y a douze ans, une fluxion de poitrine. Depuis cette époque, il avait eu des éblouissements, des vertiges; il souffrait de pituites chaque matin et il toussait un peu. Pendant la nuit, il avait des envies fréquentes d'uriner. Tels étaient les symptômes les plus saillants qu'il accusait; son affection, en aucun temps, ne prit un caractère plus aigu.

Depuis trois mois, il avait éprouvé des émotions et des fatigues à l'occasion de la mort de sa femme; la toux avait augmenté; elle était accompagnée d'une douleur sus-sternale assez vive. Depuis deux mois, l'œdème avait gagné d'abord les membres inférieurs, puis les membres supérieurs et la face; enfin l'ascite était considérable. Des eschares au sacrum apparurent dans les derniers temps.

Au moment de son entrée, ce malade ne présentait que de la dyspnée; le pouls était peu fréquent, donnant 84 pulsations; il était petit et mou, quoique régulier. L'impulsion cardiaque était très-difficile à percevoir; on ne pouvait non plus déterminer le volume du cœur par la percussion, parce que la sonorité pulmonaire était telle qu'elle masquait complètement la matité de la région précordiale. On ne sentait à la palpation aucun frémissement. A l'auscultation, le deuxième bruit était dédoublé, mais pas d'une façon constante. Il nous a semblé percevoir aussi un léger ronflement présystolique. Nous avons constaté le pouls veineux, mais présystolique et non caractéristique d'insuffisance volontaire.

La poitrine présentait une sonorité exagérée; le murmure vésiculaire était très-affaibli, il y avait peu de voussure, les espaces intercostaux étaient déprimés du côté gauche; on percevait quelques râles disséminés; ascite considérable.

Tous ces signes étaient à peu près exclusivement négatifs et ne nous expliquaient pas suffisamment les causes de la stase veineuse évidente, ni par une affection pulmonaire, ni par une affection cardiaque. Le malade ayant succombé trois jours après son entrée à l'hôpital, nous n'avons pu que supposer la possibilité d'un rétrécissement mitral, pour nous rendre compte de cette dilatation cardiaque. Nous étions en présence d'un cas difficile et le diagnostic devait être réservé. En effet, le cœur ne se dilate et ne s'hypertrophie que pour des causes quelconques qu'il fallait rechercher, soit du côté des orifices du cœur ou des artères, soit du côté des poumons. Nous éliminons de suite les cas d'adhérences péricardiques.

La dilatation du cœur suppose toujours une rupture d'équilibre entre la résistance du courant sanguin et la puissance cardiaque. Or, dans le cas particulier, nous n'avions pas de raisons suffisantes pour provoquer l'hypertrophie, dans l'état des orifices; lors même qu'il y aurait eu un léger degré de rétrécissement mitral, cela n'aurait pas suffi pour amener une telle dilatation du cœur tout entier. De même, pour l'aorte, il n'y avait pas trace d'athérome. Enfin, dans la circulation périphérique, on pouvait trouver une cause de résistance exagérée dans le rein; il y avait en effet un peu d'albumine dans les urines; nous pouvions admettre l'existence d'une maladie de Bright. Mais il est évident que, si cette cause était admissible, elle ne jouait qu'un rôle accessoire dans la maladie de cet homme, car nous n'observions aucun des autres symptômes de la maladie de Bright: face pâle, pouls dur et bondissant, hypertrophie du ventricule gauche, pointe du cœur abaissée, etc. Ici, au contraire, nous trouvions la face rouge et congestionnée, le pouls petit et mou, etc.

C'est donc dans le poumon que nous devions rechercher la cause principale de la dilatation du cœur. Or l'emphysème était assez prononcé; il avait pu produire d'abord l'hypertrophie du cœur, puis la dilatation consécutive et l'asystolie. Toutes les fois, en effet, que la circulation pulmonaire est longtemps entravée par une sclérose quelconque, la dilatation du cœur se produit.

L'autopsie nous a révélé une sclérose d'un autre genre et à laquelle nous ne nous attendions guère. Au lieu du simple emphysème, nous avons trouvé les deux poumons complètement indurés, constitués par une masse résistante, dure, non affaissée et aussi noire que si on l'avait teinte avec de l'encre, avec une coloration analogue à celle d'une truffe ou du charbon; en un mot, c'était un magnifique exemple de *mélanose* pulmonaire, accompagnée de pneumonie chronique.

Pour tout symptôme, nous n'avions eu que l'affaissement des espaces intercostaux et l'affaiblissement du murmure vésiculaire que nous pouvions aussi bien attribuer à l'emphysème. Parfois la mélanose donne des souffles intenses; mais, avec l'état emphysémateux, ces souffles perdent leur caractère et l'on n'a plus que des signes variables. Il ne faut donc pas s'étonner que les signes de cette mélanose nous aient manqué; d'autre part, nous ne pouvions être mis sur la voie de ce diagnostic par la nature de l'expectoration noire, caractéristique, car le malade ne crachait pas et ne se rappelait pas avoir jamais rendu des crachats colorés.

Nous sommes amenés à nous demander ce que signifie cette coloration noire.

On connaît trois sortes de matière noire pouvant imprégner le parenchyme pulmonaire : 1° le charbon proprement dit (anthracosis des mineurs, des fondeurs, des charbonniers); 2° le pigment sanguin (mélanose hématique de Robin); 3° le pigment pathologique (mélanose mélaïnique de Robin).

A. L'anthracosis constitue la cause de pigmentation la plus généralement observée. Laënnec le premier observa ces indurations diverses du poumon avec coloration noire; il pensait qu'elles étaient dues à une matière spéciale; il distinguait la mélanose enkystée, la mélanose infiltrée en masses, etc., toutes distinctions qui n'ont plus d'intérêt actuellement; il avait présumé que cette matière noire pouvait venir de l'extérieur et surtout de la fumée des lampes qui, alors, étaient peu perfectionnées.

Les ouvriers séjournant dans une atmosphère de charbon, tels que les mineurs, les fondeurs qui saupoudrent leurs moules de poussière de charbon, étaient atteints de toux, d'expectoration, de dyspnée, de pneumonie chronique, etc. Ils avaient les poumons noirs; sous le microscope, j'ai vu ainsi les fragments de charbon disséminés sur les travées intervésiculaires, d'une façon plus ou moins régulière, et parfois prédominant en certains points, autour des tubercules ou des points de pneumonie chronique. Ces corps étrangers amenaient une transformation des tissus, une sclérose d'abord, puis, plus tard, du ramollissement. Marchal, et d'autres encore, ont observé ainsi des cavités, alors qu'il n'y avait pas trace de tuberculose.

Il est remarquable que souvent la surface des bronches reste rosée, à peine colorée ou pas colorée. On a pensé que c'est par les lymphatiques que la matière colorante allait aux ganglions bronchiques qui sont, dans ces cas, ordinairement très-chargés de charbon. Le développement de l'anthracosis est très-lent; ce n'est qu'après huit ou dix ans de séjour dans la fabrique que les ouvriers commencent à ressentir une oppression légère.

Les symptômes sont généralement peu marqués, à moins que la tuberculose ne s'associe à l'infiltration charbonneuse; ils consistent surtout en une expectoration noire, souvent très-abondante, formant environ un demi-litre d'un liquide noir comme de l'encre.

B. La mélanose hématique n'a pas son histoire aussi bien faite que la mélanose de l'anthracosis. Dans les inflammations chroniques des muqueuses, des glandes, on voit des traînées de matière noire, composée de granulations fines, absolument noires, isolées ou réunies en amas. Cette matière noire se trouve aussi dans les séreuses, dans la pie-mère, à la base du crâne; souvent, chez les vieillards, on rencontre une grande accumulation de ces petits grains noirs disséminés. Ces granulations sont insolubles dans l'eau, dans l'ammoniaque, dans l'acide acétique, comme les grains de charbon, de noir de fumée, etc., qui sont inattaquables à tous les réactifs connus; mais les grains hématiques qui nous occupent sont altérés par l'acide sulfurique, surtout à chaud et après un contact prolongé; ils se décolorent, prennent une teinte jaunâtre, tandis que l'acide sulfurique devient rougeâtre. Pour ces réactions, il faut prolonger l'action de l'acide sulfurique pendant quinze à trente minutes. Le degré de résistance de ce pigment dépend beaucoup de son ancienneté.

Quant aux raisons qui ont fait rattacher à la matière colorante du sang ces corpuscules noirs, on en reconnaîtra la valeur en examinant avec soin un de ces points; en effet, autour de ce point noir on trouve une matière colorante de nature différente, des globules sanguins accumulés, de l'hémoglobine épanchée dans les tissus, avec toutes les variations depuis l'hémoglobine encore pure jusqu'à ces grains d'un noir absolu. Il est quelquefois facile de suivre ainsi toutes ces transformations de l'hémoglobine. Puis, parfois, on trouve une autre transformation; on passe de l'hémoglobine à l'hématoïdine qui cristallise sous une forme très-constante en cristaux d'un beau rouge intense. De cette coloration rouge on arrive successivement aux granulations noires; il n'y a donc pas d'hésitation possible dans cette circonstance.

C. Mais il y a une autre matière pigmentaire, celle de la choroïde, celle du derme des nègres; c'est le pigment proprement dit. Il résiste à l'acide sulfurique même bouillant, comme le charbon. Un seul agent, d'après Robin, pourrait l'attaquer; ce serait une solution concentrée de potasse bouillante et récemment préparée; soumis à l'action de cette solution, les grains ont des contours moins nets, ils s'accolent et se décolorent légèrement.

Lorsqu'on rencontre un poumon mélanique, de quelle espèce de pigment est-il imprégné? Les poumons séniles sont généralement infiltrés de charbon; on a avancé que cette substance est bien du charbon, parce que cette coloration du parenchyme pulmonaire va croissant avec l'âge, depuis la coloration rosée du poumon de l'enfant jusqu'à la teinte grise chez l'adulte et foncée chez le vieillard. Peu à peu la matière colorante reposant sur des membranes minces les pénètre successivement. Il en arrive ainsi pour toutes les poussières; les aiguiseurs ont les poumons chargés de silice et de fer; les piqueurs de meules absorbent de la silice, etc.

Ces diverses substances, qui imprègnent les poumons, ont une résistance excessive aux réactifs; elles ne sont pas attaquées par le chlore, l'acide sulfurique, etc. Peut-être n'a-t-on pas poussé assez loin ces essais, pour pouvoir en conclure certainement que cette matière colorante est toujours du charbon.

Ce qui confirme encore cette assertion, c'est que, outre les petits grains noirs, fins et arrondis, on voit, sous le champ du microscope, de larges plaques angulaires qui ne peuvent être du charbon, car j'en ai ainsi observé dans l'épaisseur de la pie-mère, où les capillaires n'auraient pu les conduire. Or ces plaques sont précisément associées à des granulations pigmentaires; on voit l'hémoglobine sortant du globule sanguin et passant ainsi par tous les degrés de coloration. On peut donc attribuer à ces plaques la même formation qu'au pigment noir. On a dit encore que ces plaques étaient du charbon parce que, parmi elles, il s'en trouve qui présentent dans leur étendue de petites ouvertures en quinconce où l'on a cru reconnaître précisément l'aspect du charbon du *pinus silvestris;* j'admettrais encore que dans le poumon ces plaques fussent du charbon; mais, pour celles observées dans la pie-mère, je pense qu'elles sont du pigment. Je puis ainsi montrer des plaques présentant absolument cet aspect et qui sont évidemment formées de pigment.

En un mot, les raisons qu'on a fait valoir pour dire que toute la matière colorante n'était que du charbon, sont insuffisantes; en dehors du charbon, il y a le pigment qui est beaucoup plus abondant, dans les poumons de vieillards, que le charbon proprement dit. En effet, les vieillards ont été exposés à de plus nombreuses occasions de stase sanguine, et, quand le globule stagne, l'hémoglobine sort, puis se transforme et devient du pigment. La matière colorante des poumons des vieillards est donc en partie composée de charbon, je le reconnais, mais la proportion la plus considérable est du pigment.

Dans le cas particulier, avons-nous affaire à de l'anthracosis? Ce malade, qui a été marchand de vins, n'a guère été exposé aux poussières du charbon. Originaire du Cantal, il aurait pu autrefois exercer la profession de charbonnier, mais il n'en est rien; il faut donc éliminer l'hypothèse d'anthracosis et rechercher la cause dans le pigment. Mais, est-ce du pigment pathologique, est-ce du pigment hématique?

La question devient plus difficile à résoudre, d'autant plus qu'il faut savoir que le pigment ne dérive pas absolument du globule rouge; on sait que divers animaux qui n'ont pas de globules rouges, les sépias, fournissent un pigment noir. La coloration vient donc soit des globules, soit d'une matière colorante plus généralement répandue. Or notre malade ne portait nulle part ailleurs qu'au poumon trace de mélanose. Ensuite, le poumon était aussi atteint d'inflammation chronique; les parties les plus enflammées étaient aussi les plus noires.

On dit que la matière noire pigmentaire anémie les tissus et produit la compression et l'affaissement du vaisseau. Mais, très-habituellement, autour des dépôts mélaniques, j'ai trouvé les tissus congestionnés, et, là où le pigment s'était déposé, le vaisseau était interrompu; c'était à ce niveau que le pigment s'accumulait. Mais ce pigment était toujours en trop petite quantité pour amener la compression dont on parle; il est plus simple d'admettre que, la circulation ayant été interrompue, le sang a éprouvé ultérieurement en ce même point les transformations successives que nous avons étudiées.

Quant à l'explication de la sclérose du poumon et de la pneumonie chronique, il est probable qu'il faut en faire remonter le début à l'époque où le malade disait avoir eu une pneumonie, il y a douze ans. Depuis, la circulation pulmonaire a dû être gênée; le malade avait des éblouissements, des vertiges; la sclérose pulmonaire a constitué un obstacle considérable à la circulation, d'où est survenue la dilatation du cœur.

Le cœur ne présentait aucune lésion d'orifices, pas même le léger rétrécissement mitral auquel nous avions un instant songé; pour interpréter les signes observés, il faut admettre qu'il y avait, sans doute, un rétrécissement relatif, l'orifice devenant trop étroit relativement à la cavité ventriculaire fortement dilatée. Nous devons aussi nous expliquer pourquoi la dilatation ne s'est pas bornée seulement aux cavités droites du cœur; cela tient à ce que jamais une cavité ne peut se modifier notablement sans que les autres en subissent un retentissement, non-seulement par le mécanisme circulatoire, mais aussi par la structure anatomique, le cœur droit et le cœur gauche ayant des fibres communes. Peut-être aussi faut-il attribuer ici, en partie, l'hypertrophie du cœur gauche à l'état des reins qui n'étaient pas sains, quoiqu'ils n'aient pas présenté l'aspect atrophique et les caractères de la néphrite interstitielle.

Nous avions affaire là, on le voit, à une lésion ayant des causes complexes; l'histoire de ce malade constitue un de ces faits intermédiaires qu'on ne peut rattacher à aucun des groupes classiques de la pathologie. Elle n'en était que plus intéressante à rapporter, parce qu'on recherche trop les types physiologiquement établis qui ne se rencontrent que rarement en clinique.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

### Du psoriasis.

I

Nous avons, dans nos salles, de nombreux exemples de psoriasis, dont quelques-uns représentent des formes rares de cette affection : je profite de cette occasion pour vous entretenir de cette maladie si fréquente.

Le psoriasis, en effet, est, après l'eczéma, la plus commune des maladies de la peau : il est en permanence dans nos services.

Étudions successivement : 1° son mode éruptif; 2° l'éruption; 3° l'histoire de la maladie.

A. *Mode éruptif.* — A sa période tout à fait initiale, le psoriasis consiste en une série de petites papules rouges, surmontées de squames blanches à leur sommet; c'est une petite papule conique rouge, surmontée par une croûtelette blanchie; cette forme est le psoriasis ponctué.

Plus tard, la papule grandit, devient un véritable disque, comparable à une lentille, à une gouttelette répandue sur la peau. Dans une période plus avancée encore, elle s'élargit, s'étale davantage, sous la forme nummulaire, prenant la largeur d'une pièce de dix sous à celle d'un écu.

Ces plaques, dans la suite, se confondent et ne forment plus qu'une plaque étalée, un placard diffus.

A la période d'état, la symptomatologie du psoriasis se résume en quatre points principaux : 1° rougeur morbide; 2° desquamation; 3° épaississement avec élevure; 4° apparition de paillettes micacées par le grattage. Arrêtons-nous à chacun de ces caractères :

1° La *rougeur* morbide est apparente à première vue, sur certains points; on la voit sur les fentes, sur les crevasses, sur les bords des placards : à plus forte raison, lorsqu'on soulève les plaques épidermiques. Cette rougeur est différente de la rougeur inflammatoire pure : elle a une coloration brun foncé, jambon cru, se rapprochant plus ou moins de celle des syphilides, au point qu'en certains cas difficiles, ces deux affections ont pu être confondues.

2° La *desquamation* est le caractère par excellence du psoriasis. A la surface des plaques, on trouve une desquamation plus ou moins abondante, constituée par des lamelles épidermiques détachées ou en voie de détachement. Il est important de bien la caractériser : on distinguera cette desquamation de toutes les autres par les signes suivants :

*a.* C'est une desquamation lamelleuse, qui n'est pas amorphe comme celle du pityriasis; elle se fait par lamelles aplaties de plusieurs millimètres de longueur, par écailles épidermiques.

*b.* Elle est blanche, toujours blanche : elle peut varier de reflet, tantôt blanc argenté, nacré; tantôt blanc plus terne et plus mat; parfois blanc opaque, comme une tache de bougie sur la peau; parfois coloration du plâtre.

*c.* Cette desquamation est adhérente, moulée sur les plaques du psoriasis; elle y adhère fortement; on ne peut l'enlever qu'en l'égratignant, qu'en faisant saigner même la surface sous-jacente.

*d.* Elle est abondante; par son épaisseur, elle constitue une véritable carapace squameuse mesurant 3, 4, 5 millimètres d'épaisseur.

3° L'*épaississement avec élevure* des portions affectées est

remarquable ; la peau est infiltrée ; on peut difficilement la saisir entre les doigts ; il y a une légère élevure.

4° L'*aspect micacé par le grattage* est un excellent signe de diagnostic : on promène l'ongle sur la plaque, on gratte un peu ; à ce point on voit immédiatement apparaître sous l'ongle une traînée blanche, d'un blanc nacré, produite par le soulèvement d'une multitude de paillettes squameuses de l'épiderme. Ce caractère est constant, et presque absolument caractéristique. Sans doute on l'observe dans d'autres maladies cutanées, telles que l'eczéma, le lichen, les syphilides, mais jamais à un degré égal.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Jusqu'à ces dernières années, on avait dit que le psoriasis est une hyperémie de la peau. Neumann étudia mieux cette lésion, en pratiquant des excisions de plaques psoriasiques sur le vivant. Il a établi : 1° que le siège du psoriasis est dans les papilles et la portion la plus superficielle du derme ; 2° que la lésion consiste en un néoplasme cellulaire développé dans la papille et dans le corps papillaire. Au microscope on voit la papille hypertrophiée et envahie par des productions celluleuses qui la font augmenter de douze ou quinze fois son volume normal, ce qui explique facilement le soulèvement et l'épaississement des plaques.

B. *Éruption.* — 1° *Siège. a.* Le psoriasis est presque invariablement une affection cutanée ; il n'envahit les muqueuses que très-exceptionnellement. Ce qu'on a appelé *psoriasis buccal* n'est pas du tout du psoriasis : il ne se rencontre jamais chez les malades atteints de psoriasis de la peau. *b.* Le psoriasis est susceptible d'affecter toutes les parties du corps, même les ongles. *c.* Mais il s'observe avec une inégale fréquence sur les diverses parties du corps. Ainsi le psoriasis est très-commun en certains points : il a une prédilection très-marquée pour les coudes et les genoux. Il est très-rare en certaines autres régions. S'il existe ailleurs qu'aux coudes et aux genoux on le retrouve aussi à ces points ; et, s'il n'existe qu'en un point de la surface du corps, on peut être sûr que c'est aux coudes ou aux genoux. On l'observe rarement à la face, à la paume des mains et à la plante des pieds. Il a une prédilection notable pour les surfaces d'extension : main, coude, tronc, dos, genoux. *d.* Bien qu'il soit parfois limité, il a souvent une tendance à se disséminer, et à s'éparpiller sur divers points du corps.

2° *Degré de confluence.* — *a.* Tantôt discret, *b.* tantôt de confluence moyenne, c'est le cas le plus fréquent, *c.* tantôt de confluence affectant plusieurs régions à la fois, et y multipliant ses placards, *d.* parfois le psoriasis est quasi généralisé. Le psoriasis tout à fait général n'existe pas : toujours il respecte quelques îlots de la peau.

3° *Configuration éruptive.* Le psoriasis est diffus le plus communément ; ses placards éruptifs sont plus ou moins abondants, plus ou moins développés, sans ordre. En deux cas seulement, il affecte une configuration méthodique ; le psoriasis gyrata, et le psoriasis circinata. La forme *gyrata* apparaît en bandes sinueuses, contournées, décrivant des flexuosités. La forme *circinata* est susceptible de prendre plusieurs variétés d'aspect : tantôt annulaire, représentant un anneau complet de psoriasis, circonscrivant un cercle de surface saine ; tantôt semi-annulaire, représentant des segments de circonférence, des arcades juxtaposées, etc.

3° *Phénomènes cliniques connexes.* — Ils sont ordinairement nuls : l'éruption seule constitue toute la maladie le plus souvent. Pas de fièvre. Les individus atteints du psoriasis le plus étendu continuent à vivre comme s'ils étaient absolument indemnes, avec le degré de santé dont ils jouiraient s'ils n'avaient pas de psoriasis.

Pas de prurit, pas de démangeaisons. Le psoriasis ne s'accompagne de prurit que : 1° quand il naît ; 2° quand il progresse ; 3° quand il est excité par quelque circonstance extérieure, ou bien par des abus alcooliques.

Mais ce prurit n'est en rien comparable à celui du lichen, de l'eczéma, etc.

4° *Évolution.* — Première période : *période de constitution.* Généralement courte et rapide : en douze ou quinze jours. le psoriasis d'abord ponctué, *guttata*, se transforme successivement en diverses formes jusqu'au degré le plus diffus. — Deuxième période : *période d'état.* Une fois développé, le psoriasis entre dans une phase d'accalmie absolue ; il demeure absolument stationnaire, sans tendance, ni à s'accroître, ni à diminuer. Il peut rester ainsi pendant des années. C'est, en effet, ce qui nous est révélé : 1° par les malades insouciants des campagnes qui n'ont ni le désir, ni le temps, ni le moyen de se soigner de cette affection ; 2° par les malades plus intelligents, qui ne traitent pas leur psoriasis par une fausse crainte de ce qu'ils appellent « faire rentrer » leur maladie, et qui, le respectant comme un exutoire bienfaisant, le conservent pendant deux, quatre, dix ans, comme j'en ai vu des exemples. — Troisième période : *période de déclin.* Sous son impulsion propre, ou par l'effet du traitement, il vient un moment où le psoriasis entre en régression.

Les productions squameuses deviennent moins abondantes ; les squasmes se détachent ; les plaques éruptives s'affaissent, perdent leur coloration normale, enfin la teinte rosée disparaît ; c'est fait du psoriasis. Et alors, fait remarquable, la disparition est intégrale, absolue, ne laissant aucune trace, aucune cicatrice, le psoriasis eût-il acquis le maximum de sa chronicité et de son intensité.

C. *Pathogénie du psoriasis.* — Le psoriasis se compose d'une série de crises éruptives : une crise psoriasique n'est qu'un élément, qu'une partie d'un tout. En effet, il est presque inouï qu'on ait observé un psoriasis n'ayant qu'une seule éruption. Hébra n'en a vu qu'un seul cas. La loi est qu'une éruption psoriasique est suivie d'autres, successivement. « Les récidives ne sont pas éventuelles ni accidentelles ; elles sont fatales. » Les psoriasiques que nous voyons dans nos salles connaissent tous les services, tous les médecins de l'hôpital Saint-Louis : l'un d'entre eux y a été soigné par Brett (vers 1820 ou 1825), c'est dire que son psoriasis remonte loin, et qu'il a récidivé.

Les récidives du psoriasis n'ont rien de régulier : il est des malades chez lesquels les poussées se font à courtes échéances, à quelques mois ou un an d'intervalle. Chez d'autres, c'est après deux ans, dix ans même de silence, que l'éruption reparaît. Ces différentes crises diffèrent entre elles par quelques caractères : les premières ont, en général, pour caractéristique : 1° de consister en éruptions circonscrites ; 2° d'affecter spécialement les genoux et les coudes ; 3° d'être discrètes ; 4° de revêtir la forme *guttata*, ou de former de petits placards psoriasiques ; 5° de se dissiper rapidement.

Les crises suivantes sont : 1° plus étendues ; 2° dissémi-

nées; 3° plus intenses, forment des placards; 4° sont plus tenaces et plus persistantes.

A une période plus avancée encore, c'est la variété de psoriasis *inveterata*. C'est purement le type psoriasique, mais vieilli et exagéré dans ses formes : tout y est exagéré ; épaississement de la peau, qui ne se laisse plus plisser; desquamations épaisses et abondantes, qui font ressembler les membres à de vieux arbres couverts de lichens, avec des crevasses, des fendillements étendus, des rhagades.

Comment se termine le psoriasis? Dans les cas heureux, il reste ce qu'il est, une affection purement locale, limitée à son rôle de dermatose, respectant toujours la santé; le malade continue à vivre avec son psoriasis, et ne meurt que par une autre affection étrangère à celle-ci. Dans les cas graves, le psoriasis devient une maladie générale, et c'est la cause qui termine la vie, en ce sens que la même cause interne qui a produit le psoriasis donne lieu à d'autres manifestations morbides qui deviennent mortelles : gastralgies, dyspepsies, diarrhées, asthénie digestive et nutritive, dépérissement, décoloration des téguments, émaciation, diarrhées rebelles, cachexie dartreuse, mort.

Ces phénomènes ne se produisent qu'à longue échéance : Bazin a pu dire que le psoriasis est, de toutes les dartres, la plus tolérable, la plus bénigne, la plus compatible avec la longévité.

Étiologie. — 1° Le psoriasis n'est pas contagieux, comme le croient à tort les gens du monde. C'est une maladie toute personnelle. Ce fait est certain, mais, si nous cherchons des causes au delà, l'obscurité commence : nous n'avons que des notions fort restreintes sur l'étiologie du psoriasis, qui est une des dermatoses les plus connues à ce point de vue. En effet, quand on analyse les faits cliniques, on est stupéfait de rencontrer le psoriasis dans des conditions très-différentes. Il atteint les malades de tous les climats, de toutes les races humaines, sans distinction de sexe, ni de tempérament, ni de constitution. Il apparaît souvent chez des individus forts, replets, pléthoriques. Exagérant cette relation, on a dit, *à tort*, que le psoriasis est la dartre des gens bien portants et sanguins, comme le lichen serait celle des individus nerveux, et l'eczéma celle des lymphatiques. Souvent aussi, on voit le psoriasis chez des sujets de santé moyenne, souvent chez ceux qui sont de constitution faible et délicate.

C'est une maladie de toutes les classes sociales, se développant également chez le riche et le pauvre, c'est-à-dire dans des conditions opposées d'aisance et d'hygiène. On a dit qu'il atteint les gens qui vivent trop bien, qui ont une table chargée, qui « boivent sec et beaucoup ».

Mais on le voit aussi bien affecter des sujets sobres, qui ne vivent que de privations, qui ne boivent que peu de vin, ou rien que de l'eau. Cette diversité des conditions dans lesquelles se développe le psoriasis a découragé tous ceux qui l'ont étudié. Hébra lui-même dit que l'on n'en sait encore absolument rien : « Je n'ai pu, dit-il, déduire la plus petite notion positive sur l'étiologie du psoriasis. »

Cette assertion est un peu exagérée. Sans doute, nous en savons peu de chose : il est certain que le psoriasis relève d'une cause interne, d'une disposition constitutionnelle, qui nous est attestée par le caractère général de la maladie, par son évolution, par les récidives, par ses complications viscérales, par la transmission héréditaire, assez fréquente, mais pas aussi commune qu'on l'a dit autrefois. Toutes ces conditions nous montrent que la disposition constitutionnelle, cause du psoriasis, existe réellement. Mais elle est indémontrable, insaisissable autrement que par ses effets. Nous en ignorons la nature, nous l'appelons « dartre » sans connaître son essence.

Bazin avait pensé que la dartre n'est pas la seule cause du psoriasis dont il a décrit une espèce « arthritique. »

Cette disposition interne est susceptible d'être mise en action par des causes banales, les plus vulgaires, qui seraient absolument insuffisantes à donner du psoriasis, si le terrain n'y était préparé : elles le produisent alors qu'il n'est pas né ; elles le rappellent ou stimulent chez les sujets qui en ont déjà été atteints. Plaçons en première ligne, parmi ces causes, les excès de table, les abus alcooliques, les veilles, les traumatismes, les émotions morales, les frayeurs, etc.

Cette influence de l'alcool est, en effet, incontestable : nous voyons tous les jours un malade qui était sorti « blanchi » de son psoriasis, qui nous revient après quelques excès alcooliques. L'influence des traumatismes a été démontrée par Bazin. Balmanno a observé une jeune fille atteinte de psoriasis sur le coude gauche ; elle tombe sur le coude droit, et aussitôt une plaque psoriasique apparaît sur le côté droit. Un malade atteint d'affection bronchique, étant traité par un sinapisme appliqué sur la poitrine, le sinapisme glisse sur le ventre, où aussitôt après apparut un psoriasis exactement limité aux points touchés par le sinapisme. Bazin a vu le psoriasis se développer, pour la première fois, sur une région où l'on avait posé des ventouses scarifiées.

De même, les causes morales, les émotions suffisent pour provoquer une éruption : sans doute, on a abusé de cette étiologie, et il ne faut l'accepter qu'avec réserve, mais elle existe. Hardy a vu chez un malade un cas de psoriasis survenant subitement pour la première fois à l'âge de quarante-sept ans, à la suite de la frayeur causée par une chute dans l'eau. J'en ai observé moi-même trois cas authentiques : 1° chez une femme qui était tombée dans un puits, le psoriasis apparut quelques jours après ; 2° après une colère furieuse ; 3° chez une femme qui vit écraser un enfant par un omnibus.

Dans nos salles, actuellement, nous avons une jeune femme qui ne présente pas d'autre cause occasionnelle de son psoriasis que la frayeur qu'elle eut pendant la commune de 1871, sa maison étant comprise entre deux barricades. Quelques jours après elle vint à Saint-Louis, avec un psoriasis qui a récidivé depuis cette époque.

Assurément toutes ces causes ne représentent qu'une infime minorité dans l'étiologie du psoriasis ; mais nous devons les mentionner : quoique secondaires, elles sont certainement des prétextes à la décharge que produit la disposition interne constitutionnelle, dont elles ne démontrent que mieux l'existence, sans toutefois nous éclairer sur sa nature intime.

## NÉCROLOGIE

L'Académie de médecine vient de faire une nouvelle perte dans la personne de l'un de ses anciens présidents, M. Devergie, agrégé libre de la Faculté, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, ancien président de la Société de médecine légale de France.

Les obsèques de cet éminent confrère ont eu lieu samedi 4 cou-

rant. Des discours ont été prononcés au nom de l'Académie de médecine, au nom de la Société médicale des hôpitaux et au nom de la Société de medecine légale de France par son président, M. Devilliers, qui a pris la parole en ces termes :

« MESSIEURS,

« C'est comme président de la Société de médecine légale et en son nom que je viens adresser un dernier adieu au médecin légiste éminent qui descend aujourd'hui dans la tombe. M. Devergie, vous le savez, avait été, en 1868, l'un des premiers fondateurs de cette Société de médecine légale qui, depuis onze années, a donné des preuves éclatantes et nombreuses de son utilité, aussi bien par les services qu'elle a rendus directement aux médecins et aux tribunaux que par les travaux qu'elle a publiés.

« M. Devergie, qui avait employé tout son zèle à établir les premières bases de sa constitution, avait su s'attirer le respect et l'affection de ses membres, composés en partie de médecins et de chimistes, en partie de magistrats et de membres du barreau. Aussi avait-il été appelé par deux fois à l'honneur de la présider, de même qu'à l'époque de l'Exposition universelle de 1878 il avait été acclamé président d'honneur du congrès de médecine légale qui tint ses séances au palais des Tuileries. Les travaux considérables de M. Devergie en médecine légale, ses cours jadis si fréquentés, lui avaient créé une notoriété incontestée et qui a contribué pour une grande part à la renommée que s'est acquise la Société de médecine légale auprès des tribunaux français qui réclament aujourd'hui ses avis dans les questions médicales litigieuses.

« Ce n'est pas ici le lieu d'exposer les travaux de M. Devergie relatifs à l'hygiène et à la médecine légale; je ne puis que rappeler ici sa très-efficace et fructueuse intervention dans une foule de questions d'utilité publique.

« Esprit calme, positif, doué d'un coup d'œil juste, tirant des faits et des opinions les déductions essentielles, exposant ses propres opinions d'une manière précise et lucide, soit dans les discours, soit dans la discussion où il conservait toujours une forme correcte et mesurée, tel était l'ensemble des qualités de M. Devergie.

« L'autorité que lui avait acquise sa longue expérience lui permettait d'exercer une influence sérieuse sur ceux avec lesquels il se trouvait en relations. Combien d'entre nous n'ont-ils pas eu à se louer des conseils dont il les a aidés! Combien de fois n'a-t-il pas eu à intervenir d'une manière utile dans nos délibérations! La médecine légale et les magistrats ont pu depuis longtemps apprécier quels services M. Devergie leur a rendus et quels fruits ont portés ses travaux.

« Dois-je ajouter que, dans ses fonctions de médecin légiste comme dans sa vie privée, M. Devergie a su toujours conserver cette dignité et cette autorité que nous lui avons tous connues et qui l'ont entouré du respect de tous? Jusqu'au moment suprême il a voulu garder cette dignité humaine qui l'avait guidé pendant tout le cours de sa vie, et il s'est éteint en rendant hommage à Dieu.

« La Société de médecine légale de France, qui doit à M. Devergie une bonne partie de son existence et de sa valeur, ne peut que s'associer aux douloureux regrets de sa famille et du corps médical en lui adressant ses derniers adieux. »

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Anatomie descriptive et dissection,** contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 3e édition, revue et augmentée, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12, avec 1,227 figures intercalées dans le texte.— Prix : 30 francs.— Paris, Ve Delahaye et Ce.

**Pathologie et clinique chirurgicales,** contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, Ve Delahaye et Ce.

**Manuel d'anatomie.** 2e édition du résumé d'anatomie, livre destiné aux examens et aux concours, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-18, avec 151 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Ve Delahaye et Ce.

**De la phthisie fibreuse chronique, ses rapports avec l'emphysème pulmonaire et la dilatation du cœur droit,** par le docteur L. BARD, interne des hôpitaux de Lyon. Gr. in-8° de 140 pages avec trois planches. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

**Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie (agenda-annuaire),** par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**De la méthode d'Eismarch et en particulier de l'hémorrhagie capillaire consécutive,** par le docteur de LAGORCE. In-8° de 48 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8739.

N° 117. — JEUDI 9 OCTOBRE 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 9 OCTOBRE 1879. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après la lecture du procès-verbal et la communication d'une très-courte correspondance ne contenant que des pièces officielles sans intérêt scientifique, M. le Président qui, dans la séance précédente, avait donné à ses collègues des nouvelles très-alarmantes sur l'état de santé de M. Devergie, a annoncé officiellement la mort de ce regrettable académicien qui comptait parmi les vétérans de la savante compagnie, et il a rendu compte de la part qu'a prise l'Académie à ses obsèques. Puis, sur l'invitation du Président, M. G. Lagneau a donné lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de son collègue.

Dans le discours de M. Devilliers, que nous avons reproduit dans le numéro de mardi dernier, M. Devergie a été loué surtout comme médecin légiste. M. Lagneau, parlant au nom de l'Académie de médecine, l'a envisagé sous ses divers aspects et a rappelé tous ses titres à la haute considération qu'il avait su mériter par sa laborieuse et active carrière, aussi bien en pathologie et particulièrement en dermatologie qu'en médecine légale et en hygiène, comme agrégé à la Faculté, comme médecin des hôpitaux et comme académicien.

Pour rendre hommage à la mémoire de l'un de ses anciens présidents, l'Académie a levé la séance immédiatement après cette lecture.

Dr Brochin.

## HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

### Hernie ombilicale; mort. — Hernie inguinale congénitale méconnue; mort.

Nous venons d'observer, le même jour, deux cas de hernie très-intéressants.

Le premier concerne une femme, âgée d'une quarantaine d'années, atteinte d'une hernie ombilicale. Cette hernie, du volume des deux poings, était ancienne, en partie réductible et en partie irréductible, sonore à la percussion, presque indolente. En la saisissant doucement entre les deux mains, pour la réduire par une pression méthodique, on diminuait son volume de moitié, et l'on entendait nettement le passage des gaz dans la cavité abdominale. Il n'y avait donc pas étranglement herniaire ; par conséquent, il n'y avait pas lieu d'intervenir avec le bistouri.

Lorsque nous avons examiné cette femme, et que nous avons pris cette détermination de non-intervention, j'étais aussi retenu par une autre hypothèse : je soupçonnais que le rétrécissement intestinal pouvait être produit par quelque tumeur de mauvaise nature, siégeant au niveau de la hernie, et diminuant les dimensions de l'orifice ombilical et de l'anse intestinale elle-même.

Cette femme étant arrivée à l'hôpital dans un état désespéré, nous ne pouvions guère espérer aucune amélioration par quelque traitement qu'on aurait employé ; elle succomba quelques heures après.

En ouvrant la cavité abdominale, nous avons constaté tous les signes d'une péritonite suraiguë intense : près de l'ombilic, nous avons trouvé un épanchement stercoral provenant de la perforation de l'anse intestinale comprise dans la hernie.

Le sac de la hernie ombilicale était enflammé ; une partie de l'intestin était rentrée dans le ventre, les deux tiers environ de la tumeur totale ; le reste était adhérent au sac par des brides fibreuses : une bride épiploïque assez dure était disposée transversalement, de façon qu'elle ait pu gêner la réduction totale des anses intestinales, mais il n'y avait pas d'étranglement de la hernie proprement dit. Il n'y avait qu'une péritonite herniaire. La mort est survenue parce qu'une anse intestinale, ramollie préalablement dans le sac herniaire, est rentrée dans la cavité abdominale, où elle s'est perforée; d'où écoulement des matières fécales dans le péritoine, et péritonite suraiguë.

Le point important de cette observation, c'est qu'il n'y avait pas d'étranglement de la hernie ombilicale : il n'y avait donc absolument pas indication de se décider à ouvrir le sac ; cependant il y avait péritonite herniaire, et cela a suffi pour amener le ramollissement et le sphacèle de l'anse intestinale qui s'est perforée, quoiqu'il n'y ait pas de point étranglé. Nous pouvons donc, à ce sujet, nous demander ce qu'il aurait été utile de faire en pareille circonstance, pour tenter de sauver cette malade. On aurait pu fendre la peau qui recouvrait la hernie ombilicale, puis, découvrant un intestin sphacélé, pratiquer un anus contre

nature. Cette idée nous vient bien à l'esprit, actuellement que l'autopsie est faite, mais, je le répète, il n'est jamais permis d'aller ouvrir un sac herniaire, et d'y porter le bistouri, alors qu'il n'y a pas d'étranglement.

Cette manœuvre ne serait permise que lorsqu'on observe les signes de phlegmon stercoral ; on est alors autorisé à pratiquer l'incision.

L'expérience, d'ailleurs, nous a appris que, lorsqu'on ouvre les grosses hernies ombilicales, on perd la totalité des malades presque infailliblement ; tandis que, par l'abstention, on peut attendre quelques guérisons.

Lors même que je n'aurais pas été arrêté encore par la crainte de trouver, sous cette hernie ombilicale, quelque tumeur carcinomateuse, je n'aurais guère osé espérer le succès de l'intervention avec le bistouri. Quand même le plus heureux hasard m'aurait fait trouver, avec la main, cette bride épiploïque qui gênait la réduction totale, le seul fait de la rompre et la manœuvre de la main en pleine cavité péritonéale étaient des causes inévitables de terminaison funeste.

C'est là un de ces cas où le malade est destiné fatalement à mourir, qu'on intervienne ou que l'on s'abstienne ; il n'y a rien à y faire.

Ce n'est pas à dire que je sois opposé aux opérations faites *in extremis ;* je n'hésite pas, dès que je conserve le moindre espoir de sauver le malade, ou que l'indication est formelle, quelles que soient les circonstances : la meilleure preuve que je ne suis pas abstentionniste à outrance, je vous la donne dans l'histoire de notre second malade.

Il s'agit d'un garçon de vingt ans, habituellement très-bien portant, sauf une petite difformité congénitale, à laquelle il attachait peu d'importance : le testicule gauche était arrêté dans le canal inguinal, et le testicule droit était mobile, montant et descendant dans les bourses du côté droit, jusqu'au canal inguinal. Il y a cinq jours, il ressentit une sensation pénible de ce côté droit, quelques troubles peu intenses, et il entra dans le service d'un de nos collègues, où l'on attribua ces accidents douloureux à une orchite. Rien ne faisait songer à une hernie.

Cependant, avant-hier, les troubles intestinaux se montrèrent : constipation et vomissements. Hier matin, je fus appelé auprès de ce jeune malade, et je constatai immédiatement qu'il était porteur d'une hernie étranglée : les bourses, du côté droit, étaient gonflées légèrement jusqu'aux limites supérieures du canal inguinal, formant une tumeur allongée, cylindrique.

On distinguait mal le testicule droit, logé à la partie postérieure de cette tumeur : le reste de la tumeur était constitué par l'épiploon et l'intestin. J'avais bien présents à la mémoire certains cas où des affections variées peuvent simuler une hernie, telles que l'orchite, la funiculite, des affections de la tunique vaginale, etc.; mais, ayant affaire à un garçon porteur d'une anomalie dans la situation des testicules, je songeai à une hernie congénitale. D'ailleurs, dans ces cas d'affections simulant une hernie, la conduite à tenir est la même : on incise la peau, et, suivant les cas, on fait le diagnostic à mesure qu'on dissèque les couches, et on agit en conséquence.

Mais, lorsqu'on voit un homme présentant des anomalies de ce genre, des testicules mobiles, il faut craindre immédiatement la hernie congénitale, cette hernie dans laquelle les anses intestinales se placent non dans un sac artificiel, mais dans une cavité naturelle. Je les appellerais plutôt des hernies dues à une disposition qui date de l'époque de la naissance, car ces sortes de hernie peuvent très-souvent n'apparaître que longtemps après la naissance, quoique la disposition anatomique qui favorise leur production soit congénitale. Cette disposition est, d'ailleurs, tellement variable qu'on a pu décrire plus de vingt variétés de coïncidences différentes de tumeurs herniaires avec les anomalies de développement du testicule.

La communication entre la cavité péritonéale et la cavité de la tunique vaginale se fait rarement par une ouverture large et cylindrique, mais beaucoup plus souvent par un goulot rétréci ; l'ouverture existe donc sans que l'intestin s'y engage. Soudain, à la suite d'un effort, d'un mouvement brusque, l'intestin distend brusquement cet orifice, s'y projette, et ne peut plus rentrer dans la cavité abdominale. C'est alors que l'étranglement survenu brusquement est rapidement très-grave. Chez un individu qui n'avait pas de hernie la veille, on trouve le lendemain une hernie étranglée et des accidents très-inquiétants. C'est ordinairement par un bord tranchant que cet orifice de communication est constitué, et c'est sur ce bord tranchant que se fait l'étranglement. Je pensais donc avoir affaire à un cas de cette nature.

Ce pauvre malade était dans un état désespéré, la face livide, les mains glacées et cyanosées, le ventre fortement ballonné ; les vomissements étaient incessants ; la prostration considérable.

Il présentait aussi un certain degré de congestion pulmonaire, que nous avions aussi observée chez notre première malade ; c'est là un fait intéressant que j'ai maintes fois observé, et que je ne m'explique guère ; c'est la relation entre la congestion pulmonaire et les accidents graves de la cavité abdominale, amenant l'algidité, etc.

Je considérais donc ce malade comme devant mourir très-prochainement ; cependant je n'hésitai pas à tenter un effort suprême, je décidai l'opération. D'abord, je me demandais s'il y avait lieu d'employer le chloroforme ; mais l'algidité n'était pas encore très-avancée, la température fut prise, elle était de 38°, je fis administrer le chloroforme. Le pouls était nul à la radiale : la respiration se faisait encore assez bien. L'anesthésie fut promptement obtenue. Nous avons dû alors employer dans toute sa rigueur la méthode antiseptique, et laver très-soigneusement toute la région, que nous avons ainsi débarrassée des caillots de sang produits par les piqûres des sangsues appliquées lorsqu'on pensait à une orchite.

L'incision des tissus fut faite couche par couche ; il n'y avait pas de sac herniaire ancien, le malade n'ayant jamais porté de bandage : j'arrivai de suite sur l'intestin. Après avoir découvert l'intestin, ma surprise fut grande quand je trouvai une masse grisâtre filamenteuse, exhalant une odeur infecte, et constituée par une portion notable d'épiploon gangrené ; le sac renfermait en outre une anse d'intestin, du volume d'une pomme d'api, rénitente, gonflée, remplie de gaz ; sa surface présentait une coloration grisâtre, qui dénotait une gangrène manifeste.

En débridant un peu l'ouverture faite à la hernie, je portai le doigt à la partie postérieure de la tumeur, et je ramenai le testicule qui était à nu ; c'était une preuve incontestable que nous avions affaire à une hernie congénitale.

Ayant introduit le doigt entre l'intestin et l'anneau constricteur, je pus m'assurer que le rétrécissement annulaire avait un bord mince et tranchant très-résistant, car j'ai tenté vai-

nement de la déchirer avec le doigt; c'était donc là la cause de l'étranglement. Toutefois l'intestin n'y était pas très-serré, le doigt pouvant passer librement entre l'anse intestinale et ce rebord tranchant. Avant de faire cette exploration, et pour éviter toute cause d'infection, j'avais réséqué les portions épiploïques gangrenées, et lavé avec le plus grand soin le sac avec une solution antiseptique forte, car je suis convaincu que la kélotomie est une des opérations qui ont le plus à bénéficier de la méthode antiseptique; récemment les résultats obtenus par M. Panas en ont donné une preuve éclatante. La désinfection terminée, il faut réduire l'anse intestinale; mais ici ce n'était pas le lieu : l'anse était gangrenée, et il fallait agir comme dans les cas d'abcès stercoral. L'obstacle siégeait sur le milieu du canal inguinal; cependant je n'ai pas débridé cet obstacle; on pourrait s'en étonner, mais ici les parties contenues dans l'intérieur du sac étaient en si mauvais état que je ne me souciais que médiocrement de faire communiquer la plaie extra-abdominale avec la séreuse péritonéale. J'ai donc ouvert largement l'intestin, après l'avoir fixé aux bords des téguments voisins; puis, ayant introduit le doigt dans la cavité même de l'intestin, j'ai pu pénétrer dans le ventre par cette cavité, qui n'était pas très-étroite. J'ai ensuite appliqué une grosse sonde en caoutchouc rouge dans l'ouverture de l'intestin pour assurer la libre communication avec l'extérieur. Toutefois, malgré cette précaution, vous avez pu remarquer un fait qui se produit toujours, c'est que le ballonnement du ventre ne diminue guère pour cela et qu'il ne s'écoule par ce conduit que quelques petites quantités de gaz et de matières fécales; ce qui tend à prouver que le tube intestinal se cloisonne en divers points par la contracture des fibres circulaires, qui empêche ainsi le libre écoulement de ces produits.

Telle fut l'opération pratiquée; nous n'en espérions aucun bon résultat, et, en effet, le malade succomba dans la soirée, à huit heures.

Reste à nous expliquer un fait curieux : c'est la gangrène de l'épiploon, et celle du sac, après cinq jours seulement du commencement des accidents. Je n'ai jamais observé cette particularité. D'autre part, il est intéressant de remarquer que la gangrène de l'intestin n'occupe pas toujours le siège précis de l'étranglement: l'intestin peut se sphacéler soit au-dessus, soit au-dessous, soit au niveau du point où agit l'étranglement. Les gangrènes siégeant le plus loin de l'obstacle sont presque les plus communes; ici c'est à la portion la plus périphérique et la plus excentrique de l'intestin, c'est-à-dire à la plus éloignée de l'anneau constricteur, que s'est faite la gangrène. Notons cependant qu'il n'avait été fait aucune tentative de réduction, aucune manœuvre de taxis. C'est par un phénomène analogue à celui qu'on observe, par exemple, lorsqu'on applique un lien sur le membre inférieur; la gangrène peut très-bien ne se produire que sur un orteil, sur une portion du pied, et pas du tout au-dessous du lien.

---

**HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. PARROT.**

**Traitement de l'athrepsie.**

La question capitale dans le traitement de l'athrepsie est celle qui concerne les nourrices. Lorsque le médecin se trouve en présence d'un cas d'athrepsie et que la nourrice a été supprimée à l'enfant pour une cause quelconque, la règle absolue est de rendre la nourrice à l'enfant. Il faut la reprendre surtout dans les cas où le nouveau-né en a été privé seulement depuis quinze jours ou un mois.

Si l'enfant était déjà en traitement mixte, si on lui faisait prendre d'autres aliments en même temps que le lait, il faut les supprimer complètement et ne lui donner que du lait : rien autre chose que le sein. Quelquefois il arrive que la nourrice de l'enfant a du lait d'assez bonne qualité et de quantité suffisante, ne renfermant ni excès de graisse, ni pus, ni sang, et cependant le nourrisson périclite; il a des régurgitations fréquentes, des selles de mauvaise nature; il augmente peu de poids. Dans ces cas, il faut surveiller la nourrice et chercher si elle ne présente pas quelque vice d'alimentation, si elle ne néglige pas quelques soins, etc. On doit supposer alors que la nourrice ne convient pas à l'enfant qui ne la tolère pas. Il ne faut pas hésiter à changer de nourrice une fois, deux fois, trois fois même si cela devient nécessaire. Si l'enfant résiste à trois nourrices successives et au traitement pharmaceutique employé, alors il convient d'en rechercher les causes dans l'organisation interne de l'enfant, et d'attribuer cette intolérance à l'état de ses organes et de ses sécrétions. Il ne faut pas oublier que, dans un grand nombre de cas, la cause est la syphilis.

Donner une bonne nourrice à l'enfant athrepsique est beaucoup; cela ne suffit pas souvent; il faut y ajouter le traitement pharmaceutique.

Distinguons d'abord les cas légers des cas graves.

1° Les cas légers sont ceux que présentent presque tous les enfants nouveau-nés à un moment quelconque de leur première enfance. Après quelques diarrhées, quelques vomissements et quelques coliques, tout disparaît et rentre dans l'ordre normal. Mais, si cet état persiste, il faut le traiter.

En général, il faut être très-sobre de médicaments pour ces jeunes enfants. On fatigue toujours l'estomac, même avec une dose légère.

On prescrira de légers astringents, par exemple :

| | | |
|---|---|---|
| Sirop de grande consoude ou de coing. | 30 | grammes. |
| Eau de chaux . . . . . . . . . . . . . . | 30 | — |
| Sous-nitrate de bismuth. . . . . . . . . | 2 | — |

à prendre en vingt-quatre heures par cuillerées à café, toutes les fois que l'on met l'enfant au sein.

Il convient de donner toujours ces médicaments avant la tetée.

Si l'on a affaire à des enfants plus âgés, on augmente les doses; on donne alors 3 à 4 grammes de sous-nitrate de bismuth dans 120 grammes de véhicule.

Lorsque les enfants ont dépassé l'âge de quatre à cinq mois, on peut y ajouter un peu de diascordium, où l'opium est en très-petite quantité et qui agit comme astringent. On donnera alors :

| | | |
|---|---|---|
| A quatre mois. . . . | 25 centigrammes de diascordium. | |
| A six mois. . . . . . | 40 — | — |
| A un an. . . . . . . | 75 centigrammes à 1 gramme. | |

Dans l'état saburral avec langue blanche, garde-robes chargées de mucus, on prescrira avant le traitement précédent une potion vomitive. Un vomitif est préférable aux purgatifs. On donne 8, 10 grammes de sirop d'ipécacuanha.

A l'âge de trois ou quatre mois, à ces 8 ou 10 grammes d'ipécacuanha on ajoute 1 centigramme de tartre stibié.

Comme purgatifs, pour un enfant âgé d'un mois, on emploie l'huile de ricin à la dose d'une cuillerée à café à peine. A un an, on peut en donner une cuillerée à bouche.

Si l'enfant a des garde-robes vertes, on augmente la quantité d'eau de chaux dans la potion que nous avons formulée plus haut; on donnera, par exemple, un tiers de sirop et deux tiers d'eau de chaux.

Lorsque les accidents durent quelques jours, on enveloppe le ventre de l'enfant avec de la ouate.

2° Les cas graves sont marqués par les mêmes accidents, mais plus intenses et se succédant très-rapidement. Toute la thérapeutique est dominée par la règle suivante : maintenir le froid ou la glace à l'intérieur et la chaleur à l'extérieur.

L'enfant vomit, a des selles vertes, fréquentes; il a le cri éteint, etc.; supposons, en un mot, le degré extrême. Nous continuerons à lui faire prendre le sein de sa nourrice. Mais, s'il n'a pas la force de teter, on lui fera boire du lait d'ânesse glacé (conservé dans un milieu réfrigérant à une température de 2, 3, 6 degrés au-dessous de zéro). On lui en donnera au moins toutes les heures, en très-petite quantité, avec une cuiller ou une timbale, car il n'aurait pas la force de le boire au biberon.

Par ce traitement, les vomissements s'arrêtent presque par enchantement; on assiste à une véritable résurrection de l'enfant.

On y ajoute des toniques, de l'alcool, quel que soit l'âge de l'enfant; à l'âge d'un mois, on lui prescrit :

| | |
|---|---|
| Eau sucrée. . . . . . . . | 200 grammes. |
| Cognac. . . . . . . . . . | 10 à 15 grammes. |

On le lui fait boire glacé comme le lait.

J'y ajoute quelquefois, lorsque l'estomac a perdu ses propriétés digestives :

Élixir de pepsine, une et même parfois deux cuillerées à café.

La base de ce traitement est donc : lait et alcool glacés.

Lorsque l'enfant pourra reprendre le sein, on peut lui continuer encore ce traitement.

A l'extérieur, au contraire, il ne faut pas craindre d'accumuler la chaleur autour du corps de l'enfant, surtout s'il s'agit d'un nouveau-né. On l'enveloppera de linge, de laine bien chaude; on emploiera les boules d'eau chaude, le son et le sable chaud, mais en prenant les plus grandes précautions pour ne pas brûler l'enfant.

Par ce double traitement, des enfants, gravement compromis le matin, sont sauvés le soir.

On continue ces moyens dans la suite en les atténuant progressivement; on les cesse après une semaine environ. On aura recours aussi aux frictions sèches, aux bains très-stimulants; par exemple : pour 25 litres d'eau, on place 100 grammes de moutarde dans un nouet de linge, et on le malaxe dans le bain où on plonge l'enfant pendant trois à quatre minutes, pas plus longtemps.

Je n'aime pas l'emploi des opiacés chez les enfants. Trousseau les détestait; il a vu des accidents déterminés par une goutte de laudanum chez un enfant d'un an. J'ai vu de même une goutte de laudanum (de Sydenham) produire le coma, le refroidissement pendant vingt-quatre heures, chez un enfant du même âge.

A l'âge d'un an et demi ou deux ans, il ne faut donner le laudanum qu'à la dose d'*une goutte* par vingt-quatre heures et *bien divisée*. On doit s'en défier de toutes les façons : qu'on l'administre en lavements, on ne sait ce que l'on donne ; et, si on le fait prendre par la bouche, il est rapidement absorbé.

Quant au traitement des ulcérations de la peau chez les athrepsiques, signalons-le en terminant : si l'enfant présente du muguet, on passe un linge fin plusieurs fois dans la bouche pour enlever le dépôt, puis on y porte un topique ; on peut prescrire le collutoire suivant :

| | |
|---|---|
| Miel rosat. . . . . . . . . | 15 à 20 grammes. |
| Borate de soude . . . . . | 8 grammes. |

Nous obtenons dans cet hospice de bons résultats de la préparation suivante :

| | |
|---|---|
| Miel rosat. . . . . . . . . } | *aā.* 15 grammes. |
| Glycérine. . . . . . . . . } | |
| Chlorate de potasse. . . . . . . | 8 — |

Les ulcérations cutanées se traitent par l'eau alcoolisée ou par l'iodoforme, qui est employé lors même qu'elles ne sont pas de nature syphilitique.

L'érythème se guérit par l'application de corps absorbants, parmi lesquels je signale en première ligne la poudre de lycopode. Si l'on n'avait pas de lycopode, on emploierait l'amidon. Il faut appliquer ces poudres en grande quantité et sans parcimonie sur les régions érythémateuses.

---

## HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Duplay.

### Du pied plat valgus douloureux des adolescents.

Nous venons d'examiner, au n° 16 de la salle Saint-Ferdinand, un jeune homme âgé de dix-huit ans, exerçant la profession de garçon boucher. Il se livre depuis quatre ans à ce métier très-fatigant, et, depuis cette époque, il éprouve des douleurs dans les pieds, du côté droit surtout ; son pied se tourne en dehors. Ce garçon a remarqué qu'il usait sa chaussure en dedans.

Il y a près d'un an, il eut une entorse qui tourna le pied encore plus violemment en dehors ; les douleurs sont assez fortes depuis ; la déviation en dehors a augmenté, et le pied gonfle facilement. Depuis deux mois il a dû quitter son travail.

Les symptômes que présente ce malade sont différents suivant qu'on l'examine à la fin de la journée, quand il s'est fatigué, ou le matin, après une nuit de repos.

Quand il a marché, nous observons deux ordres de symptômes : objectifs et fonctionnels. Les symptômes physiques sont la déviation du pied, l'altération de sa forme ; il est tourné en dehors, en abduction. La voûte plantaire est effacée, le pied devient plat, et le relèvement du bord externe s'accuse de plus en plus. Ce malade a un pied plat valgus. Parmi les troubles fonctionnels, notons d'abord la douleur, qui n'a pas un siège bien net, qui n'existe pas toujours au même point, et que le malade rapporte tantôt à l'articulation tibio-tarsienne, tantôt à la région astragalo-calcanéenne, tantôt à l'avant-pied. Ces douleurs sont spontanées ordinairement, apparaissant quand il marche ou quand il se tient dans la station debout ; elles sont aussi provoquées lorsque l'on presse en un point quelconque de la région.

Quel est le diagnostic de cette affection ? Malgré l'entorse antérieure, les phénomènes actuels ne sont pas le résultat d'une arthrite ; car, avant cet accident, le malade avait déjà le pied tourné en dehors et il présentait les mêmes symptômes, qui ont été seulement aggravés par la production de

l'entorse. L'intermittence des phénomènes prouve encore cette assertion, car, si l'entorse avait amené une inflammation, celle-ci serait persistante. Pour expliquer la nature de ces phénomènes, il y a deux théories en présence : 1° celle de la tarsalgie; 2° celle d'un trouble fonctionnel.

La tarsalgie a été admise en 1865 par M. Gosselin ; suivant lui, ces malades seraient affectés d'une arthrite tarsienne, médio-tarsienne le plus souvent. Il s'agirait d'une arthrite sèche ordinairement; les muscles se contracteraient par action réflexe et feraient le pied plat. Cette doctrine très-simple et très-logique soulève pourtant un certain nombre d'objections : il n'y a pas cliniquement de lésions articulaires appréciables ; on n'en trouve point les signes; il n'y a ni épanchement, ni fongosités, ni craquements, ni frottements. Dans un cas d'autopsie chez une jeune fille morte du choléra, M. Gosselin, dont j'étais alors l'interne, a bien trouvé en effet des lésions très-superficielles du cartilage; mais, dans ce cas, les articulations tarsiennes étaient tellement pressées les unes contre les autres que la lésion pouvait être aussi bien le résultat de ces pressions anomales que leur cause. Une autre observation a été publiée par M. Raynaud, dans la *Gazette des hôpitaux ;* mais elle ne se rapporte pas à un véritable cas de tarsalgie.

L'intermittence des accidents est un symptôme absolument contraire au diagnostic d'arthrite : il ne suffit pas, dans une véritable arthrite, de quelques heures de repos pour faire disparaître tous les phénomènes. La contracture existe toujours dans les affections articulaires; c'est, par exemple, la cause des attitudes vicieuses dans la coxalgie. Mais, quoique chaque articulation ait un certain mode de déviation, elle ne se dévie pas toujours dans le même sens, elle se dévie en deux ou trois directions. Ici, au contraire, c'est toujours la même déformation, la même direction : c'est toujours le valgus, jamais le varus, tandis que, dans les tumeurs blanches du pied, vous verrez indistinctement tantôt l'un, tantôt l'autre.

Cette constance de la déviation rend bien difficile à admettre l'idée d'une lésion articulaire comme point de départ des phénomènes observés.

J'ai déjà vu un grand nombre de malades de ce genre : Si la lésion était vraiment une arthrite, il serait bien étonnant que, sur ce nombre, je n'en aie pas vu quelques-uns continuer l'évolution de cette arthrite et arriver à la tumeur blanche du pied. Or cette affection est toujours bénigne. Je ne crois pas qu'il soit possible d'admettre cette théorie, malgré le regret que j'éprouve à me trouver en contradiction avec notre savant maître M. Gosselin.

En 1872, Duchenne (de Boulogne) a proposé une explication plus clinique en attribuant le point de départ de cette maladie à un trouble survenu dans le fonctionnement des muscles, à l'impotence fonctionnelle du long péronier latéral. Toute la maladie tiendrait à l'impuissance, je ne dis pas à la paralysie, mais simplement à la faiblesse de ce muscle. Vous connaissez son action physiologique ; pendant la station, le poids du corps repose sur le sol par deux points, par le talon postérieur, et par le talon antérieur formé par la saillie du premier métatarsien. Le talon postérieur, le calcanéum, est immuable ; mais le talon antérieur est susceptible de se relever, de s'abaisser, précisément par l'action musculaire du long péronier latéral. C'est la traction, la tonicité ou la contraction de ce muscle qui abaisse le talon antérieur, et qui conserve et maintient la voûte plantaire. Si le talon antérieur n'est pas ainsi fixé, la voûte s'effondre et le pied devient plat.

Dans la marche, ce muscle a encore besoin d'une plus grande énergie, puisque c'est sa contraction qui soutient le poids du corps au moment où, le talon postérieur quittant le sol, le pied se déroule jusqu'à ce que l'autre pied ait oscillé en avant pour fournir un nouveau point d'appui.

L'action prépondérante du long péronier latéral étant ainsi établie, supposez que, pour une cause quelconque, ce muscle perde sa tonicité et soutienne moins fortement le talon antérieur, la voûte du pied s'effondre. Le poids du corps se portera sur la partie externe du pied, sur les trois derniers métatarsiens; le pied devient mécaniquement valgus, son bord externe étant relevé, son bord interne abaissé. Les articulations du tarse seront tiraillées et deviendront douloureuses. Les surfaces articulaires étant pressées violemment en un point, il sera possible qu'en certains cas elles s'useront à ce niveau. Le pied étant ainsi dévié, les douleurs existant, les muscles voisins se contracturent, et ces muscles sont précisément ceux qui se trouvaient relâchés dans ces conditions. Les muscles qui tiendront le pied en valgus se contracturent, le court péronier latéral, le péronier antérieur, l'extenseur commun des orteils, quelquefois le tibial antérieur.

Cette doctrine explique à la fois les symptômes et les conséquences de la maladie. En quoi consiste l'impotence fonctionnelle du muscle? On ne connaît pas réellement son origine ; nous connaissons l'importance de ce muscle, nous pouvons admettre qu'il devient plus faible aussi bien que d'autres muscles en d'autres circonstances, dans les déviations de la taille, de la colonne vertébrale, où l'on constate une faiblesse relative des muscles d'un côté des gouttières vertébrales.

C'est une maladie de l'adolescence ; nous l'appelons « pied plat valgus des adolescents », comme les partisans de la première théorie lui donnent le nom de « tarsalgie des adolescents ». On la rencontre chez les enfants, les jeunes gens qui se fatiguent beaucoup, chez les enfants qu'on appelle de petits diables, et surtout chez les apprentis, les blanchisseuses, les jeunes ouvriers.

Rien n'est plus simple que de constater cette impotence fonctionnelle du long péronier latéral; à l'état normal, il est assez puissant pour repousser le doigt appliqué sur la saillie métatarsienne; si je fais cette expérience chez un adulte, il abaisse la saillie métatarsienne, malgré tous mes efforts. Ici, au contraire, chez ce jeune homme, je puis empêcher facilement toute action de son péronier latéral.

Le degré le plus léger est celui où la fatigue ne survient que par intermittences, et où il suffit d'un peu de repos pour faire disparaître les symptômes. Si ces sujets sont peu fatigués, s'ils sont rapprochés de l'époque de développement complet du pied, vers l'âge de dix-huit ou vingt ans, l'affection est très-simple.

Le deuxième degré de la maladie est celui où la contracture de certains muscles devient permanente. Nous avions récemment dans nos salles un malade qui avait une contracture permanente des extenseurs communs du pied et du péronier latéral. Malgré le séjour au lit, la contracture est restée permanente. C'est un état assez grave, car les retrécissements fibreux peuvent se produire et nécessiter une opération pour empêcher les déviations.

Le traitement varie suivant les périodes : dans la première période, il suffit de recommander le repos pour obte-

nir la guérison. Mais, dans la seconde période de contracture permanente, il faut recourir à des moyens plus énergiques. Or le traitement varie ici précisément suivant qu'on accepte l'une ou l'autre des théories que j'ai exposées précédemment. M. Gosselin, pensant qu'il s'agit d'une arthrite, traite cette maladie comme toutes les autres arthrites; il applique un appareil inamovible, mettant le pied en varus autant que possible. Il le laisse au repos pendant six semaines. Après ce temps, le malade paraît guéri; mais, peu de temps après, il rentre à l'hôpital dès qu'il s'est un peu fatigué. Lorsque la déviation est permanente, je pense cependant que ce premier traitement doit déjà être employé, même par ceux qui admettent la théorie de l'impotence fonctionnelle. Voici donc comment je procède : le malade étant chloroformisé, je remets le pied dans sa situation normale, et j'applique un appareil inamovible. Mais je le laisse en place le moins de temps possible. Toutefois, s'il y a déjà retrécissement fibreux, on n'obtient rien, sans la ténotomie. Cette dernière opération peut cependant être toujours évitée si le malade a été bien soigné dès le début.

Lorsque le pied a repris son attitude normale, j'attaque la cause même de la maladie, la faiblesse musculaire du long péronier latéral, par la faradisation. La faradisation est le traitement par excellence de cette affection ; elle suffit dans les cas légers pour amener la guérison, et, dans les cas graves, elle est un complément nécessaire du traitement.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 octobre 1879. — Présidence de M. Roger.

Après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, M. le Président annonce à l'Académie la perte regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de M. Devergie, membre de la section d'hygiène publique et de médecine légale et l'un de ses anciens présidents.

M. G. Lagneau, sur l'invitation du Président, monte à la tribune et donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie aux obsèques de M. Devergie.

La séance est levée immédiatement après cette lecture.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'agriculture et du commerce,

Vu l'arrêté du chef du Pouvoir exécutif, en date du 10 août 1848, établissant un comité consultatif d'hygiène publique près du ministère de l'agriculture et du commerce;

Vu les décrets, en date des 1er février et 2 décembre 1850, qui apportent à l'arrêté ci-dessus diverses modifications;

Vu les décrets, en date des 23 octobre 1856 et 5 novembre 1869, relatifs à l'organisation du comité consultatif d'hygiène publique;

Vu le décret, en date du 15 février 1879, relatif au mode de nomination des membres du comité,

Décrète :

Article premier. — Le comité consultatif d'hygiène publique, institué près du ministère de l'agriculture et du commerce, est chargé de l'étude et de l'examen de toutes les questions qui lui sont renvoyées par le ministre, spécialement en ce qui concerne :

Les quarantaines et les services qui s'y rattachent;

Les mesures à prendre pour prévenir et combattre les épidémies et pour améliorer les conditions sanitaires des populations manufacturières et agricoles;

La propagation de la vaccine;

L'amélioration des établissements thermaux et le moyen d'en rendre l'usage de plus en plus accessible aux malades pauvres ou peu aisés;

Les titres des candidats aux places de médecins inspecteurs des eaux minérales;

L'institution et l'organisation des conseils et des commissions de salubrité;

La police médicale et pharmaceutique;

La salubrité des ateliers.

Le comité indique au ministre les questions à soumettre à l'Académie de médecine.

Art. 2. — Le comité consultatif d'hygiène publique est composé de vingt membres.

Sont de droit membres du comité :

1° Le directeur des consulats et affaires commerciales au ministère des affaires étrangères;

2° Le président du conseil de santé militaire;

3° L'inspecteur général, président du conseil supérieur de santé de la marine;

4° Le directeur général des douanes;

5° Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique;

6° Le directeur du commerce intérieur au ministère de l'agriculture et du commerce;

7° L'inspecteur général des services sanitaires;

8° L'inspecteur général des écoles vétérinaires;

9° L'architecte inspecteur des services extérieurs du ministère de l'agriculture et du commerce.

Le ministre nomme directement les autres membres, dont huit au moins sont pris parmi les docteurs en médecine.

Art. 3. — Le président, choisi parmi les membres du comité, est nommé pour un an par le ministre.

Art. 4. — Un secrétaire ayant voix consultative est attaché au comité. Il est nommé par le ministre.

Art. 5. — Le ministre peut autoriser à assister, avec voix délibérative ou consultative, d'une manière permanente ou temporaire, aux séances du comité, les fonctionnaires dépendant ou non de son administration et dont les fonctions sont en rapport avec les questions de la compétence du comité.

Art. 6. — Le ministre peut nommer membres honoraires du comité les personnes qui en ont fait partie pendant dix ans au moins.

Les membres honoraires participent aux délibérations du comité lorsqu'ils y sont spécialement convoqués par le ministre.

Art. 7. — Le comité se réunit en séance ordinaire une fois par semaine.

Art. 8. — Les membres du comité présents aux séances ordinaires ont droit, pour chaque séance, à des jetons dont la valeur est fixée par arrêté du ministre.

Le secrétaire du comité ne reçoit pas de jetons de présence : il touche une indemnité annuelle qui est fixée par arrêté du ministre.

Art. 9. — Les membres du comité ne pourront faire partie d'aucun autre conseil ou commission de salubrité ou d'hygiène publique, soit de département, soit d'arrondissement.

Art. 10. — Les décrets susvisés, des 23 octobre 1856 et 5 novembre 1869, sont rapportés.

Art. 11. — Le ministre de l'agriculture et du commerce est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Mont-sur-Vaudrey, le 7 octobre 1879.

— En exécution du décret du 7 octobre portant réorganisation du comité consultatif d'hygiène publique, et par arrêtés du ministre

de l'agriculture et du commerce en date du même jour, ce comité a été constitué de la manière suivante :

*Président :*

M. Wurtz, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris.

*Membres de droit :*

MM. le directeur des consulats et affaires commerciales au ministère des affaires étrangères.
le président du conseil de santé militaire.
l'inspecteur général, président du conseil supérieur de santé de la marine.
le conseiller d'État, directeur général des douanes.
le directeur général de l'administration de l'Assistance publique.
le directeur du commerce intérieur au ministère de l'agriculture et du commerce.
l'inspecteur général des services sanitaires.
l'inspecteur général des écoles vétérinaires.
l'architecte, inspecteur des services extérieurs du ministère de l'agriculture et du commerce.

*Membres nommés :*

MM. Brouardel, médecin des hôpitaux, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
Gavarret, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
Peter, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
Gallard, médecin des hôpitaux de Paris.
Proust, médecin des hôpitaux de Paris.
Liouville, membre de la Chambre des députés, docteur en médecine.
Dubrisay, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux.
Tirman, conseiller d'État.

MM. Germer-Baillière, membre du conseil municipal de Paris.
Chatin, membre de l'Institut, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.

*Secrétaire :*

M. le docteur Vallin, professeur à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.

— Par arrêté du ministre de l'agriculture et du commerce en date du 7 octobre 1879, M. Amédée Latour, docteur en médecine, membre de l'Académie de médecine, a été nommé secrétaire honoraire du comité consultatif d'hygiène publique de France.

— *Liste des candidats admis à l'emploi d'élève du service de santé militaire :*

MÉDECINE. — *Élèves de 3e année (8 inscriptions)* : 1. MM. Debric, Barberet, Despretz, Godin, Carlier, Pélix, Verdan, Tayac, Petit, Charvy.

11. Batut, Jette, de Poul de Lacoste, Gruet, Rivière, Chameroy, Vachez, Fabre, Prunières, Robert.

21. Gleize, Pascaud, Durand, Lepagnez, Bernard, Pailloz, Bordes-Pagès, Piot, Watier, Lafille.

*Élèves de 4e année (12 inscriptions)* : 1. MM. Duvau, Germaix, Léchaudel, Artigalas, Masclanis, Bellouard, Roux, Duval, Weiss, Duboc.

11. Lamerens, Prieur, Benac, Blanc, Ferra, Guégan, Mouly, Vidal, Evesque, Schoull.

21. Goumy, Ducros, Courtois, Hürstel, De Voisins.

PHARMACIE. — *Élèves de 1re année (sans inscriptions)* : 1. MM. Dominique, Vial, Boutineau, Puaux.

*Élèves de 2e année (4 inscriptions)* : 1. MM. Vaudin, Jaudos, Rouvet, Varenne.

*Élèves de 3e année (8 inscriptions)* : 1. MM. Lacomme, Girard, Remy.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8748.

**Sirop du docteur Demesse**, diurétique (Codex n° 380) et sédatif, *à la cissampeline.*

Heureuse modification des formules diurétiques du codex (cissampelos caapeba, associé à la digitale, à la scille, etc.).

Vingt années d'expériences comparatives prouvent la supériorité incontestable de cette préparation dans les *hydropysies*, *œdèmes rebelles*, *pleurésies et bronchites chroniques*, *albuminuries*, et dans tous les cas où les *diurétiques* et les *sédatifs* sont indiqués.

Dépôt général chez M. Legras, pharmacien-préparateur, 222, faub. St-Denis, à Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies. Prix :5 fr. le flacon.

---

**Vin Mariani à la Coca du Pérou**

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

---

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

**Capsules molles de Bourgeaud**

**A LA CRÉOSOTE VRAIE**

et à l'**Huile de Foie de Morue**,

Formules des docteurs Bouchard et Gimbert.

*Les seules employées dans les hôpitaux de Paris.*

BOURGEAUD, pharmacien, fournisseur des hôpitaux, 20, rue de Rambuteau, à Paris.

Ces capsules, à *enveloppe mince et soluble*, d'*odeur agréable*, *à saveur sucrée*, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indications contr^res, 0g,02 de *créosote vraie* du goudron de hêtre et 0g,50 d'huile de f. de morue. Les grosses, 0g,05 de *créosote vraie* et 2 gr. d'h. de f. de m. Sur demande, les mêmes capsules : dosées 0g,10 de créosote.

Dose : 5 à 10 *petites capsules* et 2 à 4 *grosses capsules* matin et soir, ou avant le repas, suivant l'avis du médecin. — LA BOITE : 4 FRANCS.

VIN ET HUILES CRÉOSOTÉS. La B^lle 5 fr.

---

**Névroses. — Sirop Collas** au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

**Diathèse urique. Pilules Collas** au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie Collas, 8, r. Dauphine, Paris.

---

**Fer dialysé Bravais**

*chimiste à Paris*

Le *Fer dialysé* BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le *Fer dialysé* BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris 1875. Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et C^ie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi les *Bonbons de fer dialysé Bravais*, les *Dragées de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais.*

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabr. et la signatu^re ci-cont^re

Raoul Bravais

---

**Elixir ALIMENTAIRE Ducro**

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement.

Gros : 20, place des Vosges. Paris.

---

**Saint-Raphaël, Vin tannique**, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

---

**Baume de Tolu Le Beuf**

(*Émulsion concentrée et titrée, non alcaline.*)

L'émulsion de Tolu Le Beuf est la *seule préparation* qui contienne sans *altération*, ni *modification aucune*, **tous les principes actifs** du Baume de Tolu.

A la dose de 6 à 12 cuillerées à café par 24 heures (2 *cuillerées à café par tasse d'infusion sucrée chaude ou froide*), **la toux** est toujours victorieusement combattue, les sécrétions sont rendues plus faciles, cessent rapidement et les malades sont admirablement soulagés.

PRIX DU FLACON : 2 FR. 50.

Dépôt à Paris, 25, rue Réaumur, et dans les princip. pharmacies de France et de l'étranger.

---

**Bains d'eaux-mères**

*De Salies-de-Béarn* (*Basses-Pyrénées*).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

*Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.*

Paris, Pharmacie centrale et principales ph^ies.

---

NÉVRALGIES — MIGRAINES

**Gelsemium sempervirens**

une à cinq pilules au maximum en 24 heures

**ELIXIR ANTI-NÉVRALGIQUE**

une à cinq cuillerées à café en 24 heures.

**TEINTURE DE GELSEMIUM**

en petits flacons pour MM. les Médecins.

Exiger la signature du D^r Fournier, pharmacien de première classe. Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

---

**Fumouze — Albespeyres**

FOURNISSEUR DES HÔPITAUX MILITAIRES.

Les produits sont préparés sous la surveillance de MM. FUMOUZE,

docteurs en médecine, pharmaciens de 1^re classe.

**Vésicatoire d'Albespeyres.**

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action prompte et régulière. — Exiger sur le côté du vésicatoire la signature d'*Albespeyres.*

**Papier ÉPISPATIQUE d'Albespeyres**

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action sure et régulière. La Préparation la plus commode pour entretenir les vésicatoires avec une extrême propreté.

La boîte porte la signature *Fumouze-Albespeyre.*

**Capsules de Raquin**

AU COPAHU, AU GOUDRON, A LA TÉRÉBENTHINE,

*Approuvées par l'Académie de médecine.*

Les Capsules Raquin à enveloppe de gluten constituent le meilleur moyen d'administrer le *Copahu*, le *Goudron*, la *Térébenthine.* — Elles sont parfaitement tolérées par l'estomac.

Exiger sur l'enveloppe la signature *Raquin.*

**Papier et Cigares** ANTI-ASTHMATIQUES

de B^in BARRAL.

Ils contiennent les mêmes substances que le carton anti-asthmatique du Codex, associées au *Cannabis indica.*

**Pulvérisateur Marinier**

*admis dans tous les hôpitaux.*

Il est facile à nettoyer et s'applique sur tous les flacons; — la pulvérisation peut être graduée, l'obstruction est évitée, les trous n'étant pas capillaires.

**Sirop de dentition du D^r Delabarre**

ex-chirurgien dentiste des hôpitaux de Paris. Employé en friction sur les gencives des enfants, il facilite la sortie des dents et prévient les accidents de la première dentition.

Dépôt à Paris, pharmacie d'ALBESPEYRES, 80, faub. Saint-Denis; vente des pulvérisations chez Fumouze frères, 78, faubourg Saint-Denis.

---

**Épilepsie. Hystérie. Névroses**

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

---

**Thermes de Dax**

(LANDES)

Fondée par les docteurs Delmas et Larauza

Ouverts toute l'année.

*Méd. d'arg. avec dipl., Exp. Univ., Paris* 1878.

Résidence hivernale remarquable par l'uniformité de sa température intérieure (16° C) et son atmosphère minéralisée chaude et moite.

Unique en Europe *pour les malades de la poitrine, de la gorge, les arthritiques et les diabétiques, y séjournant.*

Eaux sulfatées, calciques, ferrugineuses, thermales. Boues végétales, minérales, chaudes. Eaux-mères des Salines de Dax, — appliquées avec succès contre :

Les *rhumatismes* simples, goutteux, noueux et leurs accidents consécutifs curables; *affections utérines, des voies génito-urinaires, névralgies, névroses, paralysies, anémie, lymphatisme, scrofule.*

APPARTEMENTS ET INSTALLATION BALNÉAIRE TRÈS-CONFORTABLES.

---

**Vin de Baudon** antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

*Utile pendant la grossesse et l'allaitement.*

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

---

**Granules antimoniaux du docteur PAPILLAUD.**

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, rue Montmartre.

---

**Vin iodé de Moride** (34, rue Labruyère).

Chaque litre de ce vin contient l'équivalent de 12 grammes teinture d'iode; il est excellent au goût et remplace avec avantage l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue.

---

**Rhumatismes. Guérison par la** Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.

RENAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

**Granules ferro-sulfureux**

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisant au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

*Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique*

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

---

PRIX MONTYON décerné par L'INSTITUT DE FRANCE

**Phénol-Bobœuf**, DÉSINFECTANT,

**antiépidémique, antiputride.**

Le **Phénol-Bobœuf** est un agent *préservatif très-précieux* contre les épidémies. Son emploi est *indispensable* pour l'*assainissement* des hôpitaux et hospices, chambres de malades, casernes, ateliers, usines, navires, et de tous les lieux insalubres où il est nécessaire de détruire des ferments de mauvaise nature. — Le flac. : 1 fr. 50

Dépôt : dans toutes les pharm^ies et drogueries.

N° 118. — SAMEDI 11 OCTOBRE 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 11 OCTOBRE 1879. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Altérations de la moelle dans la paralysie spinale de l'enfance.

A mesure que se multiplient et se perfectionnent les moyens et procédés d'analyse histologique, on voit se restreindre de plus en plus le nombre des maladies nerveuses réputées idiopathiques ou *sine materiâ*. Jusqu'à présent on avait considéré comme telle la maladie connue sous le nom de paralysie spinale de l'enfance ou de paralysie essentielle, ce dernier qualificatif exprimant le fait de l'absence de toute lésion matérielle appréciable du système nerveux. Une communication faite par M. Damaschino, au nom de M. H. Roger et au sien, à la session du Congrès international des sciences médicales, qui a été tenue récemment à Amsterdam, est venue rectifier l'erreur généralement admise, en démontrant que cette affection a son altération caractéristique, consistant en une lésion de la moelle épinière dont l'atrophie des nerfs et des muscles ne serait que la conséquence.

M. Damaschino a exposé devant l'Assemblée des observations avec les préparations histologiques à l'appui, mettant en évidence l'existence de foyers de ramollissement inflammatoire dans les cornes antérieures de la substance grise et dans presque toute la hauteur de la moelle lombaire. Au niveau de la région dorsale il n'a pas été trouvé de foyers distincts, mais des corps granuleux accumulés autour des vaisseaux. L'atrophie des cellules, très-considérable à la région lombaire, se retrouvait également dans les autres parties de la moelle et affectait un rapport constant avec la dimension des foyers et le degré variable des lésions vasculaires. L'atrophie des faisceaux blancs antéro-latéraux était très-nette et il y avait à ce niveau une abondante accumulation de noyaux conjonctifs; atrophie également très-prononcée des racines antérieures.

Les lésions musculaires vues au microscope consistent surtout dans la diminution de volume des faisceaux primitifs. Un grand nombre de muscles sont le siège d'un abondant dépôt de cellules adipeuses.

Afin de mettre les médecins qui auraient l'occasion d'observer des faits de cette nature, à même de contrôler les résultats énoncés par MM. H. Roger et Damaschino, voici la description des procédés mis en usage pour ce genre de recherches, telle qu'elle a été rédigée par M. Damaschino pour le compte rendu du congrès publié par la *Gazette hebdomadaire*, à laquelle nous l'empruntons :

« Il faut étudier d'abord la moelle sur des coupes fraîches, afin de pouvoir dissocier les éléments normaux, reconnaître les particularités propres aux corps granuleux, et de se rendre exactement compte des altérations des vaisseaux et des cellules motrices. Il faut, en outre, faire des coupes fines de la moelle durcie et les examiner après coloration, les unes étant soumises à l'action de la glycérine, les autres à celle du baume du Canada. Ce n'est qu'au moyen de la glycérine que l'on peut voir les corps granuleux sur place et dans l'intérieur des gaînes lymphatiques. L'alcool et l'essence de térébenthine, auxquels on soumet les coupes avant de les placer dans le baume du Canada, ont, au contraire, l'inconvénient de dissoudre les granulations graisseuses des corps granuleux et de ne plus laisser apercevoir que leurs noyaux. On s'expose, par suite, à donner une interprétation fausse, ou du moins incomplète, du processus histologique et à méconnaître la présence des foyers de ramollissement. »

### De l'hémorrhagie capillaire consécutive dans l'application de l'appareil d'Esmarch. Moyen de la combattre.

L'étude des effets locaux consécutifs produits par l'application de la bande d'Esmarch a montré que cet appareil détermine une paralysie vaso-motrice dans toute l'étendue de la région où il a été appliqué. Cette paralysie vaso-motrice n'est pas limitée à la peau, mais occupe toute l'épaisseur du membre. Aussitôt après l'enlèvement du tube de caoutchouc ou de la bande à anneaux, elle se manifeste par deux phénomènes, une congestion de la peau et une hémorrhagie capillaire qui se fait sur toute la surface de la plaie.

Ces phénomènes ont fait l'objet d'une étude particulière de M. le docteur Gustave de Lagorce, ancien interne des hôpitaux, dans sa thèse inaugurale, ayant pour titre : *De la méthode d'Esmarch et en particulier de l'hémorrhagie capillaire consécutive.*

Voici l'exposé des faits principaux que renferme ce travail.

La congestion qui précède l'hémorrhagie occupe rapidement toute l'étendue de la région qui a été soumise à la compression de la bande élastique. La peau à ce niveau devient le siége d'une rougeur si intense, qu'elle semble atteinte d'érysipèle, mais cette coloration ne dépasse pas les limites de la partie qui vient d'être ischémiée. L'expérience a démontré que l'intensité et la durée de cette congestion étaient en raison directe de la force de la compression et du temps que l'appareil était resté appliqué. La rougeur est plus intense et plus persistante au niveau des points comprimés par le lien circulaire.

Cette congestion se produit également dans l'épaisseur des tissus. Sa durée est variable et ne dépasse pas ordinairement dix minutes.

Il survient alors une hémorrhagie en nappe, toute la surface de la plaie est saignante, tous les tissus étant également congestionnés par la dilatation des capillaires. L'abondance de cette hémorrhagie est variable et se trouve en rapport avec la vascularité des tissus. La congestion et l'hémorrhagie, ayant la même origine, diminuent bientôt d'intensité et décroissent en même temps.

L'influence de la compression élastique sur la production de l'hémorrhagie est démontrée de la manière la plus manifeste par le fait suivant qui a été rapporté par M. Dutrait dans une étude intéressante sur ce sujet publiée dans le *Lyon-Médical*. Il s'agit d'un homme qui eut les deux jambes écrasées par un wagon. M. Letiévant jugea à propos de pratiquer l'amputation des deux cuisses et appliqua d'un côté la bande d'Esmarch, tandis que de l'autre côté il se borna à la pression digitale. Le même pansement fut appliqué des deux côtés. Il survint une hémorrhagie considérable du côté où la compression élastique avait été appliquée, tandis que de l'autre côté on ne constata qu'un suintement insignifiant.

Cet accident a déterminé quelques chirurgiens à renoncer à l'ischémie préventive. D'autres ont essayé de combattre ces hémorrhagies par différents moyens : soit en faisant un pansement compressif avant d'enlever le tube élastique; soit en appliquant du perchlorure de fer également avant l'enlèvement du tube; soit, enfin, en exerçant une compression à la surface de la plaie.

Voici le procédé que M. Nicaise a imaginé pour prévenir cet accident, et dont M. de Lagorce a vu quelques heureux résultats. M. Nicaise n'admet l'application du pansement avant l'enlèvement du lien constricteur que pour les plaies de petites dimensions et susceptibles de supporter une certaine compression pendant quelque temps. Avant d'enlever le lien constricteur, il faut faire la ligature de toutes les artères et de toutes les veines visibles; voici comment il faut agir pour prévenir l'hémorrhagie capillaire : toutes les ligatures étant faites, on applique à la surface de la plaie une grosse éponge trempée dans une solution d'acide phénique au 1/50°, et bien exprimée ; la paume de la main appuie sur cette éponge et exerce une certaine compression à la surface de la plaie, sans toutefois appuyer trop fortement. On enlève alors le lien constricteur, la peau se congestionne, mais on maintient la compression à la surface de la plaie jusqu'à ce que la congestion ait disparu. La durée de la compression varie de six à dix minutes. Quand on retire l'éponge, on voit que la surface de la plaie est exsangue; si quelques petites artérioles donnent encore, on les saisit avec les pinces hémostatiques, et on les lie. — Ce dernier temps serait superflu même à la rigueur, les pinces hémostatiques suffisant seules le plus souvent.—Si la plaie est vaste, comme dans une amputation de la cuisse, il est utile d'avoir deux éponges, et, après la disparition de la congestion, on en laisse toujours une en place pendant qu'on pince les artérioles qui peuvent donner sur l'autre moitié de la plaie.

En ajoutant à la méthode d'Esmarch la compression à la surface de la plaie, M. Nicaise a fait deux amputations de jambe à l'hôpital Saint-Louis, et n'a pas perdu la valeur d'une cuillerée à café de sang. Dans une amputation de cuisse à la partie moyenne, il a perdu environ 150 grammes de sang.

M. Nicaise formule comme il suit les différents temps que comprend la méthode d'Esmarch combinée avec la compression de la surface de la plaie :

1° Application de la bande élastique; application de la bande à anneaux, puis enlèvement de la première bande élastique;

2° Opération et ligature des artères et des veines;

3° Compression de la surface de la plaie avec une éponge, suivie immédiatement de l'enlèvement de la bande à anneaux.

La compression est maintenue tant que la peau de la partie ischémiée n'a pas repris complètement sa couleur naturelle.

Après l'enlèvement de l'éponge, si des artérioles donnent du sang, on les saisit rapidement avec des pinces hémostatiques, puis on les lie.

On procède enfin au pansement.

S'il s'agit d'une petite plaie, on peut faire le pansement immédiatement avant d'enlever le lien constricteur.

**Athétose du membre inférieur guéri par les courants continus.**

Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* se rappellent sans doute l'intéressante observation d'athétose publiée dans ce journal au commencement de cette année (n° 11, 28 janvier). L'auteur de cette observation, M. le docteur Tison, a pu suivre son malade et obtenir la guérison de cette singulière affection. M. Tison a bien voulu nous communiquer le complément de cette observation et le résultat heureux du traitement qu'il a institué. Voici ce complément :

Avant d'aborder le traitement institué, il est bon de faire observer que les mouvements involontaires des orteils siégeaient dans le pied gauche et que, cinq ans avant leur apparition, le malade avait été atteint d'une paralysie faciale siégeant également à gauche. C'est à tort que, sur les indications erronées du malade, il a été avancé alors que cette paralysie siégeait à droite. Il n'y a donc pas croisement, comme on l'avait d'abord cru.

La guérison a été obtenue par les courants continus. Vers la fin de janvier 1879, les premières applications furent faites avec la petite machine de Gramme qui ne produisit que des effets très-médiocres, mais cependant suffisants pour penser qu'avec de la persévérance et un courant plus intense on obtiendrait un bon résultat. Afin d'obtenir un courant continu, présentant une tension assez forte avec une action chimique minimum, M. le docteur Tison s'adressa, sur le conseil de M. Brouly, à la pile de Volta dite pile à colonne. On sait que celle-ci fournit, pendant un temps plus que suffisant pour l'application thérapeutique, un courant continu

fort régulier et possédant une grande force électro-motrice, c'est-à-dire ayant une tension considérable et un pouvoir chimique des plus faibles. Son seul inconvénient est qu'il faut disposer la pile à nouveau, chaque fois qu'on veut en faire usage, inconvénient qui n'était pas bien considérable, puisque le malade faisait lui-même cette petite opération qui ne demande guère qu'un quart d'heure à vingt minutes.

Les premières applications furent faites avec les rondelles de drap imbibées d'eau salée. Mais, soit que la solution ne fût pas assez saturée, soit pour une autre cause, le résultat ne fut guère plus satisfaisant qu'avec la machine de Gramme. En plongeant les rondelles de drap dans de l'eau acidulée avec un dixième d'acide sulfurique, le courant fut plus fort et le résultat devint immédiatement plus considérable. Très-souvent les mouvements involontaires des orteils s'arrêtaient pendant l'application pour ne reparaître que plusieurs heures plus tard, mais avec une intensité beaucoup moindre. La durée de la séance fut d'abord d'un quart d'heure. Le pôle positif était appliqué successivement sur la région externe de la jambe, un peu au-dessous du genou et en différents points de l'épine dorsale, tandis que le pôle négatif était placé près des orteils, sur la face dorsale du pied ou plus rarement à la région plantaire.

On s'est servi comme électrodes de manches en bois adaptés à un cylindre creux de laiton, dans la cavité duquel on plaçait une petite éponge imbibée d'eau salée. Le courant fut généralement bien supporté; quelquefois cependant le malade ressentait une douleur très-vive au point d'application du pôle positif. En retirant l'électrode, on constatait que la peau était rouge dans une certaine étendue, mais jamais il ne se produisit ni phlyctènes ni eschare.

Une séance tous les deux jours pendant quinze jours permit de constater ces deux résultats fort importants : 1° une amélioration évidente; 2° l'innocuité des courants employés. Le malade fit alors les applications lui-même, ce qui lui était assez facile en se couchant. Celles-ci eurent lieu plus irrégulièrement, tous les trois ou quatre jours et pendant une durée variant d'un quart d'heure à une demi-heure, tandis que dans le début elles étaient d'un quart d'heure. En outre, comme le malade était assez douillet, il réduisit successivement le nombre de ses éléments et, de cinquante qu'ils étaient primitivement, il n'en mettait bientôt plus que vingt-cinq. Il existe un moyen bien simple de régler à volonté le nombre des éléments pendant la même séance : c'est d'avoir un certain nombre de disques à anneau extérieur propres à recevoir une électrode et placés à intervalles réguliers dans la pile.

Malgré les irrégularités de ces applications, l'amélioration du début se maintint et progressa si bien qu'à la fin d'avril, les mouvements involontaires avaient complètement cessé. En même temps avait fui cette inquiétude vague qui tourmentait le malade. Toutefois les sensations singulières dont le côté gauche était incommodé n'ont fait que diminuer d'intensité sans disparaître complètement.

Pendant la durée de ce traitement, il est survenu des furoncles dont plusieurs sur les jambes, surtout à gauche.

De ce fait de guérison encore unique, croyons-nous, M. Tison paraîtrait disposé à conclure à l'admission d'une forme idiopathique d'athétose.

Si, comme le premier article de notre Revue tend à l'établir, le cadre des affections essentielles perd une de ses individualités, il s'enrichirait, par compensation, d'une nouvelle. Ce cadre est assez élastique pour permettre de semblables mutations.

Dr Brochin.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Le Dentu.

### Hypertrophie diffuse des maxillaires.

Je viens de vous faire examiner dans nos salles une jeune fille, âgée de dix-huit ans, qui me paraît atteinte d'une maladie extrêmement rare dont il n'a été observé que sept ou huit cas bien authentiques ; je veux parler de l'hypertrophie diffuse des maxillaires. La figure de cette malade présente une boursouflure générale : ses joues sont gonflées, principalement celle du côté droit, comme chez les souffleurs des verreries. La déformation du maxillaire inférieur s'accuse par un relief marqué de cet os. Le début de la maladie remonte à huit mois, A l'intérieur de la bouche, on trouve des lésions très-curieuses, par leur siège, leur nombre et leur dissémination. Le maxillaire droit est envahi par une tumeur fixée sur le bord alvéolaire jusque vers la partie postérieure de l'os; la voûte palatine est tuméfiée du même côté. A gauche, il y a une tuméfaction analogue un peu moins prononcée que du côté droit; de même à la voûte palatine gauche. Sur le maxillaire inférieur, on trouve le même gonflement que sur les maxillaires supérieurs; à droite, à gauche et en avant, la boursouflure est également manifeste. Entre ces tumeurs, le tissu paraît sain. L'aspect varie un peu sur le maxillaire droit où la tumeur est plus développée, et où la muqueuse est très-adhérente aux tissus et présente une apparence chagrinée et un peu fongueuse, quoiqu'elle ne soit nullement saignante ni ulcérée ; la muqueuse du maxillaire inférieur glisse sur la production morbide ; ailleurs, suivant les points envahis, elle a des adhérences ou présente une certaine laxité.

La coloration de la muqueuse est rose violacé; là où il y a des adhérences, elle est moins violacée que lorsqu'il s'agit des végétations scorbutiques des gencives. Elle n'a pas cette teinte violacée qui caractérise la tendance à l'ulcération. Le développement de ces tumeurs a amené une certaine inflammation autour des dents ; les incisives seules sont saines ; les autres dents se trouvent enclavées dans la tumeur. Cependant aucune n'est tombée : une seule a été arrachée il y a huit mois, et cette avulsion a même eu peut-être quelque influence sur l'apparition de la maladie.

La première impression que l'on éprouve en présence d'une telle affection est l'étonnement, car cela ne ressemble en rien à aucune des anciennes tumeurs à localisation précise sur les os de la face, sarcome, épulis, tumeurs sarcomateuses vraies à développement considérable, etc. Le sarcome proprement dit a un siège ordinairement unique. L'épithélioma des maxillaires est aussi limité à un point, où il acquiert quelquefois des dimensions considérables; mais, s'il se généralise, il envahit différents systèmes à la fois.

Citons encore comme tumeurs à localisation précise les fibromes des maxillaires, les uns occupant l'épaisseur de l'os, les autres, plus fréquents, envahissant seulement les parties superficielles du maxillaire, et naissant dans les couches profondes du périoste. Ils peuvent s'ossifier, comme j'en ai observé un exemple à l'Hôtel-Dieu il y a trois ans ; il s'agissait d'une tumeur élastique du maxillaire supérieur droit; ce fibrome s'est calcifié, et peut-être ossifié, car le mi-

croscope y a démontré la présence de tissu fibreux mélangé de capsules cartilagineuses et de cellules osseuses.

Mais, chez notre malade, au milieu des masses fixées sur les maxillaires, on sent de la rénitence et de l'élasticité à côté de points durs qui doivent être du tissu osseux complet. De même, à la partie postérieure du maxillaire supérieur, à la partie moyenne, à la branche droite du maxillaire inférieur, il y a probablement épaississement de l'os.

Il existe d'autres sortes de tumeurs qui ne se localisent pas d'une manière si limitée, mais qui se généralisent plus ou moins vite. Ainsi l'épithélioma envahit un certain nombre de tissus et de systèmes, et ne se localise pas exactement à la seule région de la bouche; d'ailleurs il évolue nécessairement vers l'ulcération, ce n'est pas le cas de notre malade.

Nous pourrions avoir plus de doutes pour le diagnostic de tumeurs sarcomateuses multiples du squelette; j'ai vu aussi à l'Hôtel-Dieu une femme qui portait à la joue droite une tumeur violacée, adhérente, qui s'ulcéra; en peu de temps on vit apparaître un nombre considérable de tumeurs disséminées sur le crâne, le pariétal droit (où la compression amena une paralysie de la jambe gauche), la clavicule gauche, le tibia, etc. C'étaient des sarcomes multiples très-précoces, et d'emblée généralisés aux os de l'organisme.

Le sarcome ou tumeur fibro-plastique n'a pas tendance à s'ossifier en masses circonscrites, comme cela semble exister dans le cas particulier.

Nous pouvons aussi éliminer toutes les affections franchement inflammatoires. Il ne s'agit pas d'ostéites, il n'y a pas trace de scrofule, pas trace d'empoisonnement par le phosphore. Dans tous ces cas, il y a continuité entre les points malades; il n'y a pas des intervalles de tissus sains comme chez notre malade.

Il fallait enfin songer à la syphilis, malgré les dénégations de la malade et ses antécédents honorables. Néanmoins ce pouvait encore être le résultat d'une syphilis congénitale qui se serait développée seulement dans l'adolescence, ce qui est rare. Si cependant ces tumeurs étaient des produits syphilitiques, elles n'auraient pas atteint un pareil volume sans que quelques-unes ne se soient déjà ramollies et ulcérées, comme c'est le destin de toutes les gommes. J'ai déjà observé entre autres un Anglais qui promenait en France et en Italie une syphilis abominable qui, précisément, s'était développée à la face et sur le crâne où existaient des périostoses grosses comme la moitié d'un œuf. Tout le squelette extérieur était pris en même temps que les organes internes étaient aussi envahis. Notre malade pourrait être comparée à l'exemple précédent, mais encore il faudrait admettre une localisation plus spéciale, limitée absolument aux maxillaires. J'ai cru devoir, pour plus de sécurité, administrer quand même l'iodure de potassium; mais il n'a produit absolument aucun effet. M. Fournier m'a d'ailleurs confirmé, avec sa haute autorité, que ces tumeurs n'étaient pas de nature syphilitique.

Éliminons enfin le scorbut, qui provoque un état fongueux, violacé, des gencives avec une grande tendance aux hémorrhagies, ce qui n'existe point du tout chez notre malade. Il ne s'agit pas non plus de l'hypertrophie congénitale des gencives que l'on observe chez les jeunes enfants; il y a alors une production extraordinaire de tissu fongueux, saignant, remplissant la bouche et gênant la succion. Ces tumeurs se développent aux dépens des gencives, ont une grande tendance à végéter, mais n'altèrent pas le tissu osseux, et n'y sont pas adhérents.

Ayant rejeté par exclusion tous ces divers diagnostics, il ne me restait plus qu'à admettre l'existence d'une hypertrophie diffuse des maxillaires. C'est, en effet, la seule lésion que nous puissions accepter actuellement.

On a signalé plusieurs fois déjà la tendance des os du crâne et de la face à s'hypertrophier. Malpighi, en 1697, en faisait déjà mention. On peut classer les observations en plusieurs catégories, suivant que l'hypertrophie a occupé le crâne seul, le crâne et la face, la face seule.

Le premier cas observé, celui de Malpighi, se rapportait à une hypertrophie diffuse des os du crâne. L'hypertrophie du crâne est uniforme, sans bosselure, tandis que celle des os de la face est plus irrégulière. Au musée Dupuytren on peut voir un cas d'hypertrophie des os du crâne; une tranche du pariétal présente 3 ou 4 centimètres d'épaisseur. Plus récemment, Gruber rapportait l'observation d'une fille de dix ans, devenue amaurotique et épileptique, à la suite de la même lésion; les crises se succédaient et étaient accompagnées de convulsions; elle perdit aussi l'ouïe, et mourut à l'âge de dix-sept ans.

Parmi les hypertrophies portant sur le crâne et la face, citons l'histoire du fils d'un chirurgien français (1734) qui, à l'âge de douze ans, avait subi une incision pour une tumeur lacrymale droite; un gonflement survint à l'apophyse nasale du maxillaire supérieur, dont le condyle et la portion inférieure restèrent intacts. La tête prit un développement prodigieux. Une femme de vingt ans présenta une monstrueuse exophthalmie, avec difficulté de la parole, de la mastication, etc.; à l'âge de quarante-cinq ans, elle succomba à la phthisie pulmonaire consécutive à l'affaiblissement progressif dans lequel elle était tombée. La tête pesait 1,590 grammes.

Dans le cas du musée Dupuytren, où l'hypertrophie était surtout concentrique, le maxillaire inférieur pèse 197 grammes.

En 1866, en Angleterre, on a observé un cas d'hypertrophie de tous les os, sauf l'occipital. La voûte palatine était aplatie, sa concavité disparue, etc. Le sujet avait quatorze ans, il a vécu trente-quatre ans, et a succombé à la faim, l'alimentation étant devenue impossible.

En 1867, aux États-Unis, on cita un cas d'hypertrophie du maxillaire inférieur, puis des maxillaires supérieurs; le malade mourut fou (cas de Howship et de Wrang).

Stanley a vu un cas d'hypertrophie du maxillaire supérieur, localisée à cet os, dont on fit l'ablation, mais le malade mourut le sixième jour.

Il est des cas où l'hypertrophie diffuse atteint les os contigus et se propage ainsi.

Voyons quels rapports l'histoire de notre malade présente avec ceux décrits par les auteurs. Au point de vue de l'âge, ce sont ordinairement des sujets jeunes et des adolescents. Ici, le début paraît remonter à huit mois, après l'avulsion d'une dent, de la première grosse molaire. Le développement de la tumeur a été symétrique; elle a commencé à apparaître sur le maxillaire inférieur, puis sur le maxillaire supérieur droit, puis sur le gauche; elle est plus développée du côté droit, probablement parce qu'elle est plus ancienne de ce côté que du côté gauche.

Le développement de la tumeur par les maxillaires constitue une similitude importante avec les autres observations publiées. De même l'absence absolue de douleurs et d'in-

flammation. Il n'y a pas eu de poussée congestive, sauf, récemment, une irritation causée par une cautérisation au thermocautère.

Quant à la consistance élastique et fibreuse sur la plupart des points, dure et peut-être osseuse en d'autres, nous pouvons admettre que la période fibromateuse préparerait la période d'ossification. L'existence de tissu fibreux explique le développement rapide de ces tumeurs ; les masses existent seulement depuis quatre à cinq mois. L'ossification envahira sans doute ces masses, et l'allure de la maladie deviendra plus lente. La durée du processus se compte en effet toujours par années (trente-trois, sept, quinze ans). Je pense que la marche a été rapide chez notre malade parce que la tumeur n'est pas encore arrivée à sa période d'ossification.

Virchow a réuni plusieurs observations analogues; il pense que cette maladie se rapproche de l'éléphantiasis, non-seulement à cause de l'aspect (léontiasis) qu'elle donne à la face, mais encore parce qu'elle aurait la même anatomie pathologique; la « leontiasis ossea » aboutirait à la production du tissu osseux au lieu de produire seulement du tissu fibreux ordinaire. Si cette doctrine est vraie, notre observation serait remarquable en ce sens que nous aurions en même temps les deux périodes de l'affection du tissu fibreux en certains points, du tissu osseux en d'autres.

M. le professeur Guyon (article MAXILLAIRE du *Dict. encyclop.*) suppose que la nature de la maladie n'est pas une inflammation franche, mais plutôt une lésion irritative, ce qui est assez difficile à soutenir.

M. Fournier, dans des cas plus localisés, a rapproché la maladie de la diathèse scrofuleuse. Ce n'est pas le cas de notre malade. Elle a eu seulement une blépharo-conjonctivite, mais rien de plus. Elle est lymphatique, mais pas scrofuleuse.

Quant au pronostic de cette maladie, il est très-grave, puisqu'elle aboutit fatalement à la production de masses osseuses difformes qui gênent les fonctions, la mastication, etc., et plus tard envahissent le crâne et amènent des accidents cérébraux.

La thérapeutique a été impuissante jusqu'à ce jour ; une ablation a échoué. Malgré le peu de ressources que me présentait l'histoire de cette maladie, j'ai cru devoir intervenir par quelque moyen, afin de troubler le travail de formation de ces tumeurs : j'ai commencé une cautérisation avec le thermocautère sur la voûte palatine gauche et sur la tumeur du maxillaire supérieur droit. Peut-être l'abrasion avec l'anse galvanique pourrait aussi être tentée. Cependant cette cautérisation m'a paru avoir produit un effet peu utile, peut-être nuisible, parce que les tumeurs sont devenues plus sensibles et plus douloureuses depuis cette application.

L'examen histologique de ces tumeurs était intéressant à faire dans ce cas. Il a été fait au Collège de France. On a trouvé qu'il s'agissait exclusivement de fibres fusiformes comme on en trouve dans les tumeurs fibro-plastiques ; il n'y a pas de noyaux arrondis ou elliptiques. Cette structure se rapproche de celle de la fibre conjonctive. On voit souvent les tumeurs fibro-plastiques s'ossifier. En sera-t-il de même dans ce cas? J'avais pensé que l'on n'y trouverait que du tissu fibreux pur. Néanmoins je crois que nous pouvons persister dans le diagnostic d'hypertrophie diffuse des maxillaires.

## REVUE DE LA PRESSE

**Des injections intra-veineuses de lait en remplacement de la transfusion du sang.** — L'idée de l'introduction de sang normal dans la circulation d'individus affaiblis par des hémorrhagies abondantes ou par des maladies cachectiques s'est naturellement présentée comme une ressource suprême à l'esprit des médecins des temps les plus reculés. On trouve la preuve de ce fait dans les mémoires des Hébreux, des Égyptiens, des Grecs et des Latins. En 1492, paraît-il, la transfusion fut pratiquée sur un pape par un médecin juif ; en 1615, elle était l'objet d'un mémoire spécial de Libavius (de Halle). En 1652, Folli imaginait un appareil pour la transfusion artéro-veineuse dont Daniel (de Leipsick) décrivait, quelques années plus tard, le manuel opératoire. A partir de la fin du XVII[e] siècle, les procédés se multiplient et se vulgarisent de plus en plus.

En dépit de tous les progrès accomplis, il faut bien avouer que la transfusion du sang n'est guère une opération courante, à cause des difficultés et des dangers, notamment la coagulation du sang, qui entourent son exécution. Dans ces circonstances, M. Gaillard Thomas (*New-York medical Journal*) s'est demandé s'il n'existait pas un autre liquide animal capable d'augmenter la quantité et la qualité du sang sans offrir ces inconvénients. Selon lui, le lait de vache et probablement celui des autres mammifères rempliraient parfaitement l'indication. A première vue, une semblable proposition paraît étrange ; en effet, le lait n'est pas homogène avec le sang, et la caséine ne peut-elle pas devenir une cause d'obstruction pour les petits vaisseaux et déterminer des congestions redoutables du côté des organes éliminateurs ?

Il existe cependant dans l'économie un autre liquide qui, bien que d'une apparence fort différente de celle du sang, se mélange intimement et directement avec lui ; c'est le chyle qui passe du canal thoracique dans la veine sous-clavière gauche sous la forme d'un liquide huileux blanc et d'aspect laiteux. Chacun sait aussi que la veine porte déverse dans la circulation générale les matières grasses absorbées au niveau de la muqueuse intestinale.

Il y a entre le chyle et le lait une analogie réelle au point de vue clinique. Faire pénétrer du lait dans le torrent circulatoire n'est donc pas une pratique aussi illogique qu'on pourrait le supposer tout d'abord. Mais la théorie est bien peu de chose, si elle n'est corroborée par des faits positifs. Or, dans ses recherches, M. Thomas a trouvé qu'en 1850 Hodder avait, le premier, pratiqué l'injection intra-veineuse de lait chez trois malades arrivés à la dernière période du choléra asiatique. De ces trois malades, deux ont guéri. Tout récemment M. Howe (de New-York) a tenté la même médication chez un tuberculeux, mais il n'a obtenu qu'une amélioration passagère. M. Howe n'a pas été plus heureux dans ses expériences sur les chiens, mais il faut dire qu'il s'était servi de lait recueilli depuis plusieurs heures et ayant, par conséquent, déjà subi un certain degré d'altération. Quant à M. Thomas, il a pratiqué trois fois l'injection intra-veineuse de lait chez des femmes opérées par l'ovariotomie et épuisées par des hémorrhagies abondantes. La première a parfaitement guéri ; la deuxième a succombé à l'abondance de la suppuration ; la troisième est morte d'une hémorrhagie interne ; même dans ces derniers cas, il est bien certain que l'injection de lait a prolongé la vie des malades.

L'auteur conclut par les principales propositions suivantes :

1° L'injection de lait, au lieu de sang, dans le torrent circulatoire constitue une opération très-praticable, inoffensive et légitime, qui permet d'éviter la plupart des difficultés et des dangers de la transfusion du sang.

2° Il ne faut employer que du lait provenant d'une vache saine et recueilli seulement depuis quelques minutes. En effet, comme le sang altéré, le lait décomposé a des propriétés septiques.

3° Un entonnoir de verre, muni d'un tube de caoutchouc terminé par une petite canule, constitue un appareil plus simple et plus sûr que les instruments plus compliqués, dont tous les perfectionnements ne préviennent pas toujours l'entrée de l'air dans la circulation.

4° L'injection intra-veineuse de lait est une opération beaucoup plus facile que la transfusion du sang. Tout chirurgien peut la pratiquer sans craindre ni obstacle ni échec.

5° L'injection de lait, comme celle de sang, est généralement suivie d'un frisson et d'une élévation marquée de la température; puis tout rentre dans l'ordre et le malade éprouve un grand soulagement.

6° Les injections lactées ne devraient pas être réservées uniquement aux cas d'anémie aiguë par hémorrhagie excessive. On pourrait les employer utilement dans les maladies qui déterminent une altération profonde du sang, telles que le choléra asiatique, l'anémie pernicieuse, la fièvre typhoïde, etc. Elles pourraient aussi rendre de grands services dans les affections contre lesquelles on est obligé de recourir à des saignées abondantes.

7° Il ne faut pas injecter à la fois plus de huit onces de lait. (*Gaz. méd.*)

**De la polymastie et de la polythélie.** — Par ces noms un peu barbares, M. Leichtenstern (*Virchow's Archiv*) désigne la production de mamelles et de mamelons surnuméraires. Il a réuni dans une monographie très-complète toutes les observations publiées : lui-même a observé une douzaine de fois cette singulière anomalie. Voici les conclusions des points les plus intéressants : En premier lieu, les mamelons supplémentaires sont bien moins rares qu'on ne l'admet généralement. On les rencontre une fois sur cinq cents individus environ, ce qui est bien difficile à croire. De plus, leur siège de prédilection est la partie antérieure du thorax, dans les neuf dixièmes des cas. On en a décrit un peu partout, dans l'aisselle, sur la cuisse, le dos ou les épaules; mais ces faits doivent être considérés comme suspects ou du moins comme très-exceptionnels. La disposition sur l'avant du thorax est toujours symétrique : généralement les mamelons rudimentaires sont au-dessous et en dedans des autres et forment une ligne convergente vers l'ombilic. On sait que la polythélie s'accompagne généralement de polymastie chez la femme; on a cru longtemps que ces femmes étaient prédisposées aux accouchements gémellaires : une dame de Bâle consulta, il y a quelques centaines d'années, la Faculté de Tubingue à ce sujet. Aujourd'hui on admet que ces deux choses sont indépendantes.

Quelle est la signification de ces seins supplémentaires? Question bien obscure et qui prête aux hypothèses. L'auteur propose une explication darwiniste, que je rapporterai sans commentaires. A l'origine, les mâles, ainsi que les femelles, portaient des mamelles pour allaiter leurs petits. Dans le cours des millions d'années qui nous séparent de nos ancêtres, les mamelles, de multiples qu'elles étaient, se sont réduites à deux et se sont atrophiées chez le mâle. La polythélie et la polymastie ne sont qu'une image effacée de ce qui existait chez nos lointains aïeux. (*Gaz. hebdom.*)

**Anémie pernicieuse.** — Quincke (de Berne) rapporte dix cas d'anémie grave, observés dans l'espace de deux ans sur des hommes et des femmes en nombre égal depuis l'âge de vingt-cinq jusqu'à cinquante-neuf ans. Dans un seul cas, il s'est agi d'une fille de onze ans. Les symptômes ont été ceux décrits par les auteurs : pâleur avancée, œdème des extrémités, faiblesses, troubles de la digestion, bruits anémiques, palpitations de cœur, pouls petit et dépressible. Le principal bruit anémique a été le souffle systolique de l'artère pulmonaire. Quincke l'attribue à la rétraction du poumon si fréquente chez les anémiques, rétraction qui a pour conséquence l'augmentation de l'aire du cœur. Plusieurs fois la dilatation du cœur a été observée. La musculature de cet organe a toujours présenté un aspect anémique; jamais la dégénérescence du cœur n'a été notée; cependant les autres viscères ont toujours présenté cette dégénérescence. L'albuminurie a toujours été passagère et en petite quantité.

Pas d'altérations anatomiques des reins. Pendant la vie, on a observé une fois l'épistaxis, une fois des ecchymoses de la peau, et constamment des ecchymoses de la rétine. Au centre de ces dernières ecchymoses existait souvent un point plus clair, gris rougeâtre, formé par une masse finement granuleuse (probablement des corpuscules lymphatiques altérés).

La température du corps était généralement normale; quelquefois il y avait une légère fièvre rémittente à type inconstant. Les glandes hématopoiétiques (rate, glandes lymphatiques, moelle des os) n'ont pas présenté à l'autopsie des altérations notables. On a trouvé des épanchements hémorrhagiques dans le myocarde, dans le péricarde, sous la dure-mère, et dans la cavité sous-arachnoïdienne. Le développement de la maladie a toujours été lent et gradué; sa durée a varié entre plusieurs mois et une année; sa marche a toujours présenté un caractère progressif. Chez les femmes enceintes, on a vérifié l'accouchement prématuré au septième et au huitième mois. Le pronostic a été grave, mais pas toujours mortel (deux guérisons sur dix cas). La masse totale du sang était toujours diminuée; le sang lui-même avait une couleur claire, sa coagulation était imparfaite. La quantité des globules rouges était diminuée. Ces globules présentaient une différence de forme et de grandeur; dans quelques cas, l'auteur y a constaté la présence de microccus.

Prenant en considération toutes les altérations notées et principalement les altérations du sang, l'auteur tire la conclusion qu'on ne peut jusqu'ici établir une distinction nette entre l'affection en question et les formes les plus intenses d'une anémie simple et d'autres maladies, comme la dégénérescence graisseuse du cœur, et qu'il existe des formes transitoires entre ces maladies.

Comme thérapeutique, on emploiera surtout l'alimentation.

Cohnheim (de Breslau) a communiqué à Virchow l'observation d'un cas d'anémie pernicieuse dans lequel, outre les altérations caractéristiques des autres organes, la moelle des os présentait un aspect *sui generis*, et des altérations microscopiques propres. La moelle avait une couleur rouge intense. Sous le champ du microscope, on constata l'absence presque complète de cellules graisseuses, mais on trouva : 1° des cellules incolores (cellules médullaires dont plusieurs ressemblaient à des corpuscules lymphoïdes. Un grand nombre de ces cellules avaient acquis un volume considérable avec un ou deux noyaux d'aspect épithélial; 2° des éléments colorés, en plus grande partie, des cellules rouges avec noyau coloré lui-même en rouge. On trouva aussi des corpuscules rouges avec noyau dans le sang du cadavre, tandis que l'examen du sang, fait sur le vivant une semaine avant la mort, n'avait pas donné le même résultat.

Comme, dans l'anémie pernicieuse, il s'agit d'une maladie des organes hématopoiétiques, spécialement de ceux que l'on appelle générateurs des globules rouges, les altérations qu'on vient de noter dans la moelle des os méritent toute l'attention du médecin, et on devrait dorénavant diriger les études anatomopathologiques vers ce point, afin d'étudier la constance de ces lésions. (*Journ. de méd. de Bord.*)

Traitant la même question, en 1876 (Thèse de Paris), le docteur W. Zœller concluait que : 1° l'anémie pernicieuse progressive n'offre pas de symptômes ni de lésions vraiment caractéristiques : elle présente les symptômes communs à toute anémie, c'est-à-dire la pâleur, la faiblesse, les souffles vasculaires, les vertiges, etc.; mais ni l'œdème, ni la conservation du pannicule adipeux, ni les hémorrhagies, ni la fièvre, ne sont des phénomènes assez constants pour être élevés au rang de symptômes essentiels et caractéristiques. Quant à la microcythémie dont M. Eichhorst a voulu faire l'élément principal du diagnostic différentiel, les petits globules rouges, auxquels cet auteur attache tant d'importance, ne diffèrent en rien de ceux que M. Hayem a trouvés dans les anémies chroniques. Enfin les altérations cadavériques ne sont plus caractéristiques. La dégénérescence graisseuse du cœur est très-fréquente, mais elle n'est pas constante. Quant à l'altération de la moelle des os, signalée par Cohnheim, Ponfick et Pepper, elle n'a rien de commun avec l'anémie progressive, car elle est l'expression d'une pseudo-leucémie médullaire.

2° La création d'une espèce morbide ne paraît pas légitime, car toutes les observations groupées jusqu'à ce jour sous le titre d'anémie pernicieuse progressive peuvent se répartir en anémies

vulgaires empruntant leur gravité à l'action prolongée des causes multiples d'épuisement, et en cas de leucémie ou de pseudo-leucémie méconnus.

**Une aiguille dans le cœur vivant.** — M. Huppert rapporte (*Arch. der Heilk.*) qu'à l'autopsie d'un aliéné mort de péritonite on trouva dans le cœur une aiguille à coudre plantée dans la paroi postérieure du ventricule gauche dirigée de haut en bas et en avant, pénétrant de cinq à six lignes dans la cavité ventriculaire qu'elle remplissait presque entièrement. Cette découverte était entièrement inattendue. Le malade était un aliéné, mais qui, par intervalles, possédait ses facultés mentales et qui avait raconté sa vie passée sans avoir jamais fait allusion à quelque accident que l'on pût mettre en rapport avec la présence de ce corps étranger dans l'organe central de la circulation. Jamais il ne s'était plaint de palpitations ou d'autres symptômes cardiaques. Sa femme, après plusieurs interrogatoires, finit par se rappeler une histoire assez romanesque dont nous épargnons le détail au lecteur et de laquelle il résultait que le malade se serait lui-même enfoncé une aiguille dans la région thoracique. Comment l'aiguille a-t-elle pu pénétrer dans le cœur par derrière? C'est ce qu'il est difficile de comprendre. Peut-être l'avait-il avalée par mégarde. L'auteur signale surtout le fait que le cœur a toujours fonctionné normalement malgré la présence du corps étranger. (*Gaz. hebd.*)

**Remède contre le froid aux pieds.** — Les Moscovites ont, paraît-il, un remède contre le froid aux pieds, remède des plus simples et des plus pratiques. Il consiste à s'envelopper le pied, pardessus la chaussette, avec un grand morceau de papier et de mettre ensuite la bottine. L'air ne pénétrant pas, on évite absolument le froid. Il paraîtrait que de belles élégantes de Saint-Pétersbourg ne dédaignent pas non plus cette précaution et qu'elles s'enveloppent le pied et la jambe très-haut. (*Lancette belge.*)

**Formes latentes d'alcoolisme chronique.** — Avant que les troubles cérébraux soient arrivés à un degré avancé, dit M. le professeur Potain, quelques traits se dessinent déjà dans le faciès de l'alcoolique, qui ne doivent pas échapper au regard du médecin. Je ne parle pas, bien entendu, des joyeux ivrognes dont la trogne épanouie semble avouer sans honte l'amour de la boisson, mais de certains buveurs, moins cyniques et plus rafinés qui, par pudeur ou par intérêt, veulent cacher à tous les yeux leur passion. Ils s'observent donc, et comme après un bon repas le buveur novice ménage ses paroles et gouverne sa démarche, ainsi, mais à tout instant, et dès qu'ils se sentent en vue, ils tiennent la bride et serrent le frein, pour éviter un faux pas qui pourrait les trahir. Ils sont toujours en scène, et jouent presque toujours le même personnage. On les voit dans le monde graves, sérieux, presque impassibles, parlant peu, souriant du bout des lèvres, parfaitement réguliers dans leurs mouvements et corrects dans leur attitude, sobres de gestes comme de paroles; mais, si l'on y regarde de près, on découvre quelque chose de vague et d'incertain dans leur regard, et l'on se demande s'il n'y a pas plus d'hébétude que de prudence dans l'expression de leur physionomie, plus de gêne que de réserve dans leur maintien.

Défiez-vous des gens sérieux à l'excès; ce sont bien souvent des alcooliques ou des imbéciles. (*Un. méd.*)

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La vieille École pratique de la Faculté de médecine de Paris a vécu.

Des bâtiments provisoires s'élèvent avec rapidité dans les cours de l'ancien collège Rollin. Les tables de dissection vont être transportées incessamment dans les nouvelles salles.

Par suite de ce transfèrement, le chef des travaux anatomiques se trouve dans l'impossibilité matérielle de faire reprendre les travaux pratiques à l'époque ordinaire. Mais il aura enfin de la place pour tout le monde, peut-être dès la première quinzaine de novembre. Viennent des cadavres en nombre suffisant, et l'École pratique n'aura momentanément rien à désirer.

Le nouveau personnel officiel (8 prosecteurs et 24 aides), mieux rémunéré par l'État, cessera d'avoir des élèves payants.

Chaque élève recevra gratuitement de véritables leçons particulières d'ostéologie, de dissection, d'anatomie et de médecine opératoire.

— *Hôpitaux de Paris.* — *Juges du concours de l'internat* : MM. Gouguenheim, Gouraud, Huchard, Landrieux, Marchand, Peyrot et Polaillon.

*Juges du concours de l'externat* : MM. Bouilly, Bourdon, Hutinel, Joffroy, Labadie-Lagrave, Reclus et Troissier.

— M. le docteur Jardin a commencé un cours d'analyse pratique de l'urine spécialement appliqué aux affections des *voies urinaires*, le jeudi 9 octobre à 8 *heures du soir*, 3, rue Christine, pour le continuer les jeudis suivants à la même heure.

— M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie à l'École pratique, commencera son cours d'anatomie et de dissection le lundi 27 octobre 1879, dans son amphithéâtre, rue Antoine Dubois, 2, à midi et demi.

Ce cours durera jusqu'à la fin du semestre d'hiver.

S'adresser tous les matins chez M. Fort, rue Jacob, 21.

**Recherches cliniques et expérimentales sur les épanchements sanguins du genou par entorse**, par Paul Segond. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

**De la physiologie pathologique et du traitement rationnel de la rage**, suite d'études de pathogénie, par le docteur Duboué, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8761.

N° 119. — MARDI 14 OCTOBRE 1879. 52e ANNÉE. MARDI 14 OCTOBRE 1879. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉ**[illegible] Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds [illegible] pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques ins[illegible] dans [illegible] journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

| PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS | |
|---|---|
| Trois mois. . | 8 fr. 50 c. |
| Six mois. . . | 16 — |
| Un an . . . . | 30 — |

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

### Évidement de l'extrémité inférieure du tibia.

Nous allons opérer un jeune homme, âgé de vingt ans (abandonné, vagabond et amené à l'hôpital par la police), qui est presque idiot, et dont nous n'avons pu tirer aucun renseignement sur son état antérieur. Nous devons donc nous contenter de l'examen de son état actuel. Il est atteint d'une maladie des os de la jambe gauche. Au premier abord, on croirait qu'il s'agit d'une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne; mais il faut immédiatement abandonner ce diagnostic, car le malade peut exécuter tous les mouvements du pied sans la moindre douleur; l'articulation est intacte; on n'y constate aucune trace d'épanchement, d'inflammation ni de douleur. Le gonflement est limité très-exactement à la portion antérieure du tibia, sans atteindre ni l'articulation, ni le tiers-moyen du tibia. Le pied est dévié en dehors, parce que le tibia s'est allongé d'un centimètre et demi, l'astragale a été rejeté en dehors, et, le péroné n'ayant pas subi d'allongement, la malléole externe se trouve impuissante; le pied est dévié en dehors, comme s'il y avait eu une entorse.

La diaphyse du tibia a aussi échappé à la maladie : c'est à l'extrémité inférieure seule que nous observons une tuméfaction considérable, la coloration rouge de la peau, l'empâtement et l'épaississement de tous les tissus, qui sont accolés à la surface de l'os. Nous voyons, en outre, quatre ou cinq ouvertures fistuleuses qui donnent issue à une quantité parfois assez considérable de pus. Le stylet pénètre jusque dans le centre de l'extrémité inférieure de l'os. Au milieu de cette caverne, remplie de débris osseux, on sent avec le stylet les lamelles osseuses se briser à son contact. Je ne suppose pas qu'il y ait là un séquestre, mais je crois que nous avons affaire à une nécrose moléculaire de tout le tissu osseux de cette partie du tibia.

Cette nécrose carieuse s'observe assez fréquemment chez les jeunes gens, et atteint plus spécialement le calcanéum; au centre de cet os se forme un séquestre, une sorte de calcul central, qui provoque des abcès, des fistules.

Après cette élimination, j'ai vu d'ailleurs la régénération de tissu osseux dans la cavité, et la guérison la plus satisfaisante.

Bien que ce processus de nécrose osseuse puisse se développer partout où il existe du tissu spongieux, on ne l'a pas étudié dans les autres régions, et je signale instamment cette recherche intéressante à ceux qui sont embarrassés de trouver un sujet de thèse. Ainsi, j'ai vu la même lésion apparaître à la partie supérieure de l'humérus, dans la tête de l'humérus, dans le grand trochanter du fémur, dans les condyles du fémur, à l'extrémité supérieure ou inférieure du tibia.

Si l'ostéo-myélite pouvait se développer là où il n'y a pas de moelle osseuse, je dirais que c'est de l'ostéo-myélite : malgré la différence capitale dans les conditions anatomiques, nous observons ici des résultats analogues.

Les causes sont en général la diathèse scrofuleuse, quelquefois les contusions, les entorses. Au début les symptômes peuvent simuler le rhumatisme articulaire, avec la rougeur, la douleur, la tuméfaction, l'empâtement de la région. Bientôt se forment quelques points fluctuants : si on les ouvre, on y trouve du pus mélangé de débris osseux; l'ouverture reste fistuleuse et donne passage de temps à autre à ces petits fragments d'os nécrosé.

Que s'est-il produit au milieu de l'os malade? Il s'y est fait une ostéite raréfiante, une infiltration de liquide sanguin, puis purulent, qui a amené la mort du tissu spongieux. Mais il s'est passé ici un fait très-remarquable, c'est que la lésion est restée exactement confinée à l'extrémité inférieure du tibia, dans la région même où elle a pris naissance : cela tient à la présence du cartilage interépiphysaire qui a arrêté l'inflammation et l'a empêchée de se propager à la partie supérieure du tibia, aussi bien que le cartilage diarthrodial protégeait l'articulation tibio-tarsienne. Le tissu cartilagineux, en effet, présente une grande résistance à tous les processus inflammatoires : ce tissu, n'ayant pas de vitalité propre, oppose une barrière longtemps infranchissable à l'ostéite et protège le reste de l'os.

Ce n'est qu'à la longue que le fibro-cartilage épiphysaire d'abord, et plus tard encore le cartilage articulaire, se laissent user et perforer. C'est ce qui explique pourquoi le pus a une si grande tendance à se faire issue au dehors par les fistules. Dans l'ostéo-myélite, au contraire, le pus ne peut sortir de ses limites à cause de l'excessive résistance du ca-

nal osseux : il cherche une voie, en haut et en bas, vers les extrémités de l'os, en usant le cartilage et en gagnant les cavités articulaires.

Cette immunité des articulations dans le cas qui nous occupe n'est cependant pas complète, et il ne faudrait pas y compter trop longtemps. Pour n'en citer qu'un exemple, je vous rappellerai un fait observé par Chassaignac et moi, chez un enfant atteint d'ostéite des condyles du fémur. Nous avions proposé de faire l'évidement : les parents, ne croyant pas leur enfant gravement malade, refusèrent l'opération en alléguant la grande facilité des mouvements du genou. Quelques jours après, le genou s'était subitement gonflé, l'articulation s'était enflammée. On vint m'appeler en toute hâte : je constatai que le pus s'était répandu dans la cavité articulaire, et avait, par conséquent, usé et perforé le cartilage qui, jusque-là, lui opposait une barrière. Une arthrite purulente s'était déclarée : il n'y avait plus d'autre ressource que l'amputation de la cuisse ; les parents s'y opposèrent encore plus formellement qu'à la première proposition, et l'enfant succomba peu de jours après.

C'est souvent ainsi que la maladie se propage à l'articulation : le cartilage s'use par défaut de nutrition, par absence de liquides physiologiques. Il se perfore de trous déchiquetés de tous côtés, par lesquels le liquide passe dans la cavité articulaire. On observe alors les mêmes phénomènes que dans l'ostéo-myélite aboutissant aussi à une arthrite suppurée.

Chez notre malade, l'ostéite a bien une sorte de soupape de sûreté par les fistules qui traversent l'os ; néanmoins, tôt ou tard, les accidents articulaires éclateront. Il est donc nécessaire d'intervenir. Mais, avant de recourir à un traitement chirurgical, nous pouvons nous demander si l'on ne parviendrait pas à la guérison par les simples moyens médicaux. Il est évident que la médication générale de la diathèse doit la corriger et améliorer le terrain sur lequel nous allons agir, mais les accidents locaux sont trop avancés pour que nous osions espérer une telle réparation par le traitement interne. Il faut extraire tous ces petits corps étrangers qui entretiennent l'inflammation de l'os ; les lavages, les injections par les fistules, etc., n'y suffiront jamais, il faut intervenir plus activement. Or il ne s'agit pas d'amputation.

Nous avons le choix entre deux procédés opératoires, soit la résection sous-périostée d'après la méthode d'Ollier (de Lyon), soit l'évidement préconisé par Sédillot. Sans doute on pourrait ici pratiquer la résection sous-périostée, car le périoste épaissi par l'inflammation, accolé aux gaines qui l'environnent, est peu adhérent à l'os et s'en détacherait très-facilement ; d'autant plus qu'il existe entre sa couche profonde et la surface du tissu compact une suffusion de liquide, qui nous permettrait de décoller le périoste, presque sans le savoir. Mais la résection ouvrirait l'articulation et le canal médullaire, en même temps qu'elle priverait l'extrémité inférieure de l'os de son soutien. L'opération de Sédillot, au contraire, l'évidement, ne présente ni l'un ni l'autre de ces trois graves inconvénients : c'est une opération plus naturelle qui permet de conserver la lame compacte de l'os, de respecter le cartilage diarthrodial aussi bien que le cartilage interépiphysaire et le canal médullaire. Nous creuserons seulement une nouvelle cavité osseuse, en enlevant tous les petits séquestres qui remplissent la cavité, jusqu'à ce que notre instrument arrive sur du tissu osseux normal. Les parois de la nouvelle cavité reproduiront du tissu osseux nouveau, comme je l'ai déjà observé manifestement, et la réparation sera d'autant plus complète et régulière que nous aurons conservé le moule, la coque dure qui doit se remplir de tissu osseux. Le procédé opératoire est très-simple : je vais faire une incision en croix sur la malléole interne, et, rejetant le périoste sur les côtés, je pénètre dans le foyer nécrosé avec une curette à main, tranchante et coudée : je sculpte pour ainsi dire l'intérieur de l'os, en me servant du doigt pour ménager le côté voisin de l'articulation.

La difficulté est de savoir au juste où il faut s'arrêter, et quand le tissu osseux malade est tout enlevé. Je m'arrête quand la portion osseuse devient saignante, et laisse écouler un sang rutilant. Cela prouve que l'on est arrivé à peu près dans le tissu osseux sain.

Quant au pansement, il ne reste plus qu'à remplir la cavité osseuse de boulettes de charpie ; à mesure que la réparation osseuse se fait, la cavité diminue, et peu à peu on arrive à n'avoir plus qu'un simple pansement à plat, au niveau de l'incision des parties molles.

---

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

### Asphyxie tuberculeuse aiguë.

Je fais passer sous vos yeux les pièces anatomiques que nous avons recueillies à l'autopsie d'un malade dont nous n'attendions pas la fin si proche, lorsque nous l'avons examiné pour la première fois il y a quelques jours. Je tiens à vous présenter ces pièces afin de contrôler notre diagnostic, et de comparer les symptômes observés pendant la vie avec les lésions des organes.

Voici en quelques mots l'histoire de ce malade : c'est un homme âgé de vingt-neuf ans, qui exerçait la profession d'imprimeur. Il toussait depuis deux ans, et, il y a environ dix-huit mois, il était entré à l'hôpital pour une hémoptysie et pour des accidents de bronchite. Peu après, il allait mieux, mais il avait conservé, après sa sortie de l'hôpital, un peu de toux, de l'expectoration, et il n'avait plus recouvré les forces et l'embonpoint dont il était doué précédemment. Il y a un mois, il toussa davantage, et éprouva plus de malaise ; il se sentait affaibli, fut pris de fièvre et de transpirations pendant la nuit, avec un peu de diarrhée. Cet état ayant persisté, il se décida à entrer à l'hôpital, il y a quelques jours. Nous l'avons trouvé, à son arrivée, un peu pâle, maigre, mais pas encore considérablement affaibli, puisqu'il avait pu continuer jusqu'à la fin à exercer sa profession d'imprimeur.

La température était un peu élevée, et le pouls fréquent. L'expectoration présentait quelques crachats arrondis, nummulaires, nageant dans le crachoir au milieu d'une sérosité épaisse. La percussion de la poitrine n'était pas douloureuse, la respiration était un peu gênée; le malade accusait de l'oppression en montant les escaliers. Tous ces antécédents faisaient prévoir le diagnostic de tuberculose. Les signes physiques le confirmèrent encore. La poitrine était aplatie : à la percussion, on constatait de la matité sous la clavicule droite et dans la fosse sous-épineuse ; les vibrations thoraciques étaient un peu exagérées dans les mêmes points.

L'auscultation fit entendre une respiration soufflante, rude, avec un souffle à l'expiration, et peut-être aussi

quelques râles sous-crépitants sous la clavicule droite ; en arrière, dans la fosse sous-épineuse droite, la respiration était très-rude, l'expiration très-prolongée. Au milieu de la région où l'on entendait le souffle, si l'on faisait faire au malade une inspiration forte, ou s'il toussait fortement, on percevait un râle gros et humide, caverneux, mais qui ne se répétait qu'au même point bien délimité. Du côté gauche, en avant, on entendait de gros râles sous-crépitants. Il y avait un peu de bronchophonie, plus que de la pectoriloquie; c'était un bourdonnement confus de la voix.

Tous les signes se rapportaient donc à l'induration pulmonaire que l'on doit toujours soupçonner toutes les fois que l'on constate des signes physiques au sommet du poumon, et que l'on n'observe rien d'anomal à la base. Nous avions donc pensé à l'existence de petites cavernes à gauche, à cause des râles retentissants et assez gros. A droite, nous pensions qu'il existait de l'induration pulmonaire, et, au milieu de la masse indurée, une petite caverne.

Mais cet homme est devenu très-promptement plus malade : la fièvre s'accrut, la respiration devint plus gênée, on entendit des râles sibilants et des râles sous-crépitants dans toute l'étendue de la poitrine : un soir, le malade fut trouvé un peu violet, et la nuit il succombait, asphyxié en quelques jours à peine, à une bronchite suffocante, à une congestion pulmonaire développée autour des tubercules disséminés dans tout le poumon. L'autopsie confirma ce diagnostic, et je laisse à M. Landouzy le soin de vous exposer le résumé de ces lésions.

Les deux poumons présentaient un volume considérable : à l'ouverture de la paroi thoracique, ils proéminaient au dehors, ce qui tenait à l'emphysème pulmonaire développé à la région antérieure et à la région postérieure, et causé par la difficulté de respiration qu'a provoquée la confluence des tubercules.

A l'examen du poumon on trouve, sur un fond vif incarnat, un magnifique semis de granulations fixes, transparentes, ressemblant absolument à des grains de millet semés sur la surface du parenchyme pulmonaire; elles sont également réparties, et de la portion supérieure à la portion inférieure du poumon, surtout du côté droit, il n'y a pas un centimètre carré où l'on ne trouve ces granulations.

Une congestion très-vive s'est développée autour de ces tubercules.

Aux sommets des poumons, nous retrouvons la trace des lésions anciennes : tout à fait en haut, on voit une caverne présentant le volume d'une grosse noisette, entourée d'une sorte de sclérose défensive, qui est, sans doute, le stigmate probable des accidents qui ont amené ce malade à l'hôpital il y a dix-huit mois. Notons aussi les ulcérations tuberculeuses développées autour des bronches, et la dilatation assez marquée des bronches : ces détails se rapportent à l'épisode ancien de la maladie. Mais le fait le plus récent est la poussée confluente de tubercules dans tout le parenchyme pulmonaire, entée sur les lésions tuberculeuses anciennes.

C'est ce processus inattendu qui a emporté le malade en empêchant absolument le fonctionnement du poumon, car, à gauche, le tissu est plus dur, plus ardoisé, et n'a, pour ainsi dire, pas eu le temps de faire cette confluence. Les tubercules développés d'une façon si subite ont provoqué une congestion générale de tout le parenchyme et une véritable asphyxie. Le malade est mort avec tous les signes de ce qu'on a appelé « l'asphyxie tuberculeuse aiguë ».

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

### Du psoriasis (1); psoriasis aigu.

### II

Variétés du psoriasis. — 1° *Psoriasis fendillé ou croûteux.* — Cette forme spéciale du psoriasis se produit lorsque le psoriasis affecte un siège particulier. Aux mains, la peau est sujette à se fendiller; ayant perdu son élasticité, elle devient le siège de gerçures qui saignent et sécrètent de la sérosité; le sang et le liquide de sécrétion se concrètent et forment des croûtes qui se mélangent aux squames blanchâtres caractéristiques.

2° *Psoriasis rupioïde.* — C'est un psoriasis à écailles surabondantes, se superposant de façon à former une croûte conique, plus large à sa base qu'à son sommet, qui a été comparée avec raison à une écaille d'huître ou à des croûtes de rupia.

3° *Psoriasis scarlatiniforme ou rubra.* — Il est caractérisé par une exagération de rougeur en nappe rappelant celle de la scarlatine et qui se desquame en larges plaques. On l'observe ordinairement aux organes génitaux.

4° *Psoriasis pityriasiforme.* — Tandis que le psoriasis vulgaire a pour caractéristiques sa rougeur, l'épaississement de la peau, la desquamation abondante et lamelleuse, cette variété présente les mêmes caractères, mais sous un type mitigé et adouci. Que l'on atténue chacun des caractères, rougeur moindre, épaississement moindre, desquamation furfuracée, et l'on aura le psoriasis pityriasiforme. C'est Bazin qui l'a ainsi désigné; on pourrait tout aussi bien dire : psoriasis plat, rosé, etc.

5° *Psoriasis aigu.* — Tel qu'il a été décrit jusqu'ici, le psoriasis apparaît comme une dermatose froide, apyrétique, complètement différente d'un exanthème à forme aiguë. Il est cependant une variété importante du psoriasis qui s'accompagne de phénomènes généraux, de troubles sympathiques. Ces troubles sont : 1° des phénomènes généraux de fièvre, la température s'élevant à 38° et 39°, le pouls au-dessus de 100, avec céphalalgie, courbature, état gastrique, inappétence, etc.; 2° l'éruption, qui présente trois caractères spéciaux : *a.* sa quasi-généralisation sur toute la surface du corps où elle ne respecte que quelques îlots des phalanges, des pieds et des mains; *b.* sa coloration rouge très-accentuée, scarlatiniforme, avec prurit assez intense; *c.* sa desquamation surabondante; tout le corps se couvre de lamelles blanchâtres tombant dans le lit du malade, qui est jonché de pellicules et d'écailles épidermiques que l'on peut ramasser littéralement par poignées.

Le psoriasis dure un certain temps avec ces caractéristiques; puis arrive une détente; la fièvre tombe, les phénomènes sympathiques disparaissent, l'éruption s'atténue ou disparaît partout, ou bien il en reste quelques îlots qui constituent un psoriasis chronique ordinaire avec l'évolution classique de ce dernier.

Quant aux conditions dans lesquelles se produit le pso-

(1) Fin. — Voir le numéro du 7 octobre 1879.

riasis aigu, elles sont variables : c'est tantôt la forme de début, d'invasion, d'un psoriasis chronique; certains psoriasis débutent par des poussées suraiguës. Tantôt c'est l'exacerbation d'un psoriasis chronique qui, durant déjà depuis longtemps à l'état chronique, passe subitement à l'état aigu. Ces exacerbations momentanées se produisent par l'effet de causes venant se surajouter aux premières, telles que des écarts de régime et l'application de topiques trop irritants sur les régions envahies.

Diagnostic. — Le psoriasis est assurément une des dermatoses qui s'accusent le mieux par l'ensemble de caractères distinctifs et typiques. Il doit se reconnaître au premier coup d'œil; sa caractéristique s'accuse immédiatement par l'ensemble des considérations tirées : 1° du caractère objectif de l'éruption avec des plaques toujours bien tranchées, la peau rouge épaissie et le grattage faisant apparaître des taches micacées spécifiques; 2° de sa prédilection pour des sièges spéciaux, aux coudes et aux genoux, sur toutes les surfaces d'extension; 3° de l'allure générale du processus morbide; c'est, en effet, une dermatose dépourvue de tout symptôme, de tout trouble général ou local; 4° des antécédents significatifs : souvent on a affaire à un malade qui a eu des éruptions antérieures, souvent traitées et souvent récidivées.

Le diagnostic qui présente seul quelques difficultés est le diagnostic différentiel entre le *psoriasis* et les *syphilides psoriasiformes*. On a maintes fois confondu ces deux affections; arrêtons-nous donc à leur examen. Les syphilides psoriasiformes peuvent se présenter sous deux formes : en gouttes ou en nappes. On les distinguera du psoriasis par les signes suivants :

1° Un premier ordre de signes est tiré des caractères de l'éruption; quoique leur coloration soit souvent identique, il arrive ordinairement que le psoriasis affecte une coloration plus rouge, plus ardente, plus éclatante, plus inflammatoire. La syphilis donne une coloration plus brune, plus foncée, plus voisine de la couleur jambon.

2° La desquamation fournit des signes meilleurs; dans le psoriasis, elle est toujours abondante, couvrant toute la surface éruptive, la masquant même comme une véritable carapace; tandis que la syphilis produit une desquamation toujours moindre, ne couvrant jamais toute la surface de la plaque, souvent se limitant à une petite collerette; presque jamais on ne voit ces grands amas blancs épidermiques qui caractérisent le psoriasis.

3° Les effets produits par le grattage sont aussi spécifiques; dans le psoriasis, on voit toujours ces taches micacées bien connues; au contraire, grattez une syphilide, vous ferez tomber quelques écailles, produit d'une exfoliation légère, mais jamais vous n'obtiendrez d'exfoliation micacée au même degré que dans le psoriasis.

4° L'état de la peau a été trop négligé comme élément de diagnostic; il est cependant très-important à considérer. Le psoriasis épaissit la peau, mais la syphilis l'épaissit et l'indure; sous une syphilide la peau est dure, ferme, rénitente, comme si elle avait une base parcheminée.

5° Les signes tirés du siège des éruptions sont encore utiles; le psoriasis atteint surtout les genoux, les coudes, les surfaces d'extension, habituellement d'une façon symétrique; rien de semblable avec la syphilis, qui n'a pas de localisation ni de symétrie dans ses éruptions.

6° On utilisera aussi d'autres indications tirées, par exemple, des antécédents. Avant l'éruption actuelle, le psoriasique en a eu plusieurs autres tout à fait semblables; c'est là un fait absolument significatif, car la syphilis n'est jamais susceptible de ces récidives dans la même forme; elle récidive autrement; lorsqu'on a eu une éruption syphilitique, une roséole, celle qui lui succède n'est plus une roséole, elle est d'un genre différent, et ainsi de suite.

7° La durée de l'éruption est persistante, indéfinie, pouvant se prolonger deux, quatre, dix ans même dans le psoriasis. Avec la syphilis, elle disparaît d'une façon relativement très-rapide.

Grâce à cet ensemble de caractères, on pourra presque toujours distinguer le psoriasis des formes de la syphilis qui lui ressemblent si bien. Cependant faisons une dernière réserve : par exception, il est des syphilides qui ont une telle analogie avec le psoriasis qu'on ne puisse exactement les différencier, tant elles sont incrustées et constituées par des plaques tout à fait blanchâtres; dans ces cas, les antécédents, les accidents concomitants mettront le médecin sur la voie du diagnostic; sinon, le diagnostic par le traitement sera la dernière ressource.

Traitement du psoriasis. — Le traitement du psoriasis est encore empreint de pratiques routinières qu'il est temps de faire disparaître; presque invariablement, quels que soient l'âge, la forme, l'aspect d'un psoriasis, on le soumet d'emblée à l'arsenic et à l'huile de cade. Le psoriasis, dès qu'il est reconnu, est condamné, *ipso facto*, à ces deux moyens thérapeutiques. C'est une mauvaise pratique, c'est une thérapeutique peu médicale. *Il y a mieux à faire*, et il s'ouvre une autre voie, plus rationnelle et efficace.

Il faut obéir aux diverses indications qui peuvent se présenter; considérez l'âge du psoriasis, sa période, son caractère aigu ou chronique, son étendue, ses causes, etc.

Il est essentiel de déterminer l'âge du psoriasis et sa forme; que si, contre un psoriasis jeune et aigu, on prescrit le traitement applicable au psoriasis chronique et invétéré, nul doute que l'on n'arrive à l'accroître, à l'exaspérer, au lieu de le guérir. Ainsi l'arsenic, utile dans le psoriasis chronique, serait inutile et même nuisible dans les cas aigus. De même l'huile de cade ne ferait qu'exciter un psoriasis aigu et l'aggraver.

Dans le psoriasis *aigu*, on prescrira d'abord le repos, les bains émollients (sans amidon, etc.) et quotidiens; en même temps, on fera prendre des boissons tempérantes, des dérivatifs légers sur le tube digestif. Quant au traitement local, il consistera seulement en onction avec des corps gras, sans addition de produits médicamenteux; on se bornera à l'axonge, au cold-cream, à la glycérine neutre ou à la pommade de concombres, qui lui est préférable.

Dans le psoriasis *inveterata*, qui représente, au contraire, une forme éminemment *chronique* et accompagnée de nombreuses récidives, de troubles généraux graves, d'asthénie, de cachexie même si l'on veut, devra-t-on encore employer le traitement si usuel de l'arsenic et de l'huile de cade? Non, encore; on n'en tirerait aucun bénéfice; de par l'expérience unanime de tous les dermatologistes de tous les pays, ce traitement serait inutile; il serait insensé de tourmenter pareillement son malade. Que faire alors dans ces cas désespérés?

L'indication majeure est évidente; elle ressort de l'état général du sujet; il faut le soutenir par un traitement tonique et reconstituant. Il faut traiter la cachexie avant la der-

matose, qui ne doit plus être reléguée qu'à la dernière place dans les préoccupations thérapeutiques du médecin. Il suffira d'en atténuer la gêne par l'emploi d'onctions avec des corps gras seuls.

Lorsque l'on se trouve en face d'un psoriasis, le premier devoir est de s'efforcer de saisir la cause de ce psoriasis. Dépend-il de la dartre ou de l'arthritis? est-ce un psoriasis dartreux? ou bien est-ce un psoriasis arthritique? Il faut s'enquérir minutieusement des antécédents et remonter dans tout le passé de son malade.

Ressort-il de cet examen qu'on a affaire à un arthritique: l'indication formelle est d'instituer un traitement alcalin, bicarbonate de soude, colchique, bains alcalins, bains de vapeur, eaux minérales, etc. On a beaucoup abusé de ce traitement alcalin; mais, s'il tombe juste, il réalise des guérisons surprenantes; il faut donc en saisir les exactes indications.

Les cas les plus usuels de psoriasis, ceux que nous rencontrons tous les jours, appartiennent généralement au type dartreux; supposons un psoriasis à sa période d'état, sans phénomènes inflammatoires, chez un sujet en pleine santé: quel traitement devons-nous instituer?

Nous devons recourir à deux ordres d'agents thérapeutiques : 1° internes; 2° externes.

A. *Médication générale.* — On a employé les agents les plus multiples et les plus divers. Pour les énumérer, il faudrait assurément parcourir toute la matière médicale; pour n'en citer que quelques-uns, et la plus minime partie, disons qu'on a successivement employé les purgatifs, les diurétiques, l'arsenic, l'iode, le mercure, le goudron, le phosphore, l'huile de foie de morue, la teinture de maïs, etc. Toute cette richesse thérapeutique apparente masque une disette réelle d'agents efficaces. Nous pouvons abandonner toute cette série des corps les plus disparates, vantés par des patrons sincères sans doute, mais trop crédules, et, revue bien faite, n'en gardons qu'un seul qui soit digne d'une confiance réelle : c'est l'*arsenic.*

Devenu d'un emploi commun et vulgaire, l'arsenic est la base d'une foule de préparations pharmaceutiques :

Liqueur de Fowler, 12 à 15 gouttes par jour.

Pilules asiatiques, contenant chacune 5 milligrammes d'acide arsénieux, une à trois par jour.

Solution d'arséniate de soude, 1 centigramme par cuillerée à bouche, une à trois cuillerées à bouche par jour.

Les préparations arsenicales sont généralement bien tolérées, surtout lorsqu'on en segmente les doses et qu'on les fait prendre *avant* ou *pendant* le repas.

Au point de vue de la direction de ce traitement, quelques-uns ont préconisé les faibles doses; il vaut mieux aborder d'emblée les doses véritablement actives. On a même prescrit d'emblée 18 gouttes de liqueur de Fowler pour atteindre rapidement la dose de 25 à 30 gouttes.

Comme le traitement est très-long, on en fait des séries interrompues toutes les trois ou quatre semaines, afin d'éviter les effets de l'accoutumance.

Inutile d'ajouter qu'il doit être surveillé avec soin, qu'il faut le suspendre dès qu'apparaissent les effets toxiques de l'arsenic. On cessera l'usage de l'arsenic aussitôt que l'on verra sur le psoriasis ce que l'on appelle la *tache arsenicale*, c'est-à-dire quand le psoriasis perd sa couleur rouge éclatante et passe au brun ardoisé sous l'influence de l'arsenic. Dès qu'elle se produit, on suspend pour un certain temps l'usage de l'arsenic, puis on le reprend plus tard.

Le traitement arsenical n'est d'ailleurs pas redoutable si la surveillance médicale préside à son administration. Nous donnons ici même des doses effrayantes d'arsenic, sans avoir jamais observé d'accidents. On connaît le cas d'Hébra, qui fit prendre à un malade 2,000 pilules asiatiques, soit 8 grammes d'acide arsénieux, sans porter de dommage à la santé de ce malade.

B. *Traitement externe.* — Les topiques employés contre le psoriasis sont aussi nombreux que les médicaments internes; citons seulement le goudron, l'huile de cade, de bouleau, le savon mou, le mercure, la créosote, la naphthaline, le sulfure de chaux, l'eau froide, l'hydrothérapie, les bains de son, les bains alcalins, les bains sulfureux, les bains de vapeur, les bains de boue, l'enveloppement dans le caoutchouc, etc.

Un traitement, sanctionné à l'hôpital Saint-Louis par une très-vieille expérience, qui prime tous les autres et qui est applicable à la généralité des cas, est le traitement par les frictions cadiques et la balnéation répétée.

Tous les jours, ou tous les deux jours, on fait des frictions avec de l'huile de cade pure ou mitigée.

| | |
|---|---|
| Glycérole d'amidon. . . . . | 30 grammes. |
| Huile de cade. . . . . . . . | 4 à 6 grammes. |

Ces frictions doivent être faites énergiquement; ce ne sont pas des onctions, mais des frictions; il faut frotter les plaques psoriasiques avec une flanelle imbibée d'huile de cade ou avec une brosse à longues soies. Pendant le cours de ces frictions, le malade est laissé dans ses habits, dans ses draps de lit, pour que le linge toujours renouvelé n'absorbe pas la plus grande partie de l'huile de cade; il faut que le malade soit baigné, macéré dans l'huile de cade. Tous les deux jours, ou mieux tous les huit jours, on lui fait prendre un bain d'amidon ou un bain savonneux, on lui « met la peau au net », suivant l'expression consacrée, et l'on constate les effets du traitement. On continue ainsi jusqu'à ce que la peau soit non-seulement détergée, mais qu'elle soit modifiée au point de vue de la rougeur et de l'épaississement.

Il n'y a pas un simple décapage mécanique à obtenir; il y a une modification des qualités morbides de la peau, une inflammation substitutive de la peau, une dermite véritable avec rougeur plus ou moins intense, avec l'acné cadique même.

C'est là le mode d'action de l'huile de cade; en tous cas, quel qu'en soit le mécanisme, elle possède une action curative manifeste.

En trois ou quatre semaines, en moyenne, on obtient une modification notable des surfaces psoriasiques qui s'affaissent et perdent leur teinte sombre.

On a reproché à ce traitement des inconvénients multiples; il est, plus ou moins longtemps, très-assujettissant; il séquestre le malade et le condamne à un état sordide, véritablement dégoûtant; cette macération est insupportable partout ailleurs que dans un hôpital; enfin l'odeur est pénétrante et nauséeuse. Il est vrai que l'on peut substituer à l'huile de cade l'huile qui sert à donner aux cuirs de Russie leur parfum particulier; mais bientôt cette odeur de cuir de Russie n'est pas moins nauséeuse ni moins insupportable que celle de l'huile de cade. En revanche, ce qui serait un progrès véritable, ce serait une substance qui aurait les mêmes propriétés, sans avoir l'aspect repoussant des huiles

empyreumatiques. Peut-être avons-nous ce produit dans l'acide chrysophanique.

M. Balmanno Squire lui attribue les mêmes qualités qu'à l'huile de cade, dont il n'a pas l'odeur; il exercerait une inflammation substitutive égale à celle de l'huile de cade et amènerait une guérison plus sûre et plus rapide. « Des psoriasis durant depuis quinze ou vingt ans, dit textuellement notre éminent confrère, ont été guéris en une ou deux semaines par l'acide chrysophanique. »

Nous n'en avons pas encore fait, en cet hôpital, une expérience suffisante; mais, dans quelque temps, nous pourrons nous prononcer.

En somme, le traitement à employer actuellement est encore l'arsenic, les bains, les frictions à l'huile de cade.

Quelle est la valeur de ce traitement et quelle part doit-on attribuer à chaque agent en particulier? Il est certain qu'étant donnée une éruption de psoriasis, on peut toujours être sûr d'en venir à bout par ce traitement. Mais, si l'arsenic y a une action bien déterminée, son influence est incontestablement inférieure à celle des frictions. Un psoriasis traité par l'arsenic seul disparaît bien plus lentement que s'il est traité par les frictions seules. Quelquefois même l'arsenic a une influence absolument nulle. On voit même, chez des malades qui, traités par les deux agents, huile de cade et arsenic, par négligence ne frottent pas toutes leurs plaques psoriasiques avec l'huile de cade, que l'amélioration cesse subitement sur certaines plaques, et c'est précisément sur les plaques où les frictions ont été négligées.

Nous pouvons nous demander aussi quel degré d'action curative nous possédons sur le psoriasis en tant que maladie; en un mot, guérissons-nous le psoriasis? Ici encore la réponse est unanime; non, nous ne guérissons pas le psoriasis. Toujours il récidive après un temps de silence plus ou moins long. Il faut bien le savoir : les récidives du psoriasis ne sont pas possibles ni éventuelles, elles sont fatales.

Tout au moins, si nous n'en obtenons pas une guérison assurée, avons-nous un moyen d'en atténuer les poussées et d'en éloigner les époques d'éruption? A cette question, la réponse eût été formellement positive, il y a quelques années, alors que l'arsenic était réputé comme le mercure de la dartre. Mais aujourd'hui la réaction s'est faite dans les esprits, et ce médicament exalté autrefois ne jouit plus maintenant que d'une considération amoindrie. Hébra l'a proclamé d'une action certaine, incontestable, mais temporaire. Les effets de l'arsenic sont momentanés; ils ne sont point permanents. L'arsenic n'empêche ni le retour du psoriasis ni les récidives.

C'est aussi l'opinion de plusieurs dermatologistes de l'hôpital Saint-Louis.

A quelles conclusions nous arrêterons-nous? Je pense que cette condamnation est sévère et trop prématurée; il faudrait expérimenter l'arsenic contre la dartre comme on a expérimenté le mercure contre la syphilis. On sait qu'il faut traiter la vérole alors qu'elle n'est plus qu'en puissance et qu'elle n'a plus de manifestations. Il faut la traiter maintes et maintes fois; il faut persécuter la vérole pour en devenir maître. Eh bien, que l'on en fasse autant pour combattre la dartre, qu'on la persécute avec l'arsenic, comme la vérole avec le mercure, et alors seulement on aura le droit de conclure. Quelque vieille que soit la question de l'arsenic, elle n'est pas jugée; elle est justiciable de nos observations ultérieures.

Hygiène des malades atteints de psoriasis. — Une hygiène spéciale est le complément absolument nécessaire du traitement. Il faut à ces gens une vie calme, exempte de fatigues, d'excès, d'émotions; un régime alimentaire sobre, dont on exclura le café, les alcooliques, les vins généreux; l'abstention du poisson de mer, des mets épicés, de haut goût, sera aussi indispensable.

Ici, en effet, les malades sont juges en leur propre cause; ils savent bien, et ils nous le répètent tous les jours, qu'un régime échauffant provoque soit le retour, soit l'exacerbation des poussées psoriasiques.

A titre prophylactique, cette hygiène que nous prescrivons pendant la durée des poussées pourra être maintenue dans l'intervalle des crises et observée autant que possible. On y aidera encore en favorisant les fonctions de la peau par des bains fréquents, par de l'exercice, par des bains de vapeur, une fois par semaine. Quant aux eaux minérales, on obtiendra de bons effets par l'emploi des eaux sulfureuses faibles.

---

## RÈGLEMENT

### CONCERNANT LE SERVICE DES MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES PRIMAIRES ET DES SALLES D'ASILE COMMUNALES.

Le sénateur, préfet de la Seine, vu l'article premier de l'arrêté en date du 13 juin 1879 instituant, à partir du 15 juillet 1879, un service d'inspection médicale dans les écoles et dans les salles d'asile du département; vu les articles 9, 10 et 11 dudit arrêté fixant les attributions des médecins-inspecteurs; considérant qu'il importe de déterminer, par un règlement spécial, le mode de fonctionnement du service et les rapports des médecins-inspecteurs, tant avec les autorités municipales qu'avec les directeurs et les directrices des établissements scolaires, arrête :

Article premier. — Chaque médecin-inspecteur, à son entrée en fonctions, devra remettre au maire de l'arrondissement une note indiquant : son domicile, le siège de son cabinet médical et les jours et heures où il y donne ses consultations. Ces renseignements seront transmis par le maire aux établissements compris dans la circonscription du médecin-inspecteur qui, en cas de changement de domicile ou de modification dans les jours et heures de ses consultations, devra en donner immédiatement avis au maire, chargé d'en informer les établissements intéressés. Dans les arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis, les renseignements concernant le domicile et les jours de consultation du médecin-inspecteur seront adressés au président de la délégation cantonale, qui en donnera communication aux maires des communes intéressées.

Art. 2. — Un registre spécial sera mis, dans chaque école ou salle d'asile, à la disposition du médecin-inspecteur pour y consigner le résultat de ses inspections. Le directeur de l'établissement inscrira en tête de ce registre le nom du médecin-inspecteur, son domicile, et les jours et heures de ses consultations. Le registre de l'inspection médicale sera constamment tenu à la disposition des autorités préposées à la surveillance des écoles qui pourront en demander communication à chacune de leurs visites.

Art. 3. — Toute école ou salle d'asile devra recevoir deux fois par mois la visite du médecin-inspecteur. Le médecin-inspecteur devra, en outre, procéder à des visites supplémentaires dans les établissements de sa circonscription, toutes les fois qu'il en sera requis par le maire de l'arrondissement. Dans les arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis, les réquisitions à fin de visites supplémentaires seront adressées au médecin-inspecteur, sur la demande du maire de la commune, par le président de la délégation cantonale.

Art. 4. — A son arrivée dans chaque établissement, le médecin-inspecteur commencera par procéder à un examen des locaux autres que les classes (vestibules, préau couvert, cour de

récréations, cabinets d'aisances, urinoirs, etc.). Il sera accompagné, dans cette visite, par le directeur (ou la directrice) auquel il adressera les observations ou recommandations que pourrait lui suggérer l'état des locaux. Il visitera ensuite chacune des classes. Après s'être rendu compte des conditions hygiéniques de la salle au point de vue de l'éclairage, du chauffage, de la ventilation, de l'aménagement du mobilier, etc., etc., il procédera à l'examen des enfants et, en particulier, de ceux qui lui seraient signalés par le directeur ou la directrice comme présentant des symptômes d'indisposition.

Art. 5. — Après avoir terminé sa visite, le médecin-inspecteur consignera, sur le registre spécial à ce destiné, le résultat de ses constatations. Il répondra aux diverses questions formulées dans ce registre au sujet de l'état de propreté des locaux, de l'éclairage, du chauffage, de la ventilation des classes, etc. Il inscrira ensuite, dans les colonnes réservées *ad hoc* les noms des enfants chez lesquels il aura reconnu des symptômes d'indisposition assez graves pour motiver le renvoi de ces enfants dans leur famille. En indiquant la nature de l'indisposition, il aura soin de faire connaître si elle peut être contagieuse. Enfin, il fera mention du nombre des enfants absents de l'établissement, pour cause de maladie, au moment de sa visite, en indiquant, d'après les renseignements qui lui seront fournis par le directeur ou la directrice, les maladies qui paraîtraient dominer parmi ces enfants.

Art. 6. — Après chaque inspection et, au plus tard, dans un délai de vingt-quatre heures, le médecin-inspecteur adressera au maire de l'arrondissement un bulletin destiné à faire connaître la situation sanitaire de l'établissement visité. Des formules de bulletins imprimées (formule n° 1) indiquant les diverses questions auxquelles le médecin doit répondre, seront mises à la disposition de chaque médecin-inspecteur. Dans les arrrondissements de Sceaux et Saint-Denis, le bulletin, établi en double exemplaire, devra être adressé simultanément au président de la délégation cantonale et au maire de la commune intéressée.

Art. 7. — Les maires des arrondissements feront établir un relevé des propositions contenues dans les bulletins des médecins-inspecteurs, et ils saisiront sans retard l'administration centrale de toutes celles qui leur paraîtraient présenter un caractère d'urgence. Ils réserveront, pour les soumettre à un examen plus approfondi, et, au besoin, pour les communiquer à la délégation cantonale, celles qui, ne répondant pas à des nécessités pressantes, comporteraient une décision d'un caractère général ou impliqueraient des remaniements importants dans l'aménagement des locaux. En cas d'épidémie, ils pourront, si le médecin réclame la fermeture d'urgence d'un établissement, autoriser cette fermeture, sauf à en donner immédiatement avis à l'inspecteur de l'enseignement primaire et à l'administration centrale. Dans les arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis, il appartiendra au maire de chaque commune de prendre les mesures d'amélioration ou de préservation réclamées par le médecin-inspecteur. Il sera rendu compte de ces mesures dans la première séance de la délégation cantonale, à laquelle le président devra d'ailleurs communiquer toutes les propositions des médecins-inspecteurs qui lui paraîtraient de nature à être soumises aux délibérations de la délégation.

Art. 8. — Les enfants chez lesquels le médecin-inspecteur, pendant sa visite, aura reconnu les symptômes d'une affection contagieuse, seront immédiatement renvoyés chez leurs parents avec une lettre d'avis (formule n° 2), indiquant le motif de ce renvoi. Cette lettre fera connaître aux parents que l'enfant ne pourra être admis de nouveau dans l'établissement qu'après s'être présenté à la consultation du médecin inspecteur et en avoir obtenu un certificat (formule n° 3) constatant que sa rentrée peut avoir lieu sans inconvénients.

Art. 9. — Il sera remis à chaque directeur ou directrice une liste, établie par les soins du comité central d'hygiène et de salubrité, des maladies présentant un caractère contagieux. Dans cette liste seront indiqués les premiers symptômes de ces maladies. Si, dans l'intervalle des visites du médecin-inspecteur, un enfant se trouve indisposé pendant son séjour à l'école ou à la salle d'asile, le maître ou la maîtresse de la classe en donnera immédiatement avis au directeur ou à la directrice. Après avoir examiné et interrogé l'enfant, le directeur (ou la directrice), s'il croit reconnaître quelques-uns des symptômes décrits dans la liste des maladies contagieuses, renverra l'enfant chez ses parents, en faisant connaître le motif de ce renvoi par une lettre d'avis semblable à celle dont il est question dans l'article 8 (formule n° 2). Les parents seront avertis par cette lettre que l'enfant doit être conduit à la consultation du médecin-inspecteur, et qu'il ne pourra rentrer dans l'établissement qu'avec un certificat délivré par ce médecin.

Art. 10. — Le même certificat pourra être exigé des enfants qui, sans que leur éloignement ait été provoqué ni par le directeur de l'établissement, ni par le médecin-inspecteur, se seraient absentés de l'école ou de la salle d'asile pour cause de maladie. Le directeur (ou la directrice) devra, dans ce cas, s'enquérir de la nature de la maladie qui a motivé l'absence, et, si cette maladie figure sur la liste des affections contagieuses, faire connaître aux parents que leur enfant ne pourra être admis de nouveau dans l'établissement qu'après s'être présenté à la consultation du médecin-inspecteur. A cet effet, un exemplaire de la lettre d'avis (formule n° 2) indiquant les jours et heures des consultations du médecin-inspecteur sera remis aux parents.

Art. 11. — Tous les trois mois, MM. les maires d'arrondissement adresseront au préfet un rapport sur le fonctionnement du service médical dans leurs arrondissements. Ils indiqueront, dans ce rapport, la date des visites faites par les médecins-inspecteurs dans chacun des établissements scolaires de l'arrondissement, et feront connaître leur appréciation sur la façon dont chacun des médecins se sera acquitté de son service. Dans les arrondissements de Sceaux et Saint-Denis, le rapport trimestriel sera rédigé par le président de la délégation cantonale, et adressé au sous-préfet qui le transmettra au préfet en y joignant ses observations.

Art. 12. — Un exemplaire du présent arrêté réglementaire sera remis à chaque médecin-inspecteur au moment de son entrée en fonctions. Il en sera, en outre, déposé un exemplaire dans chacun des établissements scolaires, écoles primaires ou salles d'asile soumis à l'inspection médicale.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Faculté de médecine de Lyon.* — Un concours pour une place de prosecteur s'ouvrira le 13 novembre 1879. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté quinze jours au moins avant l'ouverture du concours. Les fonctions de prosecteur sont incompatibles avec celles d'agrégé ; le traitement est de 1,500 francs par an.

Un concours pour deux places d'aide d'anatomie s'ouvrira le 1er décembre 1879. Tous les étudiants en médecine sont admis à concourir. La durée des fonctions est de deux années. Le traitement est de 1,000 francs par an.

— MM. les docteurs Raugé, Quioc, Chambard-Hénon, Garel, Patel et Gros viennent d'être nommés, après concours, médecins-inspecteurs des écoles municipales de Lyon.

**Des méthodes, des procédés, des appareils et des instruments employés pour pratiquer l'embryotomie dans les cas de présentations de l'épaule; description de deux appareils nouveaux d'embryotomie,** par le docteur P. Thomas. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

**Sur le diabète maigre dans ses rapports avec les altérations du pancréas,** par le docteur Lapierre. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8767.

## Dragées arsenico-ferriques

**aux sels naturels de la Dominique,**

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescence, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique;** il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squameuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — BIETT. — BOUCHARDAT, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édit., p. 396.

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix : **3** francs la boite. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

---

## Capsules Mathey-Caylus

***Au Copahu et à l'Essence de Santal,***
***Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,***
***Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.***

**« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.**

**« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »**

**En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.**

**GROS : Clin & Cie, 14, RUE RACINE, PARIS**
**DÉTAIL : 10, Carrefour Odéon, et Pharmacies**

---

## Vin de Baudon **antimonio-phosphaté.**

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

*Utile pendant la grossesse et l'allaitement.*

Ph. BAUDON, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

---

## Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

---

## Sirop MINERAL SULFUREUX Crosnier

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (7 AOUT 1877).

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante. — r. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

---

## Thymol-Doré HYGIÈNE ET SALUBRITÉ DE LA MAISON

Bains, lotions, toilette intime, assainissement, médecine domestique, épidémies.

Cette précieuse substance, récemment introduite dans le commerce, est un produit végétal, un extrait des essences de Thym, un antiputride, un désinfectant de premier ordre, en même temps qu'un parfum des plus subtils. Il est déclaré supérieur à tous les produits similaires et recommandé par toutes les sommités médicales. Voir entre autres les travaux des docteurs *Giraldès, Bouilhon, Paynet, Lallemand, Rengade, Lewen, Bouchardat, Wirchow*, etc. — Dépôt général, 20, rue Richer, Paris, et partout. — 2 fr. le flacon.

---

## Solution de Salicylate de Soude

DU DOCTEUR CLIN

***Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris***

(PRIX MONTYON)

**La Solution du Docteur Clin, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le** *Salicylate de Soude* **et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.**

**Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :**

**2 grammes** ***Salicylate de Soude*** **par cuillerée à bouche.**

**0,50 centigr.** ***Salicylate de Soude*** **par cuillerée à café.**

**DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.***
**GROS : CHEZ Clin & Cie, RUE RACINE, PARIS.**

---

## Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliqes hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de CH. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

---

## Ver solitaire

Guérison certaine par les *Globules* de SECRETAN (à l'extrait vert des rhizomes frais de fougère mâle des Vosges). Le seul remède infaillible, expérimenté avec le plus grand succès dans les hôpitaux; pas d'insuccès possible. — Dépôt : *Secretan*, pharm., 37, avenue Friedland, Paris. — Envoi *fo* contre mandat 10 fr. (Éviter les contrefaçons.)

---

FIÈVRES, ANÉMIE, CHLOROSE
MALADIES NERVEUSES

## Vin de Bellini (*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*)

tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

ADH. DETHAN, ph., faub. St-Denis, 90, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

*Bellini*

---

## Sirop du Docteur Dufau,

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.

Maladies aiguës et chroniques de la vessie : *Diathèse urique, Gravelle, Cystite, Catarrhe vésical, Dysurie.* — 3 francs le flacon dans les principales pharmacies. — Dépôt général : pharmacie Lagnoux, 19, rue des Missions, à Paris.

---

## Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or*. — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature HENRI NESTLÉ. — Gros : CHRISTEN frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie CHRISTEN, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

---

## Tamar indien Grillon

(Électuaire lénitif no 532 du Codex.)

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc.

Ph. GRILLON, 52, r. Grammont, Paris. Bte, 2 f. 50.

---

INSTRUMENTS ET APPAREILS

## Hygiène, médecine, chirurgie.

Maison *DARBO*, 86, pass. Choiseul, Paris.

---

## Épilepsie. Hystérie. Névroses

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

---

## Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

**Pepsine Boudault en poudre,** par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

**Pepsine Boudault en poudre,** par flacon de 10 prises de 1 gramme.

**Elixir** et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

**Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault.** — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

---

## Extrait de viande Liebig.

L'Extrait de viande Liebig est du bouillon concentré. Les Établissements de la compagnie Liebig, situés dans l'Uruguay, sont aujourd'hui universellement connus. La Compagnie a obtenu, à l'Exposition de 1867, deux médailles d'or; à celle du Havre, en 1868, une médaille d'or; en 1869, à Amsterdam, un grand diplôme d'honneur; en 1872, une grande médaille d'or à l'Exposition scientifique de Moscou; un grand diplôme d'honneur à Vienne, en 1873; elle a été MISE hors concours à Lyon en 1872; et enfin on lui a octroyé, à l'Exposition de Paris, en 1878, une médaille d'or.

Le bouillon à l'extrait de viande se prépare instantanément et il est privé de graisse et de gélatine. Ce sont là des qualités qui lui assurent l'approbation du médecin pour qui un bouillon de préparation facile est d'une si grande importance. Plusieurs pharmacopées ont du reste dû l'admettre parmi les médicaments de pharmacie.

Se vend en gros par les principaux droguistes de Paris et de la province.

---

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

## Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Barèges*.

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . 1 »

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

---

## Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

---

## Elixir Prothière

A LA CRÉOSOTE VÉGÉTALE PURE

contre la Phthisie. Accepté sans répugnance et bien supporté par les malades. (TARARE.)

**Ce journal paraît trois fois par semaine**
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

**Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57**
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour completer le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

C'est en marchant que se prouve le mouvement; et si ce mouvement se fait souvent sous l'impulsion et par les encouragements des académies, il a lieu quelquefois, il faut le dire, malgré leur résistance et contre leurs jugements prématurés. Il y a vingt et quelques années, l'Académie de médecine réprouvait avec une sorte d'indignation l'ovariotomie, qu'un seul de ses membres eut alors le courage de défendre. On sait où en sont aujourd'hui les succès de cette opération. En 1872, Demarquay, chargé de faire un rapport sur diverses communications relatives à la gastrotomie pour des cas de tumeurs fibreuses péri et intra-utérines, reconnaissait, sans rencontrer d'opposition parmi ses collègues, que l'ovariotomie est une opération sage, rationnelle, commandée par les succès qu'elle donne quand elle est pratiquée dans de bonnes conditions. Mais, ajoutait-il, il n'en est point de même des tumeurs de l'utérus; et des considérations développées dans son rapport il concluait contre l'ablation de ces tumeurs. Quelques mois plus tard, il communiquait à la savante compagnie le résultat malheureux d'une tentative de ce genre qu'il avait été amené à faire lui-même en quelque sorte à contre-cœur; et, émettant à cette occasion des doutes sur l'origine et la nature utérine des tumeurs enlevées jusque-là avec succès, il terminait sa communication par ces mots : « Quand un utérus contenant un corps fibreux considérable, compromettant sérieusement la vie, aura été présenté à cette tribune, le doute ne sera permis pour personne. »

Si ce doute avait pu subsister encore dans l'esprit de quelques membres après les communications et les présentations faites depuis à l'Académie, et notamment après la statistique des opérations pratiquées par M. Péan dans le cours de ces dernières années, que nous avons exposée dans le n° du 15 juillet de la *Gazette des hôpitaux,* il a dû cesser complètement hier après l'intéressante communication faite par M. Tillaux et la présentation d'un utérus, contenant une énorme tumeur fibreuse, enlevé chez une jeune femme jouissant aujourd'hui de la plus parfaite santé, et que tous les membres de l'Académie et les assistants ont pu voir et examiner dans la bibliothèque.

Nous renvoyons au compte-rendu de la séance pour l'exposition des principaux points de cette importante communication.

Dr Brochin.

---

### HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

**I. Rétrécissement du rectum; autopsie. — II. Hématurie; cancer de la vessie.**

I. La phthisie pulmonaire vient d'emporter une de nos anciennes malades et de nous fournir l'occasion d'étudier les pièces anatomiques du rétrécissement rectal pour lequel cette femme a été traitée dans notre service de chirurgie. Je vous mets sous les yeux les parois du rectum qui ont été disséquées et étalées: vous pouvez voir qu'il était le siège d'un rétrécissement canaliculé plutôt qu'annulaire et situé à trois ou quatre centimètres au-dessus de l'orifice anal. Il n'y a pas de condylome, comme on en observe dans les cas de rétrécissement consécutif à un chancre.

Cette malade était une femme de trente-quatre ans; lorsqu'elle est venue dans nos salles, il y a un an, nous avons senti, au toucher rectal, que le rétrécissement avait la forme d'une virole assez allongée. En cherchant avec soin dans les antécédents de cette femme, nous n'avons pu découvrir aucune trace de manifestation de syphilis constitutionnelle; d'après les renseignements assez explicites qu'elle nous a donnés, nous avons dû plutôt croire que ce rétrécissement remontait à son jeune âge et était probablement congénital. En effet, elle avait toujours eu des difficultés d'aller à la garde-robe. Amussat fils lui avait déjà donné des soins pour un rétrécissement rectal. Celui-ci pouvait être d'origine congénitale et présenter la forme valvulaire habituelle avant les manœuvres chirurgicales, incision et cautérisation qui lui ont peut-être fait prendre ultérieurement l'apparence de virole et de canal rétréci.

Nous n'avions donc pas de motif sérieux pour supposer à ce rétrécissement une origine chancreuse; la malade était faible et délicate et se plaignait d'une constipation assez opiniâtre, ce qui est encore un fait rarement observé dans les rétrécissements chancreux. Nous avons alors pratiqué la cautérisation linéaire et fendu, avec le thermocautère Paque-

lin, toute la paroi rectale depuis le siège du rétrécissement jusques et y compris le sphincter rectal. Cependant la récidive a été constatée peu de temps après, et, comme la phthisie pulmonaire prenait une marche nettement accusée, nous n'avons plus tenté d'opération chirurgicale pour débarrasser la malade de cette infirmité; nous nous sommes contenté de lui prescrire quelques lavements pour pallier la gêne du rétrécissement pendant les derniers jours de sa vie.

A l'autopsie, nous devions chercher à vérifier une lésion que j'ai décrite et que jusqu'à présent j'ai toujours constatée dans les quatre ou cinq autopsies que j'ai faites de rétrécissement rectal; je veux parler de la grande ulcération du rectum, située au-dessus du rétrécissement, sur la muqueuse rectale et dans une étendue de 3, 4, 6 centimètres. J'ai toujours observé cette lésion dans les rétrécissements d'origine chancreuse et j'ai pensé qu'elle était une des causes de la gravité de ces rétrécissements et de leur résistance à tous les traitements.

Ces malades rendent toujours une plus ou moins grande quantité de pus, mélangé de sang; ils ont toujours des envies d'aller à la selle, ce qu'on appelle des fausses garde-robes. Or, la femme que nous avons observée n'a précisément point présenté cette ulcération rectale; vous pouvez voir que la muqueuse est simplement rouge et hypérémiée, mais qu'elle n'est pas ulcérée, au-dessus de la limite du rétrécissement. Cette remarque confirmerait encore le diagnostic d'origine congénitale et non chancreuse de l'affection. Notons, en terminant, que l'abondance de la suppuration rectale, la gêne des fonctions digestives sont une cause permanente d'affaiblissement et ont pu hâter le développement de la phthisie pulmonaire qui a emporté cette malade.

II. Nous venons d'examiner un homme, âgé d'une cinquantaine d'années, qui ne présente aucun autre symptôme que l'hématurie. Vingt fois par jour, il est pris du besoin d'uriner avec dysurie et pressantes envies d'aller à la selle; en dehors de ces moments, il ne souffre pas. Il n'existe pas de pus dans ses urines, qui sont fortement chargées de sang et ont une coloration brune rougeâtre.

Une hématurie aussi persistante et aussi accentuée ne peut avoir qu'une cause anatomique assez grave. A quoi pouvons-nous l'attribuer? J'ai d'abord cherché du côté de la région rénale; un cancer du rein est souvent l'origine de pertes de sang de cette nature. La palpation profonde de l'abdomen ne m'a fait découvrir aucune tumeur dans cette région.

L'hématurie peut aussi venir de la vessie; j'ai interrogé le malade sur les divers symptômes de la présence d'un calcul dans la vessie; vous savez, en effet, que la pierre amène des ulcérations et des déchirures de la muqueuse vésicale, qui expliqueraient l'écoulement sanguin. Cet homme n'accuse rien qui ressemble aux effets de la présence d'un calcul dans la vessie. Je devais pourtant poursuivre cette recherche plus loin, et j'ai eu recours au cathétérisme. Après avoir placé un coussin sous le siège du malade pour élever son bassin, j'ai introduit la sonde en argent; j'ai reconnu immédiatement qu'il n'existe pas de rétrécissement uréthral, ni d'hypertrophie de la prostate, ni de varices du col de la vessie, auxquelles on aurait encore le droit de rapporter l'hématurie. La vessie était peu sensible et j'ai pu l'explorer d'abord dans toute son étendue sans avoir besoin de la remplir d'eau tiède. J'ai ensuite injecté de l'eau en assez grande quantité. Nulle part je n'ai rencontré de résistance en manœuvrant la sonde dans la cavité vésicale. Je sais bien qu'il pourrait y avoir un calcul enchatonné dans une loge de la vessie et qui échapperait à mon exploration, mais je n'ai rien perçu qui permît de soupçonner cette éventualité. En faisant tourner la sonde de gauche à droite et de droite à gauche, j'ai senti le bec de la sonde arrêté beaucoup plus tôt en le dirigeant de gauche à droite, sur la paroi droite de la vessie; il y avait là une tumeur, un obstacle sérieux qui ne peut être rattaché à un simple épaississement des muscles ou de la muqueuse; il consiste probablement en un épithélioma ou un cancer de la vessie, un de ces fongus, plus ou moins pédiculés, qui exhalent constamment par leur surface ulcérée des quantités considérables de sang.

Ce résultat de l'exploration par le cathétérisme est, d'ailleurs, confirmé par la pâleur du visage, dont le teint est un peu jaune et cachectique.

---

## HOPITAL NECKER. — M. Potain.

### Tumeurs du foie.

Au n° 18 de la salle Saint-Jean est couché un homme qui est porteur d'une énorme tumeur abdominale. Vers l'année 1852, déjà, il a ressenti des douleurs vives dans l'hypochondre droit; préalablement, il avait eu de l'ictère à deux reprises différentes. A cette époque, il avait aussi des pituites matinales très-fréquentes; elles ont un peu diminué depuis quelque temps. Les douleurs qu'il ressentait étaient aussi accompagnées de hoquet fréquent. Peu à peu, après avoir présenté ces symptômes biliaires et gastriques, il a remarqué le développement d'une tumeur à l'épigastre, qui a suivi une marche très-régulièrement progressive. Après quelque temps, la tumeur remplit l'épigastre et l'hypochondre. Aujourd'hui elle est arrivée à occuper tout l'hypochondre droit, l'épigastre jusqu'à l'ombilic, et une partie de l'hypochondre gauche : les fausses côtes sont soulevées et écartées par la tumeur. La portion inférieure de l'abdomen ne présente aucune trace de tumeur; pas d'ascite, quelle que soit la position que l'on donne au malade. Toute la portion supérieure de l'abdomen est occupée par cette tumeur rénitente, très-dure, d'une matité complète dans toute son étendue. Les bords de la tumeur sont minces, faciles à distinguer et assez dépressibles, tandis que le reste de la tumeur est d'une dureté peu commune. Ce symptôme est très-utile à constater, car il nous dénote que la tumeur appartient au foie, dont nous reconnaissons ainsi le bord tranchant antérieur.

Enfin, lorsqu'on examine avec un peu plus de soin, on s'aperçoit qu'il existe une autre tumeur à la portion externe de l'hypochondre droit, et, *au-dessous* de la première tumeur que nous venons de décrire, on trouve une tumeur cachée sous les bords du foie et allant jusque vers l'ombilic. Cette deuxième tumeur est élastique, régulière, rénitente et tendue. A la percussion, on constate une sorte de sonorité : ce n'est plus la matité compacte de la première tumeur.

En aucun point de la tumeur abdominale on ne perçoit de frémissement d'aucune espèce.

Rien d'anomal du côté des poumons ni du côté du cœur, où je vous signalerai seulement, sans y insister aujourd'hui, un bruit de souffle diastolique à la base du cœur, qui n'ap-

partient pas aux cavités du cœur même, car il est intermittent et se passe en dehors de cet organe.

Nous avons donc affaire à une tumeur volumineuse du foie : reste à déterminer quelle est sa nature. Plusieurs hypothèses peuvent être faites. L'idée d'un kyste hydatique est la première qui nous vient à l'esprit; mais il faut songer aussi à une hypertrophie simple du foie, ainsi qu'aux néoplasies de toute nature.

Le pronostic n'étant pas le même, suivant qu'on se ralliera à l'une de ces suppositions, il est important de discuter les probabilités de chacune d'elles.

Le kyste hydatique du foie n'est pas toujours facile à reconnaître ; en général, lorsqu'il ne s'affirme pas par des caractères bien nets, on le diagnostique surtout par des signes négatifs : par exemple, si l'on observe une tumeur plus ou moins considérable qui ne s'accompagne pas d'altération grave de la santé, ni de troubles notables des fonctions hépatiques, on est en droit de supposer l'existence d'un kyste hydatique. Mais ici, nous ne sommes pas dans un cas de ce genre; cet homme présente, à un certain moment du cours de sa maladie, des accidents hépatiques qui ne se rattachent pas du tout à la symptomatologie des kystes du foie; les pituites, le hoquet fréquent, ne sont, pas plus que l'ictère, des phénomènes de cette sorte de lésion.

D'un autre côté, le volume, la dureté du foie, sont encore différents de ce que l'on observe dans les cas de kyste : le foie peut bien alors augmenter considérablement de volume, mais il reste souple, élastique. Ici le foie est très-dur, très-rénitent.

Cet homme avait eu de l'ictère autrefois ; il avait éprouvé des troubles des fonctions digestives à la suite d'excès alcooliques fort probables : il a eu une tuméfaction du foie consécutive à l'altération des voies biliaires et à sa gastrite alcoolique. Il faut écarter l'idée de kyste pour la première tumeur. Mais, pour la seconde tumeur qui est située au-dessous du foie, il serait possible qu'elle fût constituée par un kyste d'une certaine nature.

Toutefois ses caractères et son siège doivent nous inspirer de la réserve dans nos appréciations. Si elle siégeait à la partie supérieure du foie, nous aurions presque la certitude, en raison de sa rénitence, de son élasticité, de sa demi-fluctuation malgré l'absence du frémissement hydatique.

Toutefois l'erreur est possible, et j'ai fait, comme beaucoup de mes collègues, des ponctions dans des cancers encéphaloïdes. Ici, cependant, la cachexie cancéreuse proprement dite n'existe pas, et nous avons plutôt le droit de songer à la supposition de kyste.

Ce pourrait très-bien être la vésicule biliaire dilatée, à la suite d'une oblitération de son col, causée ou non par des calculs, par du mucus, etc.; la vessie se serait dilatée progressivement en se remplissant d'un liquide plus ou moins séro-purulent. On a observé ainsi des cas où la vessie est arrivée à atteindre un très-grand volume. Quoique je n'aie pas encore vu la vésicule se développer aussi considérablement, je ne dois pas oublier que cette tumeur occupe la place de la vésicule. L'absence de frémissement n'est pas très-importante : il y a des tumeurs qui ne le donnent pas, quoiqu'elles soient des tumeurs hydatiques, tandis que des tumeurs qui ne renferment pas d'hydatides donnent du frémissement.

Pour provoquer le frémissement, il suffit d'une tumeur renfermant un liquide fluide contenu dans une poche à paroi peu tendue. La tumeur ici est très-tendue : ce qui expliquerait qu'il n'y a pas de frémissement.

Enfin nous ne pouvons rien affirmer dans ce cas particulier : nous ne devons accepter que les éléments du fait, et, ces éléments ne comportant aucune certitude, pourquoi dépasserions-nous ces limites ?

Ce qu'il y a de certain, c'est la sclérose avec hypertrophie considérable du foie, constituant la première tumeur; mais, pour la seconde tumeur, nous ne devons que supposer la dilatation de la vésicule ou la présence d'un kyste hydatique.

L'un de ces deux processus est aussi possible que l'autre; cependant l'histoire du malade nous permet de nous rattacher à la première hypothèse un peu plus rationnellement qu'à la seconde : en effet, les hoquets, les douleurs vives, les pituites s'expliquent plutôt par la dilatation de la vésicule que par le kyste hydatique.

Comment éluciderons-nous ce diagnostic ?

La ponction capillaire nous permet de lever tous les doutes à cet égard : on peut faire sans danger la ponction de la tumeur, pour éclairer le diagnostic, pourvu que la ponction soit faite avec des trocarts assez fins.

Cependant il ne faut pas prendre un instrument d'un calibre si fin qu'il ne puisse pas être traversé par un liquide un peu visqueux. Si l'on a affaire à une hydatide, le liquide, qui est limpide comme de l'eau de roche, sortira, quel que soit le calibre; mais si c'est toute autre tumeur, il faudra, pour donner issue au contenu, un calibre un peu moins fin.

Il ne suffit pas de faire la ponction : cette opération n'est inoffensive que si le médecin s'entoure des précautions les plus nombreuses et les plus minutieuses.

La règle la plus importante est d'abord d'extraire le liquide aussi complètement que possible, et, quand on a retiré le trocart, de maintenir le malade dans une immobilité absolue pendant un ou deux jours. Il ne faut lui faire aucune exploration, aucune palpation.

En effet, si c'est la vésicule biliaire qu'on a traversée, elle a des parois épaisses et elle renferme un liquide visqueux; la piqûre ne présente aucun danger. Mais, si l'on avait affaire à un kyste hydatique, et si, la piqûre faite, on n'en évacuait pas la plus grande quantité possible, la paroi de la poche étant très-mince et en même temps très-tendue, le liquide du kyste sortirait au dehors par l'ouverture faite à la poche, et se répandrait dans le péritoine dès qu'on pratiquerait la plus légère palpation sur l'abdomen. Sans doute cet épanchement ne serait pas toujours mortel (nous en avons observé ici récemment un exemple intéressant chez un homme où il s'est fait une rupture spontanée de la poche, accident qui n'a été suivi que d'urticaire et d'une inflammation locale); toutefois il ne faudrait pas toujours compter sur une terminaison aussi favorable, et il est absolument nécessaire de prendre les précautions les plus minutieuses, si l'on veut éviter des accidents toujours très-graves et qui souvent sont très-rapidement mortels.

---

## HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

**I. Extirpation des ganglions de l'aisselle dans les tumeurs du sein. — II. Ligature préalable de l'artère linguale dans l'extirpation des tumeurs de la langue.**

I. Lorsqu'on enlève les tumeurs du sein, on doit enlever aussi les ganglions de l'aisselle ; or souvent les ganglions situés au-dessous du grand pectoral sont indurés et doivent

aussi être extirpés. En général, l'ablation n'est pas compliquée; cependant, quand ces ganglions remontent très-haut sous le grand pectoral, il serait extrêmement difficile de les atteindre par le procédé opératoire classique. C'est à cette difficulté que nous nous sommes heurté dans notre dernière opération; aussi j'ai cru devoir employer un autre moyen dont je veux vous entretenir aujourd'hui. J'ai attaqué, cette fois, la paroi antérieure même du creux axillaire: j'ai fait, avec l'écraseur linéaire, la section du muscle grand pectoral, afin de pouvoir chercher plus aisément au-dessous de lui les ganglions indurés que je poursuivais. Avec l'écraseur, nous n'avons pas eu une goutte de sang, tandis qu'avec le bistouri, la section d'un muscle épais comme le grand pectoral nous aurait amené certainement une hémorrhagie inquiétante. Ayant extirpé par ce moyen une portion du muscle grand pectoral et le petit pectoral, qu'il n'est pas du tout indispensable de respecter, j'ai pu aller à la recherche des ganglions d'une façon beaucoup plus méthodique et plus sûre.

Ces ganglions, outre quelques-uns situés à la portion externe, sont principalement des ganglions situés le long des vaisseaux, et en particulier le long de la veine axillaire, dans les régions plus profondes. C'est surtout en extirpant ces ganglions profonds qu'on doit redouter une hémorrhagie de la veine axillaire : cette hémorrhagie se produit facilement et rapidement, au moindre arrachement des ganglions, alors même qu'on s'abstient de l'usage du bistouri. Ce n'est pas la veine principale elle-même qui est blessée, mais chaque ganglion est relié à cette veine par une branche veineuse courte et d'un calibre relativement volumineux. Or, quand on arrache le ganglion avec le doigt ou avec un instrument mousse, on rompt cette veine du ganglion, et l'hémorrhagie se produit comme si on avait lésé le tronc principal. On ne peut, d'ailleurs, arriver à retrouver ce petit tronc veineux pour le lier, et il faut pratiquer la ligature du tronc veineux principal.

Cette facilité à l'hémorrhagie vient de ce que la petite veine ganglionnaire n'a pas de valvules; le sang reflue donc largement du grand vaisseau veineux. La ligature de la veine axillaire doit être faite en deux points ; car, au voisinage des grandes cavités, les veines donnent du sang autant par le bout central (mécanisme de l'expiration) que par le bout périphérique.

C'est en effet le manuel opératoire que nous avons dû suivre dans notre dernière opération. Or vous avez vu que nous avons encore éprouvé quelques difficultés dans cette recherche du point blessé de la veine axillaire ; je vous laisse imaginer quels obstacles presque invincibles nous aurions rencontrés si nous avions été obligé d'opérer sous le grand pectoral, au fond d'une plaie inondée de sang; je crois que la ligature de la veine eût été très-difficile à pratiquer dans ces conditions. C'est pourquoi j'appelle aujourd'hui votre attention sur le procédé que nous avons employé : la section du grand pectoral. Nous avons pu ainsi écarter les deux lambeaux du muscle incisé, et opérer à ciel ouvert.

Par ce moyen, on voit ce que l'on fait : on voit d'où le sang vient, et on applique facilement une pince hémostatique sur le point d'où vient l'hémorrhagie.

II. J'ai encore à vous entretenir aujourd'hui d'un exemple dans lequel, comme dans le cas précédent, j'ai dû aussi m'écarter des procédés opératoires classiques, et m'inspirer des circonstances pour mener à bon terme l'opération commencée. C'est une opération que j'ai pratiquée à la campagne, en province ; mais je crois le fait assez intéressant pour en faire le sujet de cette leçon, quoique vous n'ayez pas assisté à l'opération.

Il s'agit d'un homme, âgé de cinquante-cinq ans, de taille moyenne, très-robuste, très-actif, ayant beaucoup fumé et beaucoup vécu. Il portait à la région dorsale de la langue une induration qui était, en outre, accompagnée de psoriasis buccal. Il y a trois mois, l'induration commença à faire des progrès rapides, envahissant le bord latéral gauche de la langue, et gagnant successivement la portion médiane. Un œdème assez notable survint dans les régions saines de la langue. La sensibilité était extrêmement vive ; l'exploration ne put pas être faite aussi complètement qu'on l'aurait désiré, à cause de cette circonstance : je ne pensais pas que la langue fût envahie dans plus du tiers de son étendue, dans sa portion antérieure. Dans la suite, je m'aperçus que la lésion occupait les limites postérieures du V lingual. Une complication existait : un ganglion sous-maxillaire était induré.

J'avais constaté un détail auquel il faut penser toujours dans les cas d'extirpation de tumeur de la langue ; c'est qu'il y a une différence énorme selon que la tumeur proémine à la région dorsale de la langue, ou qu'elle gagne le plancher de la bouche. Quand la tumeur s'étend vers la base de la langue, il est difficile d'extirper toutes les portions envahies : la récidive part des glandes sublinguales du plancher et reparaît très-promptement. Chez ce malade, j'avais observé que la glande sublinguale était dure et ferme au toucher ; je craignais une récidive, et je ne pratiquai l'opération qu'après avoir fait toutes mes réserves et qu'après en avoir été instamment prié par la famille du malade. Dès lors je résolus de faire l'extirpation aussi complète que possible, afin d'assurer une trêve de plus longue durée. Il fallait donc se décider à enlever plus de la moitié de la langue, en empiétant encore sur le côté droit de cet organe. Ensuite il fallait enlever les ganglions cervicaux et les parties molles du plancher de la bouche au niveau de la glande sublinguale.

Le malade n'ouvrait que très-difficilement la bouche; pendant la chloroformisation, je prévoyais des difficultés encore plus complètes : c'est ce qui arriva.

Je me proposais donc de pratiquer une incision dans la région sus-hyoïdienne, pour aller à la recherche des ganglions sous-maxillaires qui étaient engorgés ; ils étaient situés à la partie externe de la glande sous-maxillaire, à laquelle souvent ils sont plus ou moins adhérents, ce qui m'a obligé à enlever la glande elle-même : ce qui, d'ailleurs, se fait sans grands inconvénients. L'incision ainsi faite, je cherchai la glande et les ganglions ; puis, profitant de cette plaie, je déchirai l'hyoglosse pour aller à la recherche de l'artère linguale dont je fis la ligature. Avant d'enlever la glande sous-maxillaire, j'avais fait la ligature de l'artère faciale, à sa sortie de la glande et au niveau du pédicule de la glande.

Si je n'avais pas ainsi pratiqué la ligature préalable de l'artère linguale avant de faire l'extirpation de la tumeur linguale, je suis convaincu qu'en présence d'une constriction des mâchoires telle que nous l'avons observée, il m'aurait été absolument impossible de lier l'artère linguale dans la cavité buccale, et j'aurais perdu certainement le malade par hémorrhagie, comme j'en ai déjà vu succomber un dans ce service même.

Après mille difficultés, nous avons pu ouvrir la bouche assez fortement pour passer les chaînes de l'écraseur, que nous n'avons fait fonctionner que très-lentement (un cran toutes les quarante secondes). Dès lors, la langue ne tenait plus que par le plancher : je mis encore à profit la plaie sus-hyoïdienne, et, déchirant avec le doigt le muscle mylo-hyoïdien, je décollai le génio-glosse de ses insertions au maxillaire, et je dégageai la langue de ses insertions latérales ; alors la langue se détacha facilement. Il n'y eut aucune hémorrhagie grâce à la lenteur que nous avions mise dans le maniement de l'écraseur linéaire, et, pour l'artère linguale, grâce surtout à la ligature préalable.

Sans vouloir généraliser ce procédé de ligature préalable, je pense qu'il a son indication formelle dans des cas analogues à celui que je viens de décrire, et je suis bien décidé à y avoir recours dans ces circonstances exceptionnelles où l'on ne tire aucun avantage des procédés classiques et où, s'inspirant des circonstances, il faut se plier aux indications qui surgissent dans le cours de l'opération, et profiter des plus petits détails.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 octobre 1879. — Présidence de M. Roger.

M. Larrey offre à l'Académie les médaillons en bronze de Lordat, de Béclard et de Magendie et un portrait de Gall.

M. le docteur Lardier (de Rambervilliers) adresse un mémoire intitulé : *De l'arrêt mécanique et instantané des palpitations du cœur*. (Comm. MM. Marey et Germain Sée.)

M. le Président annonce que M. Filbol, membre associé national, assiste à la séance.

M. le Président déclare trois places vacantes : l'une dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Chauffard ; la seconde dans la section de thérapeutique et de matière médicale, en remplacement de M. Gubler ; la troisième dans la section d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Piorry.

### PRÉSENTATION

M. J. Guérin présente un enfant nouveau-né du sexe féminin, atteint de spina bifida accompagné d'une tumeur hydro-rachique, d'imperforation de l'anus avec ouverture anomale, et de deux pieds bots varus équins considérables. Cette enfant est née à huit mois environ. Elle a aujourd'hui huit jours. La mère n'a éprouvé aucun trouble durant sa grossesse ; le père est âgé de vingt-sept ans.

Le spina bifida, situé à la partie inférieure de la colonne vertébrale, comprend les dernières vertèbres lombaires au-dessous desquelles existe un sillon cicatriciel correspondant à l'extrémité du coccyx.

La tumeur, du volume d'un demi-œuf de poulette, correspond exactement à l'écartement des apophyses épineuses. Elle présente des alternatives de gonflement et de dépression correspondant aux mouvements respiratoires. Il n'y a pas de sillon interfessier ni d'ouverture anale régulière. Il n'existe qu'une ouverture irrégulière déchiquetée par laquelle passent les matières stercorales. Celles-ci ne présentent rien de particulier. Les deux pieds sont atteints de deux pieds bots varus équins considérables et au troisième degré de chaque côté.

Ces trois anomalies s'expliquent l'une par l'autre et sont le témoignage d'une affection primitive de la moelle des premiers temps de la vie embryonnaire, laquelle affection a déterminé la disjonction et l'écartement des apophyses épineuses lombaires, la formation de la tumeur hydro-rachique, l'imperforation de l'anus et l'ouverture anomale de l'extrémité correspondante du rectum, finalement et conjointement la formation des pieds bots varus équins.

M. Guérin se propose d'approfondir ultérieurement la question des rapports existants entre ces diverses anomalies, pour expliquer leur origine commune.

### LECTURE

M. Brames, membre correspondant de Tours, lit un mémoire sur l'*Hygroma*.

M. Bouchardat lit une série de rapports au nom de la commission des eaux minérales.

**Gastrotomie appliquée au traitement des fibromes utérins.** — M. Tillaux rappelle que, le 27 octobre 1872, Demarquay, faisant un rapport sur diverses communications de MM. Kœberlé et Boinet relatives à l'application de la gastrotomie au traitement des fibromes utérins, concluait que cette opération ne devait pas être pratiquée. Ces conclusions, sauf quelques réserves que M. Richet fit au sein même de la Commission, furent adoptées par l'Académie. Au mois de novembre de la même année, Demarquay, en rapportant l'observation d'une malade chez laquelle il avait enlevé, presque malgré lui, une tumeur fibreuse, opération qui n'a pas été suivie de succès, revint sur cette question et reproduisit, avec plus d'énergie que jamais, les mêmes conclusions. Il allait même jusqu'à contester la possibilité de l'ablation de l'utérus contenant un corps fibreux dans sa cavité.

La question en était là lorsqu'en 1877, M. Péan présenta à l'Académie une tumeur fibreuse intra-utérine qu'il avait enlevée le matin même. Quelques contestations s'élevèrent sur la nature de cette tumeur ; une Commission fut nommée dans laquelle se trouvaient MM. Depaul et Laboulbène, mais il ne fut pas fait de rapport (1).

M. Tillaux vient s'élever aujourd'hui contre les conclusions présentées en 1872 par Demarquay et adoptées par l'Académie. Il désire montrer que la gastrotomie appliquée au traitement des fibromes intra-utérins est une opération qui doit prendre rang et a pris rang déjà dans la pratique chirurgicale. Demarquay se basait, pour condamner cette opération, sur sa gravité, sur la possibilité pour les malades de vivre longtemps avec ces tumeurs et de pouvoir arriver à l'âge de la ménopause, époque à laquelle il n'est pas rare de voir ces tumeurs s'atrophier et cesser de donner lieu aux accidents qu'elles ont entraînés jusque-là.

M. Tillaux, contrairement à Demarquay, admet trois indications principales de cette opération : 1° les métrorrhagies incoercibles qui menacent la vie des malades ; 2° les douleurs intolérables qui rendent cette vie des plus pénibles ; 3° l'occlusion intestinale. Dans ce dernier cas, en effet, ne vaut-il pas mieux pratiquer la gastrotomie qui offre des chances sérieuses de complète guérison que de faire l'entérotomie qui laisse à la malade sa tumeur ? C'est à la première de ces indications qu'a obéi M. Tillaux en opérant la malade qu'il présente aujourd'hui.

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans qui vint trouver M. Tillaux, à Lariboisière, en 1876, se plaignant de pertes incoercibles. Après deux mois de traitement dans son service, elle sortit de l'hôpital, à peu près débarrassée de ces pertes ; mais celles-ci ne tardèrent pas à revenir, et, pendant ces trois dernières années, cette pauvre femme traîna une vie lamentable d'hôpital en hôpital, jusqu'au 5 mars dernier, époque à laquelle elle vint retrouver M. Tillaux à Beaujon et lui rappeler la promesse qu'il lui avait faite de l'opérer si elle ne pouvait guérir des accidents dont elle se plaignait ; elle venait supplier qu'on l'opérât, ne pouvant plus continuer à vivre ainsi : elle avait, en effet, des pertes continuelles, était extrêmement affaiblie, avait les jambes enflées, présentait

(1) Cette tumeur fut remise à M. Robin, qui adressa à l'Académie une note dans laquelle il déclarait qu'elle présentait tous les caractères de l'utérus et qu'il s'agissait bien, en effet, comme l'avait annoncé M. Péan, de cet organe. Devant cette déclaration de M. Robin, M. Laboulbène, rapporteur de la Commission, s'abstint de faire un rapport dans lequel il n'aurait pu que certifier les conclusions de M. Robin. (*Note du rédacteur.*)

un bruit de souffle au cœur et avait le teint jaune des cachectiques ; en un mot, elle était arrivée au dernier degré de l'épuisement. Elle resta six semaines dans le service, pendant lesquelles on la réconforta le plus possible et on lui rendit les forces nécessaires pour supporter l'opération.

Celle-ci fut pratiquée le 17 avril, dans un pavillon spécial de l'hôpital, avec l'assistance de MM. Périer, Lucas et Marchand. Il ne pouvait y avoir le moindre doute sur le diagnostic : corps fibreux intra-utérin.

M. Tillaux employa la méthode de Lister. Il fit une incision, en contournant l'ombilic, de 18 centimètres de longueur; il rencontra quelques adhérences qu'il put facilement déchirer avec la main. La malade avait eu, en effet, à plusieurs reprises, quelques poussées de pelvi-péritonite. Il trouva les deux trompes sur les côtés, qu'il lia avec des fils de catgut et coupa, en laissant les ovaires. Ceci fait, il fit basculer la tumeur de façon qu'elle vînt s'appliquer sur le mont de Vénus de la malade. A l'aide de trois broches passées en croix au-dessus du pédicule de la tumeur, il put fixer, à ce niveau, un gros lien métallique qu'il serra avec le serre-nœud de Cintrat; puis il sectionna la tumeur au-dessus de ce lien. Il appliqua quelques fils de catgut sur les points saignants, fit la toilette du péritoine, referma le ventre en fixant le pédicule à l'angle inférieur de la plaie.

Il n'y eut pas d'accidents consécutifs. Vers le douzième jour, il y eut seulement un peu de suintement sanguin à la surface du pédicule, qui coïncida précisément avec l'époque de ses règles. Le pédicule tomba le vingtième jour. Peu de temps après, l'opérée eut ses règles, moins abondantes que par le passé, et a continué depuis à être bien réglée.

La tumeur que M. Tillaux met sous les yeux de l'Académie pèse 2 kilogrammes; on voit les trompes de chaque côté. Elle est sous-muqueuse. Rien n'est plus aisé que de voir qu'il s'agit bien de l'utérus lui-même contenant un corps fibreux dans sa cavité. Il y a entre la surface externe de ce corps fibreux et la face interne de l'utérus, des adhérences telles, que si l'on avait voulu se contenter de sectionner l'utérus et de tenter l'ablation seule de la tumeur qu'il contenait, on n'y serait jamais parvenu.

A cette occasion, M. Tillaux fait observer que le mot hystérotomie, employé jusqu'ici pour désigner l'opération dont il s'agit, est défectueux, puisqu'il signifie seulement incision de l'utérus; il propose de le remplacer par celui d'*hystérectomie* qui signifie excision, ablation de l'utérus.

En terminant, M. Tillaux invite ses collègues à voir la malade qui se trouve dans la bibliothèque, et qui est aujourd'hui complètement guérie. L'Académie ne peut donc plus rester aujourd'hui sous le coup du rapport fait par Demarquay, en 1872.

M. DECHAMBRE fait observer que le mot *hystérectomie* veut dire dissection de l'utérus au dehors, et non ablation. Il préférerait la dénomination beaucoup plus simple et plus française d'ablation de l'utérus.

M. TILLAUX répond que, d'après Littré, le mot grec ἐκτομή signifie bien ablation.

M. DUPLAY s'associe sans réserve à l'opinion de M. Tillaux, relativement à l'application de la gastrotomie au traitement des fibromes utérins. L'hystérotomie, ou mieux l'hystérectomie, est en effet une opération qui doit entrer définitivement aujourd'hui dans la pratique chirurgicale. Il l'a lui-même pratiquée dans deux cas, et présentera, dans la séance prochaine, une malade ayant subi cette opération et maintenant complètement guérie. Elle portait un fibrome deux fois et demie gros comme celui que vient de présenter M. Tillaux.

M. JULES GUÉRIN demande à M. Tillaux comment il explique que cette femme ait encore ses règles, et si, dans les rapprochements sexuels, elle éprouve les mêmes sensations qu'auparavant. Ce sont là des questions intéressantes au point de vue de la physiologie.

M. TILLAUX répond qu'il pense que le sang qui apparaît régulièrement chez cette femme, à l'époque de ses règles, provient de la partie de muqueuse utérine qui reste chez elle. Quant à la seconde question posée par M. Guérin, M. Tillaux ne saurait y répondre, cette femme n'ayant pas eu de rapprochement sexuel depuis son opération.

**Altérations du sang liées à la parturition. —** M. COLIN présente quelques observations sur le procès-verbal de la séance du 12 août à laquelle son éloignement de Paris l'empêchait d'assister. Ces observations sont relatives à la lettre de M. Toussaint où se trouve contestée la légitimité des réclamations que M. Colin a articulées dans sa note du 29 juillet. Il reproche dans cette réclamation à M. Toussaint, bien qu'il ait pris sa méthode et son programme, d'avoir laissé la question de l'étiologie du charbon absolument pendante.

M. Colin donne lecture ensuite d'une note sur une altération du sang liée aux accidents de la parturition. Les altérations du sang qu'on semble aujourd'hui disposé à rattacher à la septicémie, dit-il, sont loin d'avoir une commune nature. Si elles ont des traits de ressemblance, un certain air de famille, elles n'en diffèrent pas moins les unes des autres par les accidents qu'elles déterminent sur les individus où elles sont nées et sur ceux où elles peuvent être reproduites par l'inoculation. Les altérations qui accompagnent le part chez les animaux, me paraissent notamment se distinguer dans beaucoup de cas des états putrides ordinaires.

Telles sont les propositions à l'appui desquelles M. Colin rapporte un grand nombre de faits et d'expériences.

Ces faits, dit-il, en résumant sa communication, sont singuliers à divers points de vue. La femelle qui meurt huit jours après le part sans présenter la moindre apparence de septicité du côté de l'utérus et du péritoine, a cependant l'état du sang qui appartient à la septicémie ou à une altération analogue. Sur cette femelle le sang, si altéré qu'il paraisse, n'est pas virulent; c'est la sérosité de l'épanchement pleurétique qui jouit de la contagiosité et la communique au sang par l'inoculation. La virulence tue le lapin et la tourterelle dans plusieurs transmissions successives; au contraire, elle n'a pas d'action sur le taureau, l'agneau, le chien; néanmoins sur le cheval, où elle est également sans effet, elle se conserve pendant un certain temps par les piqûres et peut-être même s'y régénère; enfin elle s'affaiblit et s'éteint brusquement sur les animaux où elle a le plus de prise.

Ce n'est pas ainsi que se caractérise la septicémie, où la virulence constamment attachée au sang tue très-rapidement sans s'atténuer ni s'éteindre après de nombreuses transmissions.

Ici la virulence n'est donc pas nécessairement attachée au sang altéré : elle peut procéder d'un produit de sécrétion, revenir au sang, s'en séparer tout en laissant à ce liquide les autres particularités de son altération, par conséquent s'atténuer, s'éteindre indépendamment de l'état auquel elle paraît liée.

La séance est levée à cinq heures.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu les décrets des 14 juillet 1875, 20 juin 1878 et 12 juillet 1878 portant règlement des études exigées pour l'obtention des diplômes de docteur en médecine, de pharmacien de première classe et de pharmacien de seconde classe ;

Vu notamment les dispositions desdits décrets qui, tout en laissant pendant un délai déterminé, aux aspirants le droit d'option entre le nouveau régime d'examens ou d'études et l'ancien, déclarent obligatoire pour tous la participation aux travaux ou exercices pratiques pendant toute la durée de la scolarité ;

Considérant qu'il importe de régler d'une manière uniforme la perception des droits déterminés par les décrets précités pour les travaux ou exercices pratiques, et qu'il convient de suivre à cet égard les indications contenues dans la loi de finances du 3 août 1875 en ce qui concerne le droit de bibliothèque ;

Considérant que si ces décrets n'ont rendu les travaux ou exercices pratiques obligatoires que pour la durée de la scolarité régulière, il y a intérêt pour les études à ce que les élèves, pourvus de toutes leurs inscriptions, puissent être admis à continuer à prendre part auxdits exercices jusqu'à l'obtention du diplôme,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Le droit de travaux pratiques institué par le décret du 20 juin 1878 pour les aspirants au doctorat en médecine sera perçu par quart en même temps que le prix de l'inscription trimestrielle, savoir : pour chacune des inscriptions de 1 à 4, 15 francs; de 5 à 12, 10 francs; de 13 à 16, 5 francs.

ART. 2. — Les élèves qui justifieront de toutes leurs inscriptions pourront, sur leur demande écrite, être admis par le doyen à prendre part de nouveau à telle ou telle série d'exercices pratiques, moyennant le payement du droit fixe de 40 fr. par année scolaire déterminé par le décret du 31 décembre 1864 pour les frais matériels des exercices facultatifs; ce droit est payable en un seul terme.

ART. 3. — Le droit de travaux pratiques exigé par les règlements d'administration publique du 14 juillet 1875 et du 12 juillet 1878 pour les aspirants au titre de pharmacien de deuxième classe et de pharmacien de première classe sera perçu par quart en même temps que le prix de l'inscription trimestrielle.

ART. 4. — Les arrêtés des 4 août 1859, 21 avril 1860 et l'arrêté du 15 octobre 1878, portant dispositions transitoires pour les exercices facultatifs de dissection et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, sont et demeurent rapportés.

ART. 5. — Les ministres des finances et de l'instruction publique et des beaux-arts sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 14 octobre 1879.

— *Faculté de médecine de Paris.* — 1° *Inscriptions.* — Le registre pour les inscriptions du quatrième trimestre de l'année 1879 (premier trimestre de l'année scolaire 1879-1880) sera ouvert du 1er novembre au 20 novembre inclusivement.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat les lundis, mardis, mercredis et jeudis de neuf heures à onze heures du matin, et de une heure à quatre heures.

Les élèves qui commencent leurs études en vue du doctorat, ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et déposant au Secrétariat : 1° leur acte de naissance, dûment légalisé; 2° un certificat de bonnes vie et mœurs; 3° le diplôme de bachelier ès lettres et le diplôme de bachelier ès sciences complet ou restreint; 4° s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou tuteurs.

Les aspirants au titre d'officier de santé sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès sciences ou celui de bachelier ès lettres; mais ils devront justifier du certificat de grammaire, délivré conformément aux dispositions de l'artice 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854; ils sont tenus de produire les pièces énumérées au paragraphe précédent et portant les nos 1, 2 et 4.

Tous les élèves, dont les parents ou tuteurs ne résident point à Paris, devront, en outre, être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse au registre ouvert à cet effet.

Passé le 20 novembre, nulle inscription ne pourra être prise sans une autorisation spéciale accordée, suivant les cas, soit par M. le recteur de l'Académie de Paris, soit par M. le ministre de l'instruction publique.

2° *Consignations.* — Les consignations pour les examens (selon l'ancien régime) seront reçues, à partir du 17 octobre, le vendredi et le samedi de chaque semaine, de une heure à quatre heures; pour le nouveau régime, elles seront reçues à partir du 1er novembre.

3° *Travaux pratiques.* — Aux termes de l'article 7 du décret du 20 juin 1878, les travaux pratiques sont obligatoires.

On indiquera ultérieurement la date précise à laquelle commenceront ces travaux ainsi que le montant des droits que MM. les étudiants auront à payer.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8775.

Nº 121. — SAMEDI 18 OCTOBRE 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 18 OCTOBRE 1879. — Nº 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois... 16 —
Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

#### Le diabète maigre et le pancréas.

M. Lancereaux a, l'un des premiers, si ce n'est le premier, démontré que l'ensemble pathologique désigné sous le nom de diabète n'est pas une maladie univoque, mais comprend des états distincts. L'un de ces états est celui qui a été désigné sous le nom de diabète maigre et qui se rattache à une lésion du pancréas (voir la communication de M. Lancereaux à l'Académie de médecine sur ce sujet, numéro du 15 novembre 1877).

Attaché au service hospitalier de M. Lancereaux et imbu de l'enseignement de cet éminent clinicien, M. le docteur A. Lapierre a étudié d'une manière spéciale cette question dont il a fait le sujet d'une excellente dissertation à laquelle nous allons emprunter quelques points essentiels de l'histoire de cette affection.

M. Lapierre a étudié successivement l'atrophie simple ou primitive à laquelle se rattache la dégénérescence graisseuse des cellules épithéliales des acini; l'atrophie consécutive à l'obstruction des conduits pancréatiques; puis les lésions qui font habituellement cortège à l'atrophie du pancréas, lésions caséeuses du poumon, hypertrophie des muqueuses stomacale et duodénale, dilatation des voies biliaires et congestion du foie, des reins et de la rate.

Contrairement à ce que l'on observe chez les diabétiques en général, la phase initiale du diabète d'origine pancréatique est caractérisée par l'absence d'embonpoint. C'est le premier point qui le différencie. Un autre caractère est la brusquerie du début se manifestant tantôt par des troubles intestinaux graves, tantôt par des vertiges, des vomissements alimentaires, des coliques, de l'ictère.

Les symptômes essentiels de la maladie sont la polydipsie, la polyphagie et l'autophagie. Ces divers troubles, qui dans les formes communes du diabète apparaissent successivement et très-lentement, s'établissent ici avec une grande rapidité. En quelques semaines ils ont atteint leur acmé.

La polydipsie est généralement le premier symptôme qui, avec l'autophagie, effraye les malades. Non-seulement ce symptôme apparaît rapidement, brusquement même, mais il persiste pendant toute la période d'état de la maladie et ne décroît qu'au dernier moment.

Quelque temps après la soif ou en même temps qu'elle apparaît un appétit dévorant, mais la polyphagie est moins constante et plus irrégulière dans ses manifestations. Parfois elle tombe au bout de quelque temps pour faire place à l'inappétence.

La polyurie s'établit rapidement, comme les troubles digestifs. Contrairement au diabète gras, les désordres de la fonction rénale semblent arriver ici très-vite à leur maximum et non pas suivre une progression lente. Peu de temps après les premiers symptômes, les mictions sont fréquentes et abondantes; dans presque tous les cas les malades urinent, dès le début, de 4 à 5 litres en vingt-quatre heures et cette quantité monte en peu de mois à 8, 10 et 15 litres. La courbe de l'urine rendue subit de légères oscillations, car cette polyurie énorme persiste pendant tout le cours de la maladie, subissant cependant l'influence du traitement, de la nourriture et de la diarrhée concomitante.

Aux derniers jours, elle diminue parfois, pour tomber au-dessous de la normale.

La coloration de l'urine ne présente rien de spécial à cette forme de diabète. Sa réaction est généralement acide. Son poids spécifique oscille autour de 1030; il atteint même 1040 et plus.

La glycosurie apparaît très-rapidement; souvent elle constitue un des phénomènes initiaux du diabète. Elle se révèle dès les débuts de la maladie par des proportions énormes de sucre (de 200 à 300 grammes, puis 500, enfin chez quelques malades de 800 à 1,000).

Le plus souvent il n'existe pas d'albuminurie.

La quantité d'urée est généralement augmentée.

On observe des troubles d'innervation assez remarquables. Les forces intellectuelles subissent le plus souvent de bonne heure une atténuation sensible. Les malades perdent la gaieté, deviennent sombres et tristes, exigeants ou d'humeur mauvaise. Sur les derniers jours, la plupart présentent une somnolence, un assoupissement continus; quelques-uns, au contraire, ont de l'agitation et de l'insomnie. Il y en a qui accusent une céphalée plus ou moins vive.

Loin de présenter une période d'embonpoint, les malades atteints de cette forme de diabète entrent d'emblée dans une phase d'amaigrissement rapide, rebelle à toute thérapeutique. Bientôt après la confirmation de la maladie, ils sont pâles, décolorés; leur peau est sèche, écailleuse; il y a

absence complète de sueurs. Le tissu cellulo-adipeux disparaît rapidement, les traits s'altèrent, les yeux sont excavés, les téguments ont une teinte jaune pâle, cireuse. Les muscles s'atrophient, l'émaciation devient considérable. En un mot, ils présentent tous les signes d'un dépérissement croissant.

Les désordres consécutifs qui compliquent le plus souvent cet état portent sur les dents et sur les organes respiratoires.

Toutes les dents se carient, se déchaussent et tombent par fragments. Les gencives sont souvent ramollies, fongueuses et saignantes.

Les poumons présentent, dans la moitié des cas, des signes de pneumonie caséeuse ou de tuberculose, s'accompagnant souvent de symptômes pleuraux.

De l'ensemble des observations recueillies par M. Lapierre, il résulte que le diabète sucré consécutif aux lésions du pancréas évolue avec une physionomie particulière. Il débute brusquement. Il se manifeste parfois, dès le principe, par des troubles intestinaux graves, rapidement suivis de polydipsie, de polyphagie, de polyurie et de glycosurie. En quelques mois le malade s'amaigrit considérablement, il perd successivement ses forces physiques, intellectuelles et génitales; puis il tombe dans un épuisement, un marasme profonds, dans une sorte d'hecticité à laquelle s'ajoutent par surcroît des symptômes de phthisie pulmonaire.

La première phase de la maladie, ou période de début, dure peu, quelques mois tout au plus. Dans la troisième période d'état, le malade présente tous les symptômes dans tout ce qu'ils ont d'excessif; dans cette étape, la maladie subit parfois une sorte d'arrêt. Enfin, dans la troisième phase, la phthisie pulmonaire hâte d'habitude la marche fatale. La durée totale varie de six mois à trois ans. La moyenne est d'environ vingt mois.

Dans la forme de diabète dont il est ici question, il y a, indépendamment des indications générales inhérentes à tout diabète, des indications spéciales, celles qui s'attaquent à la lésion, cause première du diabète. Malheureusement on est impuissant jusqu'ici à combattre cette lésion. Tous les efforts doivent donc tendre à suppléer la fonction du suc pancréatique. Deux indications à cet égard découlent des notions physiologiques : faire fonctionner les organes auxiliaires du pancréas; remplacer la digestion pancréatique par des moyens artificiels.

Les organes digestifs qui peuvent suppléer le pancréas sont : la parotide (digestion des féculents), l'estomac (digestion des albuminoïdes) et le foie (digestion des matières grasses). La suppression des féculents et l'alimentation azotée remplissent déjà ces conditions. Quant aux digestions artificielles, elles consistent surtout à donner aux malades de la pancréatine ou des pancréas d'animaux.

### Bassin vicié par suite de l'amputation du fémur dans le jeune âge.

Quelle peut être l'influence, par rapport à la forme du bassin chez une femme adulte, d'une amputation du fémur pratiquée dans le jeune âge? Cette question, qui intéresse au plus haut point l'obstétrique, est restée très-longtemps sans solution, faute de faits suffisamment étudiés.

On ne trouve rien sur ce sujet dans les traités spéciaux ni dans les articles de dictionnaire. Il n'a été émis à cet égard que de simples présomptions tirées de l'assimilation que l'on a faite des cas d'amputation aux cas de luxation. Ce n'était pas assez, ce point ne pouvait être éclairci que par l'observation directe.

M. le docteur Léon Dumas, chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Montpellier, ayant eu l'occasion de recueillir un bassin vicié dans ces conditions, en a fait l'objet d'une étude spéciale dont il a communiqué les résultats au dernier congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui a siégé en août dernier à Montpellier. Nous croyons devoir résumer ici les points principaux de cette communication.

Une jeune femme des environs de Montpellier, âgée de dix-neuf ans, qui avait été amputée de la cuisse droite à l'âge de trois ans, entra à la salle d'accouchement de l'hôtel-Dieu Saint-Éloi en décembre 1873, pour y faire ses couches. Le bassin ne présentait extérieurement aucune modification anomale appréciable. La grossesse n'avait été signalée par aucun accident ni aucune complication. Le travail et l'accouchement se firent naturellement.

Les deux premiers jours se passèrent bien. Le soir seulement de la deuxième journée, il survint un frisson accompagné d'endolorissement général du ventre, avec ballonnement. Fièvre le troisième jour; bref développement d'une péritonite à laquelle cette femme succombe.

L'autopsie n'ayant d'intérêt qu'au point de vue du bassin, il ne s'agira ici que de ce point.

Du côté où avait eu lieu l'amputation, l'ischion était recouvert par une peau très-épaisse, doublée d'une couche énorme de tissu adipeux dans lequel venaient se confondre tous les muscles de la cuisse. En arrière, le nerf grand sciatique se terminait par un renflement en massue considérable, dans lequel le microscope a montré une hypertrophie du tissu conjonctif avec dépôt de graisse. Au milieu de la masse musculaire atrophiée se trouvait la portion restante du fémur, articulée avec sa cavité cotyloïde, mais relevée en avant, de sorte que, la femme étant debout, sa direction devait être horizontale. Le col du fémur était très-court et toutes les parties de l'os notablement atrophiées, ainsi que la cavité articulaire.

Du côté du bassin, l'os iliaque droit présentait, au niveau de toutes les insertions musculaires, un bord cartilagineux peu épais qu'on pouvait facilement enlever par le scalpel et dénotant, sinon un arrêt, du moins un retard considérable de développement.

Le sacrum et l'os iliaque du côté droit étaient le siège de déformation et de changements de direction, dont les caractères principaux sont : pour le sacrum, une réduction de dimension de sa moitié droite, avec une incurvation latérale de son axe longitudinal, et mouvement de rotation autour de cet axe, et un refoulement ou tassement de sa base; pour l'os iliaque droit, un développement moindre de toutes ses parties et dans toutes ses dimensions, et une conformation vicieuse, consistant surtout en ce que la fosse iliaque interne est moins large qu'à l'état normal, moins déjetée en dehors, à concavité moins régulière, plus plane en arrière et plus incurvée en dedans dans sa partie antérieure, et en ce que sa hauteur au-dessus du détroit abdominal ainsi que la longueur de la crête iliaque sont diminuées. L'os iliaque droit présente en avant le même caractère d'une diminution générale de son accroissement.

L'os iliaque du côté gauche, développé normalement eu égard au volume et à l'épaisseur de ses parties constituantes, a cependant subi aussi une certaine influence de la

cause déformante relativement à leur forme et à leur direction. Cette influence se traduit en un évasement considérable de la fosse iliaque interne.

Enfin la partie antérieure de la marge du bassin est notablement rehaussée.

En résumé, les différentes déformations partielles que présentaient toutes les parties du bassin, modifiaient profondément sa forme générale et lui imprimaient une asymétrie marquée entre ses deux moitiés latérales. On peut résumer ainsi le tableau des diverses mensurations qui en ont été prises :

Il en ressort : 1° que la hauteur totale du bassin est très-diminuée à droite ; que son épaisseur d'avant en arrière est à peine diminuée ;

2° Que le grand bassin, malgré le redressement de la fosse iliaque droite, est élargi transversalement par l'évasement de sa moitié gauche, et qu'il y a un peu plus de distance entre les deux épines iliaques antéro-supérieures qu'entre les deux crêtes iliaques prises à leur partie moyenne, ce qui est le contraire dans un bassin bien conformé ;

Que la hauteur du bassin est diminuée à droite, et que, malgré la différence de longueur des crêtes iliaques, l'épine iliaque antéro-supérieure gauche n'est pas sensiblement située en avant de la droite, à cause de son renversement en dehors et en arrière ;

3° Que le détroit supérieur a tous ses diamètres plus ou moins augmentés, et que l'augmentation la plus considérable est celle qui correspond au diamètre oblique gauche.

La circonférence du détroit supérieur est plus longue qu'à l'état normal, et sa moitié droite offre plus de longueur que la gauche. Sa courbure, au lieu d'offrir la régularité habituelle, présente des inflexions diverses.

La différence de hauteur des deux lignes innominées indique que le plan du détroit supérieur devait être, pendant la vie, incliné un peu à droite.

De ces différentes modifications du détroit supérieur, il résulte que ses divers diamètres n'ont plus entre eux les mêmes rapports d'étendue qu'à l'état normal et que sa forme est sensiblement modifiée.

4° Que l'excavation a deux de ses diamètres notablement augmentés ;

5° Que les diamètres du détroit inférieur sont légèrement diminués ;

6° Qu'en dernier lieu la cavité cotyloïde droite présente une atrophie marquée, ainsi que toute la moitié correspondante d bassin.

D'après les résultats de l'étude à laquelle M. Dumas s'est livré sur ce bassin, on devra s'attendre, dans des cas semblables, aux différents accidents qui peuvent résulter d'un excès d'amplitude du bassin, savoir : malaises précédant la grossesse et provenant de l'abaissement et du développement exagéré de la matrice dans l'intérieur de l'excavation, compression des organes voisins, crampes, constipation opiniâtre, rétention d'urine, ténesme rectal ou vésical, œdème des membres inférieurs, varices, hémorrhoïdes, et surtout, si la concavité du sacrum est trop prononcée, rétroversion de l'utérus, impossibilité de son ascension au-dessus du détroit supérieur, et par suite avortement vers le quatrième ou cinquième mois, avec ses conséquences.

A la fin de la grossesse, engagement prématuré du fœtus, distension énorme du segment inférieur de l'utérus, déviation du col, prolapsus de la matrice, etc.,

Pendant l'accouchement, tous les dangers inhérents à un travail trop prompt : absence du mouvement de flexion de la tête, d'où le danger d'enclavement ; ou bien arrivée trop brusque du fœtus au périnée, rupture de celui-ci, projection du fœtus sur le col, rupture du cordon, décollement brusque du placenta, inertie utérine par déplétion trop rapide, inversion de la matrice, hémorrhagies.

Enfin, pendant l'état de vacuité de l'utérus, l'excès d'ampleur du bassin peut, comme on le sait, occasionner divers déplacements de cet organe.

Dans le cas qui a fait le sujet de cette étude, on n'a malheureusement aucun renseignement sur ce qui a pu se passer pendant la grossesse. Mais dans l'accouchement on a relevé quelques particularités intéressantes qui montrent bien l'influence que la déformation du bassin a exercée aussi bien sur la marche du travail que sur la position du fœtus. L'accouchement a été très-prompt ; il n'a duré que cinq heures. L'enfant s'est présenté en deuxième position du sommet (occipito-cotyloïdienne droite).

La conclusion la plus intéressante que M. Dumas tire de cette étude, au point de vue de l'accouchement, c'est que, si dans un cas pareil une présentation de l'épaule ou toute autre cause venait à indiquer la version pelvienne, il faudrait manœuvrer de façon à amener l'occiput vers la cavité cotyloïde du côté sain, puisque c'est là que se trouve la grosse extrémité de l'ovoïde. La même manœuvre pourrait rendre de très-grands services, si avec ce mode de viciation on constatait un rétrécissement véritable pouvant entraver plus ou moins le passage du fœtus.

Ce genre de déformation peut-il être diagnostiqué sur le vivant et peut-on espérer, par la pelvimétrie, en établir nettement les caractères ? A cette double question, M. Dumas fait une réponse plus que dubitative. Rien à l'extérieur, comme on l'a vu dans la relation du fait, ne décelait une forme anomale du bassin. Il y aurait peu à compter, dans ces conditions, sur des mensurations externes qui seraient rendues infidèles par le moignon cicatriciel de l'amputation et l'accumulation de tissu graisseux qui masque complètement toute la région ischiatique correspondante. Quant aux mensurations internes, on sait qu'elles ne donnent de résultats précis que lorsqu'elles portent sur les diamètres antéro-postérieurs. Dans tous les cas, ajoute M. Dumas, on devra être prévenu que certains caractères, et notamment le sens de l'élongation du diamètre oblique, sont tout à fait spéciaux à l'amputation du fémur, et on devra diriger les recherches dans ce sens ou prendre les précautions qu'indiquent les résultats probables de ce mode de déformation.

Dr Brochin.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 octobre 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### COMMUNICATIONS

**Ovariotomie.** — M. TILLAUX rapporte l'observation d'une malade à laquelle il a pratiqué l'ovariotomie et qui présente quelques particularités intéressantes. Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans portant un kyste qui avait été ponctionné deux fois et qui même avait disparu deux fois spontanément à la suite d'une émission d'urine extrêmement abondante.

Ces kystes ovariques déhiscents dans la vessie ne sont pas très-rares ; M. Tillaux reçut un jour dans son service une femme atteinte de péritonite suraiguë. Elle avait une tumeur abdominale

qui, la nuit précédente, s'était rompue en déterminant de très-vives douleurs; ces douleurs se calmèrent après d'abondantes émissions d'urine et la malade guérit. Elle venait quelques mois après demander un certificat à M. Tillaux, car elle était accusée de s'être fait avorter.

Revenant à la première malade, M. Tillaux rappelle qu'il lui pratiqua l'ovariotomie le 30 mai dernier. La ponction préalable du kyste donna issue à douze litres environ de liquide; l'extraction fut faite en suivant les règles de la méthode de Lister. M. Tillaux trouva des adhérences entre la face antérieure de la tumeur et la face postérieure de la vessie; il reconnut qu'il existait une fusion complète entre ces deux parties. Il dut conséquemment se décider à enlever le kyste en laissant une partie de la poche adhérente à la vessie, de la largeur de la paume de la main. Cette partie était très-vasculaire : il fallut appliquer une vingtaine de ligatures de catgut, ce qui prolongea beaucoup la durée de l'opération.

A l'occasion de cette opération, M. Tillaux rappelle que, dans les premières années où l'on pratiqua l'ovariotomie, il était admis qu'il fallait, après la ligature et la section du pédicule, laisser celui-ci à l'extérieur, à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Aujourd'hui les chirurgiens semblent adopter une autre méthode qui consiste à réduire le pédicule dans l'intérieur de la cavité péritonéale, ce qui permet de faire la réunion immédiate et d'abréger ainsi la durée de la cicatrisation. C'est la conduite qu'a suivie M. Tillaux dans son opération; il a réduit le pédicule après l'avoir lié avec le catgut. La plaie abdominale s'est réunie par première intention dans toute son étendue et la malade a été promptement guérie.

Cette conduite, se demande M. Tillaux, doit-elle être érigée en règle générale? Il y a, suivant lui, une distinction à faire : lorsque le pédicule est étroit, il faut le lier avec le catgut, le couper et le réduire dans le ventre. Lorsqu'il est très-large, il y a à craindre la chute de la ligature et la production d'une hémorrhagie dans le péritoine; on pourrait, dans ce cas, diviser le pédicule en plusieurs parties et placer sur chacune d'elles une ligature de catgut que l'on abandonnerait dans le ventre.

M. BOINET possède plusieurs faits de guérison de kystes ovariques déhiscents dans la vessie. Il se rappelle entre autres une femme portant un kyste énorme, qui, dans une discussion un peu vive avec son mari, reçut un coup de pied dans le ventre. Heureux coup de pied, car il amena la rupture du kyste et la disparition complète de toute tumeur après une abondante émission d'urine.

La question de la réduction du pédicule, ajoute M. Boinet, est agitée depuis longtemps. Il pense, comme M. Tillaux, qu'il faut réduire lorsque le pédicule est étroit, mais qu'il y a plus de sécurité, lorsqu'il est très-large, à le fixer à l'extérieur de la plaie.

M. TERRIER dit que l'évacuation des kystes par diverses voies, le rectum, le vagin, la vessie, etc., n'est pas un fait rare. Cette rupture s'explique par l'existence d'une inflammation qui s'est établie entre la paroi du kyste et celle des organes environnants, et a provoqué la formation d'adhérences périphériques et d'ulcérations constantes qui ont amené facilement la rupture des parois et l'évacuation du liquide; plus tard, l'ulcération s'est cicatrisée et il n'est resté que les adhérences.

Quant au pédicule, M. Terrier a l'habitude, avec MM. Périer et Lucas-Championnière, de le réduire, et jamais il n'a vu se produire consécutivement de péritonite ni d'hémorrhagie. Cette méthode a l'avantage de procurer la cicatrisation immédiate.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que, depuis l'emploi de la méthode antiseptique, la réduction du pédicule dans le ventre n'est jamais suivie d'accidents. Il pense que, grâce à la généralisation de cette méthode, on arrivera à faire la réduction dans tous les cas.

M. DUPLAY dit que les cas de rupture des kystes ovariques dans la vessie ne sont pas rares, et que le fait de laisser, dans l'opération, une partie de la surface kystique adhérente aux parois des organes voisins est de pratique courante.

Quant à la question du pédicule, il rappelle que Spencer Wells a pratiqué 600 ovariotomies, en laissant toujours le pédicule à l'extérieur. Dans quinze ovariotomies il a lui-même laissé le pédicule dehors, et les malades ont guéri chaque fois qu'elles étaient placées dans de bonnes conditions hygiéniques. Il a suivi la même conduite dans une opération d'hystérotomie, et la malade a également bien guéri. Il déclare qu'il ne se départira pas de cette pratique, qui lui paraît être la meilleure.

M. TILLAUX dit que cette question de la réduction du pédicule est aujourd'hui à l'étude, et ne peut être résolue que par de bonnes statistiques.

M. PANAS présente de la part de M. Carré un couteau à lame cachée pour l'opération de stilling (débridement du canal nasal).

Le but que s'est proposé M. Carré est de limiter le débridement exactement au canal nasal; les autres instruments sectionnent plus ou moins le ligament palpébral interne et la paroi intérieure du sac.

Après avoir incisé le point et le conduit lacrymal, on introduit l'instrument comme s'il s'agissait d'une sonde de Bowman, et en lui donnant la même direction. Quand l'extrémité du couteau est arrivée au fond du sac, on pousse le bouton qui fait jaillir la lame tranchante dirigée en avant, et la section du canal se trouve faite. On peut en faire une seconde ou une troisième en tournant le couteau sur lui-même.

On pratique ensuite le cathétérisme au moyen d'une sonde de Bowman n° 4.

Lorsqu'il s'agit d'un phlegmon du sac ou d'une fistule lacrymale, il est prescrit par la plupart des auteurs de faire communiquer largement le sac avec le lac lacrymal, en débridant largement le ligament palpébral interne. On arrive absolument au même résultat en respectant ce ligament et en portant le débridement sur le canal nasal, ce qui devient facile au moyen du couteau à lame cachée.

La séance est levée.

---

Séance du 15 octobre 1879. — Présidence de M. TILLAUX.

COMMUNICATIONS

**Ovariotomie. — Hystérotomie.** — M. LABBÉ, à l'occasion du procès-verbal, revient sur la question de la réduction ou de la non-réduction du pédicule à la suite de la parotomie faite pour l'extraction de kystes ovariques ou de tumeurs fibreuses. Cette question, suivant lui, peut être jugée aujourd'hui. En effet, dans un voyage qu'il vient de faire à l'étranger et pendant lequel il a pu voir pratiquer un grand nombre d'ovariotomies, il a pu s'assurer qu'il n'y a plus aujourd'hui qu'un très-petit nombre de chirurgiens, entre autres Brown et Billroth, qui s'en tiennent encore à l'ancienne pratique, c'est-à-dire celle qui consiste à maintenir le pédicule au dehors. Tous les autres sont d'avis qu'il vaut mieux réduire; on peut dire que c'est aujourd'hui l'opinion générale.

Quant au volume du pédicule, cette question se réduit à peu de chose, car on peut toujours faire deux ou trois portions du pédicule au lieu d'une et l'on est bien certain par ce moyen de n'avoir pas d'hémorrhagie consécutive.

M. Lucas-Championnière, ajoute M. Labbé, a dit qu'il était probable que les chirurgiens seraient amenés à suivre la même pratique pour l'hystérotomie, ou l'hystérectomie, que pour l'ovariotomie; le fait existe aujourd'hui et M. Labbé lui-même n'agit plus autrement. Suivant lui, l'hystérotomie exige encore bien plus que l'ovariotomie la réduction du pédicule. Si l'on a affaire à un large pédicule, on éprouve parfois de graves difficultés pour le maintenir au dehors. Billroth, dans un cas de ce genre, où il avait éprouvé les plus grandes difficultés pour l'amener au dehors, fixa à l'aide de deux fils les deux moitiés du pédicule aux deux parois abdominales, rapprochées seulement dans une certaine partie de leur étendue. Il eut un succès par cette méthode. Mais elle a pour inconvénient de laisser une large surface qui doit suppurer; la réduction du pédicule paraît à M. Labbé bien préférable. Mais il y a certaines précautions à prendre. Voici d'ailleurs comment pro-

cède M. Labbé après l'hystérotomie : Prenant l'utérus avec un serre-nœud, il fait préalablement la place du fil qu'il va fixer, puis il passe un fil de catgut dans le sillon ainsi obtenu. Le fil ainsi placé risque bien moins de glisser. En outre, la portion qui est au-dessus de la ligature doit être creusée de façon qu'on puisse rapprocher les deux moitiés l'une de l'autre. On n'a ainsi dans la cavité abdominale qu'une surface péritonéale; il n'y a plus de surface de section, car la réunion de ces deux portions du pédicule entre elles se fait très-rapidement. Ce que demandait M. Lucas-Championnière se trouve donc en partie réalisé.

RAPPORT

**Hystérotomie avec ablation des deux ovaires. —** M. GUÉNIOT rappelle que le 1er octobre la Société a reçu de M. Dezanneau, chirurgien de l'hôtel-Dieu d'Angers, une observation ainsi intitulée : *Tumeur fibro-cystique de l'utérus, hystérotomie, ablation des deux ovaires, guérison*. Il s'agissait d'une femme de quarante-sept ans, arrivée depuis deux ans à l'époque de la ménopause et qui portait depuis quinze ans une tumeur abdominale. Cette tumeur, après s'être pendant un assez grand nombre d'années développée avec une grande lenteur, avait pris tout à coup dans ces derniers temps un développement si rapide et déterminé des troubles généraux si pénibles que la malade exprima le plus vif désir d'être opérée. Un médecin de la localité fit une ponction qui n'amena qu'une très-petite quantité de sérosité sanguinolente, mais peu de temps après il s'écoula par l'ouverture de la ponction une quantité notable de sérosité.

Malgré cela, la maladie continuait à faire des progrès; cette femme vint consulter M. Dezanneau qui constata que le ventre avait à peu près le volume d'une grossesse à terme; il reconnut une tumeur bosselée, généralement mobile; au toucher, le col paraissait sain : il suivait les mouvements imprimés à la tumeur; d'autre part, il y avait une certaine indépendance du col par rapport à la tumeur. M. Dezanneau renvoie cette malade; elle vient le retrouver cinq mois après dans des conditions moins bonnes. Une ponction exploratrice donne très-peu de liquide; l'opération est décidée. Elle fut pratiquée le 3 juillet dernier à l'hôtel-Dieu d'Angers. La méthode antiseptique fut rigoureusement employée dans ses plus menus détails. M. Dezanneau fait d'abord une incision de 15 centimètres; la tumeur se présente aussitôt; deux ponctions directes restent sans résultat; une incision faite sur la tumeur permet de constater qu'elle est très-solide et qu'elle contient quelques cavités; cette incision, pas plus que les ponctions, ne parvenant à diminuer son volume, le chirurgien est obligé d'agrandir en haut et en bas l'ouverture abdominale. L'incision de la tumeur donne un abondant écoulement de sang qui oblige à la refermer. Il y a très-peu d'adhérences, sauf au niveau du grand épiploon, qui adhère intimement et est dégénéré en ce point. M. Dezanneau le coupe en six parties et fait autant de ligatures. L'incision est portée à 22 centimètres; des tractions modérées amènent l'extrémité supérieure de la tumeur qui finit par basculer. Les ovaires étaient sains. La tumeur adhérait, par un pédicule très-large et très-court, à l'utérus. Au-dessous se trouvait une tumeur fibreuse de la grosseur d'un œuf de poule. M. Dezanneau se décide alors à enlever l'utérus et les ovaires. Une anse d'écraseur fortement serrée est passée autour du pédicule et la tumeur est enlevée avec l'utérus. Au-dessous de l'anse d'écraseur est passée une aiguille courbe entraînant un double fil métallique. Le pédicule ainsi formé, partagé en deux moitiés par les deux fils, fut fixé à la surface de la plaie. On fit la toilette du péritoine; on appliqua les sutures; les six fragments d'épiploon furent ramenés dans la plaie. On avait donc ainsi réduit sept pédicules dans la cavité péritonéale. La durée de l'opération a été de trois heures et demie.

Les soins immédiatement consécutifs consistèrent dans l'administration d'une pilule d'extrait thébaïque de 1 centigramme toutes les trois heures, le cathétérisme toutes les quatre heures, et du café. Le pouls monta à 124, la température à 39°. On fit le pansement de Lister dans toute sa rigueur, puis tout alla bien jusqu'à la guérison; il y eut seulement, un jour, de violentes coliques, qui furent calmées par des injections hypodermiques, et un peu d'ictère sans gravité. Enfin, vers le douzième jour, M. Dezanneau enleva sans difficulté le fil du côté droit, mais il eut beaucoup de peine à enlever celui du côté gauche; il ne put y parvenir qu'en le serrant davantage, de façon à sectionner complètement le pédicule. Il y eut un peu d'hémorrhagie facilement arrêtée par une application de chlorure de zinc. Le 15 avril, six semaines après l'opération, la guérison était complète.

M. Dezanneau attribue le succès qu'il a obtenu, ainsi que la guérison de deux ovariotomies sur trois, à l'emploi de la méthode antiseptique.

M. Guéniot, comparant ces résultats à ceux qui étaient obtenus il y a seulement quelques années après l'ablation d'utérus cancéreux par la voie vaginale, opération presque constamment suivie d'insuccès, fait ressortir tous les progrès accomplis dans la médecine opératoire dans ces derniers temps.

Il propose, en terminant, d'adresser des remercîments à l'auteur.

M. VERNEUIL fait observer que l'ablation de la portion libre de l'utérus pour des néoplasmes ne saurait être comparée à l'opération dont vient de parler M. Guéniot. Un chirurgien allemand a essayé d'enlever l'utérus pour des cas de néoplasmes; les résultats ont été lamentables; les quelques rares malades qui ont résisté à l'opération n'ont pas tardé à succomber à la récidive. Les ablations d'utérus pour néoplasmes, avec ou sans antiseptie, donnent des résultats déplorables.

M. TRÉLAT dit qu'aujourd'hui certaines questions chirurgicales marchent avec une telle rapidité que des faits, datant seulement de deux ou trois ans, paraissent présenter un caractère d'archaïsme et de vétusté. Il ne s'en plaint pas, c'est une simple remarque qu'il fait. Il y a quatre ans, M. Trélat se trouvait aux prises avec une tumeur ovarienne dont l'ablation présenta les plus grandes difficultés. Il s'agissait d'une femme jeune et d'une belle constitution. L'incision, d'abord de 12 centimètres, dût être portée à 22 et même à 24 centimètres; il n'en était pas moins impossible d'obtenir la moindre réduction; l'ouverture, le curage de la tumeur ne servirent qu'à augmenter la durée de l'opération qui fut de quatre heures. Le malade mourut dans l'espace de soixante heures. Il s'agissait d'une tumeur solide de l'ovaire et de l'utérus. Le docteur Zambiecki a fait, à l'instigation de M. Trélat, sa thèse sur les tumeurs solides de l'ovaire, et s'est livré à une enquête qui a montré que l'ablation de ces tumeurs avait dans tous les cas présenté les mêmes difficultés opératoires. C'est là une question non encore tranchée. Il est évident qu'il n'y a pas d'autre moyen que de faire une incision proportionnelle au volume de la tumeur quand elle est irréductible.

Quant à la question du pédicule, M. Trélat communiquera ultérieurement l'observation d'une malade qui a succombé le dixième jour après l'opération et qui aurait probablement guéri s'il avait fait la réduction du pédicule.

**Luxation de l'épaule en arrière. —** M. DESPRÈS a eu l'occasion d'observer récemment une luxation sous-épineuse complète dont il présente le moule à la Société qui ne possède encore, dans ses bulletins, aucune observation de ce genre. Il s'agit d'un homme qui fut renversé, en descendant d'un tramway, par le tramway venant en sens opposé; il ne peut dire comment il est tombé. Son épaule présentait une déformation caractéristique; saillie de l'acromion; existence d'une tumeur en arrière, sous l'épine. Il y avait une ecchymose sur la partie saillante du moignon de l'épaule; cette ecchymose disparut trois jours après la réduction; elle était donc en rapport avec une compression exercée de dedans en dehors par la tête du membre. Celui-ci était raccourci, le coude était éloigné du tronc, la main en pronation. La réduction a été tentée par la traction continue avec des aides. Elle fut obtenue en une minute et demie. Ces luxations en arrière sont plus faciles à réduire que celles qui se font en avant. Nélaton avait parfaitement reconnu la facilité de réduction de ces luxations.

**M. Farabeuf** a eu l'occasion d'observer une luxation dite sous-épineuse et qui n'a jamais pu être réduite. Il s'agit d'un malade âgé de quarante ans qui se luxa l'épaule en mer, à cinq semaines de Bordeaux. Ni le chirurgien du bord, ni ceux de Bordeaux, ne purent réduire cette luxation. Le bras est actuellement encore dans l'abduction et, autant que s'en souvient M. Farabeuf, dans la rotation en dedans. La tête de l'humérus se sent à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate. Pourquoi n'a-t-il jamais été possible de rapprocher le bras du tronc et la tête de l'épaule ? M. Farabeuf croit avoir trouvé l'explication de cette singularité par ce fait que la tête a passé sous le tendon du triceps. Il a pu très-bien sentir ce tendon passant au niveau et au-dessus du col chirurgical. Cette luxation, primitivement sous-acromiale, serait donc devenue ultérieurement sous-épineuse par suite du passage de la tête au-dessous du tendon du triceps qui s'oppose aujourd'hui à la réduction.

**M. Duplay** fait observer que les cas de luxation humérale en arrière sont rares. Il n'a observé, quant à lui, qu'un seul cas analogue à celui de M. Desprès; encore s'agissait-il plutôt d'une luxation sous-acromiale que sous-épineuse. Le coude était en avant, rapproché du tronc, contrairement au fait de M. Desprès; le moignon était déformé, déprimé; il fallait une certaine attention pour constater cette dépression ; la réduction fut facile, mais il faut dire que le malade, qui avait beaucoup d'autres lésions, fut chloroformé.

**M. Anger** demande à M. Desprès si son malade a pu se servir tout de suite de son bras; car dans ces cas il peut y avoir une lésion du nerf qui entraîne un peu de paralysie.

**M. Desprès** répond que son malade a pu se servir de son bras le troisième jour; il n'y avait certainement pas eu de lésion du nerf.

**Coryza caséeux.** — **M. Périer** a eu l'occasion d'observer récemment une singulière affection des fosses nasales qui a été désignée sous le nom de coryza caséeux. On avait cru à une affection épithéliale des fosses nasales ; on voyait en effet un bourgeon fongueux, saignant ; mais, en sectionnant ce polype, on donna issue à une matière caséeuse dont le malade ne put complètement se débarrasser qu'en l'espace de deux jours. L'odorat, complètement perdu par l'existence de cette tumeur, revient maintenant, malheureusement d'abord pour les mauvaises odeurs; car c'est en allant à la garde-robe que le malade s'est aperçu du retour de son odorat, encore indifférent au parfum des roses.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Examens de doctorat.—Circulaire ministérielle.*— Monsieur le Recteur, conformément aux dispositions de la circulaire du 20 novembre 1878, relative aux conditions d'études exigées des candidats au grade de docteur en médecine, j'ai l'honneur de vous adresser le programme des interrogations que les élèves des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires auront à subir à la fin de chaque semestre, à partir de la deuxième année d'études.

Ces interrogations porteront sur les matières suivantes :

*Deuxième année.* — Fin du premier semestre : Éléments d'anatomie descriptive. — Fin du deuxième semestre : Éléments de physiologie.

*Troisième année.* — Fin du premier semestre : Éléments de pathologie externe. — Fin du deuxième semestre : Éléments de pathologie interne.

Vous trouverez aux annexes de la présente circulaire le modèle du certificat qui devra être transmis aux facultés.

L'application du décret du 20 juin soulève dès à présent un certain nombre de questions que j'ai examinées au comité consultatif de l'enseignement public et dont je vous indique ci-après la solution :

1° Quel serait le délai exigé entre les deux parties des troisième et cinquième examens? L'ajournement à la seconde partie annule-t-il les résultats obtenus dans la première épreuve?

Il ne doit pas y avoir de délai entre ces deux épreuves, et, si un candidat est ajourné à la deuxième partie de l'examen, il conserve le bénéfice de la première partie.

2° Les épreuves pratiques des deuxième et troisième examens sont-elles éliminatoires ?

La question a été résolue affirmativement.

3° L'épreuve écrite du cinquième examen n'est pas éliminatoire, mais doit-on attribuer une note à cette composition ?

Il ne sera pas attribué de note spéciale, mais le jury devra tenir compte de cette épreuve dans l'appréciation générale de l'examen.

4° Les étudiants de deuxième année qui opteront pour le nouveau régime d'études peuvent-ils être admis à subir le premier examen de doctorat en novembre prochain ?

Les élèves qui auront pris leur huitième inscription au mois de juillet 1879 et qui auront opté pourront subir le premier examen de doctorat au mois de novembre suivant, avant de prendre la neuvième inscription ; ils seront dispensés, ainsi que les étudiants de première année, de l'examen de fin d'année.

Enfin les élèves ayant douze inscriptions seront également dispensés du troisième examen de fin d'année et devront subir le premier examen probatoire avant de prendre la treizième inscription.

Vous voudrez bien d'ailleurs vous reporter, pour tout ce qui concerne l'option pour le nouveau régime, aux circulaires des 20 novembre 1878 et 16 février 1879.

— Aux termes d'une circulaire ministérielle en date du 16 février 1879 et conformément à l'avis du Comité consultatif, les candidats au doctorat en médecine, ayant accompli leur volontariat et pourvus des quatre premières inscriptions, pourront être autorisés, sur leur demande, à passer leur premier examen probatoire au mois de novembre qui suit leur libération et à le renouveler, en cas d'échec, au mois de janvier. En outre, ces mêmes jeunes gens auront la facilité d'ajourner la soutenance de leur examen jusqu'au mois de janvier, sous cette réserve toutefois que, dans le cas où ils ne seraient pas reçus, ils ne pourront se présenter de nouveau qu'en fin d'année, c'est-à-dire au mois d'août, sans pouvoir, d'autre part, prendre d'inscription jusqu'à cette date.

Ces dispositions sont applicables à tous les engagés conditionnels, qu'ils aient fait leur service comme infirmiers ou comme soldats.

D'un autre côté, et par mesure transitoire, applicable uniquement à l'année 1879, les étudiants, pourvus de quatre inscriptions au mois d'août 1879, et qui auront opté pour le nouveau règlement, se présenteront en novembre, et, s'ils ont échoué à cette session, ils pourront subir de nouveau l'examen en janvier. En cas d'échec à cette dernière session, il ne leur sera permis de renouveler l'épreuve qu'au mois de juillet suivant. Le fait qui distingue leur situation de celle des volontaires, c'est qu'il ne leur sera pas loisible d'ajourner la soutenance de leur épreuve au mois de janvier.

— *Concours de l'internat.* — La question écrite a été : *Du testicule; de l'affection tuberculeuse du testicule.*

*Concours de l'externat.* — Les volontaires d'un an ont eu à traiter les questions d'anatomie suivantes (pendant cinq minutes après cinq minutes de réflexion) :

Jeudi 9 octobre : *Articulation tibio-tarsienne.*

Samedi 10 octobre : *Extrémité supérieure du fémur.*

Mardi 14 octobre : *Muscles : grand et petit pectoral.*

Première question en pathologie : *Anthrax.*

Jeudi 16 octobre : Petite chirurgie : *De la saignée.*

— *Baccalauréat.* — Une session extraordinaire, exclusivement réservée aux engagés conditionnels d'un an, sera ouverte devant les Facultés des sciences et les Facultés des lettres, le 25 octobre 1879, pour les épreuves du baccalauréat.

— *Maison nationale de Charenton.* — *Internat.* — Une place d'interne est actuellement vacante. Les candidats sont priés de s'adresser dans le plus bref délai au directeur de l'établissement. Les conditions exigées sont les suivantes : 1° avoir pris toutes ses inscriptions et passé un examen de doctorat; 2° avoir été attaché pendant un an au moins à un service d'aliénés ou être externe des hôpitaux de Paris.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Gioux (Léon-Maximilien) est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Lemoine, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Spillmann est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, en remplacement de M. Alcantara, démissionnaire.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Rocher, pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de chimie et des sciences accessoires, pour une période de neuf années.

— *École de médecine de Poitiers.* — Sont nommés à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers : MM. Guitteau, professeur de chimie et toxicologie ; Poirault, professeur d'histoire naturelle ; Robert, professeur d'hygiène et thérapeutique ; Mauduyt, professeur adjoint de pharmacie et matière médicale ; Delaunay, professeur de physiologie ; Jallet, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire ; Chedevergne, professeur adjoint hors cadre.

— Par suite du décès de M. Orillard, la place de directeur de l'École de médecine de Poitiers est devenue vacante.

Un des plus sympathiques professeurs de cette École, M. le docteur Jallet, est désigné, dit-on, pour succéder à M. Orillard.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Labéda, professeur de médecine légale, est nommé professeur de médecine opératoire (chaire nouvelle).

M. Resseguet, ancien suppléant, est délégué dans la chaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Batut, décédé.

— Par arrêté en date du 1er août dernier, M. le Préfet de la Gironde a nommé M. le docteur Pujos médecin principal du Bureau de bienfaisance de Bordeaux (emploi nouveau), avec mission de réorganiser le service médical des neuf maisons de secours de cette ville.

On voit que ce n'est pas à Paris seulement que les réformes à apporter au service médical de l'assistance à domicile sont à l'ordre du jour.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. le docteur Place, le docteur Lemercier ;

Sont nommés officiers d'académie : MM. le docteur Arnould, le docteur Ancelin (de Beauvais) ; le docteur Coutagne (de Lyon).

— *Anatomie.* — Le cours de M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie, commencera le 27 octobre.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Anatomie descriptive et dissection,** contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 3e édition, revue et augmentée, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12, avec 1,227 figures intercalées dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, Ve Delahaye et Ce.

**Traité clinique et pratique de la phthisie pulmonaire et des maladies tuberculeuses des divers organes,** par le professeur Lebert. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

**Étude expérimentale sur les actes mécaniques du vomissement,** par le docteur Arnozan. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

**La Fièvre jaune à Madrid en 1878,** rapport présenté à M. le Ministre de l'instruction publique, par le docteur A. Guichet. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Cie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8783.

N° 122. — MARDI 21 OCTOBRE 1879. 52e ANNÉE. MARDI 21 OCTOBRE 1879. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOTEL-DIEU. — M. Richet.

### Déviation avec exostose de la cloison nasale.

Vous avez pu examiner à la salle des hommes un jeune garçon, âgé de dix-huit ans, atteint d'une déviation du nez survenue dans des conditions assez particulières ; car, sans être très-rare, cette forme de déviation avec hypertrophie ne se présente guère dans notre hôpital plus d'une ou deux fois par an. Chez ce jeune homme, la pointe du nez est déviée à droite ; quand on cherche à la ramener du côté gauche, on ne peut lui imprimer ce mouvement de latéralité, tandis que, si on la reporte à droite, on peut facilement l'amener au contact de la joue droite.

On constate l'existence d'une tumeur dans la narine gauche ; tumeur rougeâtre, recouverte par la muqueuse des fosses nasales. Mais cette tumeur va jusqu'au cornet inférieur sur la paroi externe des fosses nasales, qu'elle oblitère presque complètement, puisque, en faisant souffler le malade par les narines, il passe à peine un peu d'air. Au moindre gonflement de la muqueuse, l'obstruction est complète.

Si l'on cherche dans la narine droite, on trouve qu'elle est dans l'état normal, sauf qu'elle présente une dépression de la cloison, qui est loin de correspondre à la tumeur du côté gauche. La tumeur de la cloison est résistante, de façon qu'une aiguille peut bien y pénétrer, mais n'y reste pas fixée. Quelle est la nature de cette tumeur ?

Ce n'est pas un polype des fosses nasales, car elle serait mobile, et, par les mouvements de l'air inspiré et expiré, cette tumeur produirait le bruit de drapeau ; d'ailleurs elle n'a ni la forme ni la mollesse ni la mobilité des polypes de cette région.

Cette tumeur ne peut être qu'une exostose de la cloison, ou une simple déviation de la cloison. Or, ici, nous observons les deux lésions réunies : exostose d'une part, et déviation d'autre part.

La déviation de la cloison avec hypertrophie n'est pas aussi rare qu'on pourrait d'abord le supposer. Notre malade prétend qu'il est tombé plusieurs fois de suite ; mais il ne peut préciser toutes ces chutes auxquelles il attribue son infirmité. C'est une simple supposition ; dans le plus grand nombre des cas, il n'est pas besoin d'invoquer une chute comme cause de cette affection. Un point remarquable, c'est que c'est toujours la narine gauche et jamais la narine droite qui est lésée : ce développement anomal, mais congénial, doit venir, à mon avis, de la façon dont on mouche les enfants, en leur tournant toujours les narines du même côté. Si la véritable cause était une chute ou un traumatisme quelconque, la difformité atteindrait indifféremment les deux côtés.

J'ai déjà enlevé dix ou douze de ces tumeurs : voici leur anatomie pathologique. Il y a un épaississement de la cloison de 7, 10, 12 millimètres de hauteur ; la tumeur, de nature exostosique, oblitère la narine gauche, tandis que, du côté droit, on constate une dépression. Quelquefois la tumeur existe des deux côtés : ainsi, en 1876, j'ai opéré une jeune fille qui, avec ses doigts, avait ulcéré la tumeur, de sorte que cette tumeur, ayant l'aspect d'un cratère pénétrant jusqu'au centre, me paraissait d'abord avoir beaucoup de ressemblance avec les néoplasmes de mauvaise nature.

Les symptômes de ces sortes de lésions sont parfois assez bizarres et singulières : en ville, j'ai observé un jeune garçon de seize ans qui avait un tic de la face, et faisait constamment des mouvements pour remonter son nez et sa lèvre supérieure ; je l'examinai et je trouvai dans la fosse nasale gauche la tumeur hypertrophique. Quand l'extirpation eut été pratiquée, le tic disparut naturellement.

Généralement, tous les malades porteurs de ces déviations sont bien décidés à se faire opérer : non pas seulement au point de vue esthétique, mais surtout, je crois, parce que la tumeur gêne considérablement la respiration, au point de les réveiller la nuit, de les essouffler fortement quand ils montent les escaliers, etc. Je pense que ce qui les détermine aussi à cette résolution, c'est qu'ils supposent que c'est cette tumeur qui produit la déviation du nez, et qu'après son ablation, le nez se redressera. Voilà une cause, outre la gêne respiratoire, pour laquelle ils acceptent et demandent même l'opération.

Nous avons encore dans nos salles un jeune homme auquel j'ai pratiqué cette opération ; il était entré à la Pitié pour se faire traiter d'un polype du côté droit ; M. Labbé lui a bien extirpé ce polype de la fosse nasale droite, mais il n'a pu enlever la tumeur du côté gauche, qui n'était pas un po-

lype, mais une exostose de la cloison. Nous y avons, en effet, trouvé cette exostose, ayant son point de départ non pas dans le cartilage, mais dans l'os lui-même. Avec des pinces de Liston, nous avons réussi à fracturer cette exostose en plusieurs morceaux que nous avons retirés. Alors, avec des pinces à polypes, nous avons enlevé en même temps tout ce que nous avons pu atteindre des polypes muqueux du côté droit. Notre opéré a été envoyé à l'asile de convalescents de Vincennes, mais il est revenu depuis, pour nous faire enlever ce qui reste des polypes tant à droite qu'à gauche, où l'examen rhinoscopique nous en a encore fait découvrir. L'exostose elle-même bourgeonne encore, et n'est pas complètement guérie. Sauf ce cas, tous ceux que j'ai rencontrés présentaient une exostose cartilagineuse.

Comment pratiquerons-nous cette opération ? Je me servirai d'un bistouri arrondi en forme de serpette et assez résistant pour couper le cartilage : on peut introduire cet instrument soit du côté droit, soit du côté gauche ; il faut l'enfoncer aussi profondément qu'il est possible, pour bien circonscrire l'exostose par une incision ; ensuite, la saisissant avec des pinces, on peut terminer l'excision avec des ciseaux. Pour être certain de dépasser le niveau de l'hypertrophie de la cloison, il ne faut pas craindre d'aller jusqu'à 2 ou 3 centimètres en arrière.

Cette opération n'est pas grave : elle peut cependant être compliquée d'hémorrhagie à la suite de la blessure des artères de la cloison, situées entre les deux lames osseuses de la cloison, ce qui rend leur ligature ou leur recherche avec des pinces hémostatiques à peu près impossible. J'ai arrêté l'hémorrhagie, dans un cas de ce genre, en faisant le tamponnement de la plaie avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer.

---

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

### Scrofulose tardive. — Péricardite ; dilatation du cœur droit.

Nous venons de perdre un malade sur lequel je me propose d'appeler votre attention, en vous présentant les pièces anatomiques que nous avons recueillies à son autopsie. C'est un homme, âgé de soixante-dix ans, chez qui l'on remarquait une augmentation de volume considérable des ganglions cervicaux : on voyait une tumeur inflammatoire qui siégeait sous la mâchoire, et qui s'était terminée par suppuration : l'ulcération et le trajet fistuleux duraient depuis longtemps. Ces signes dénotaient l'existence, chez ce malade, d'une scrofulose tardive, ayant les mêmes manifestations que celles de la scrofulose des adolescents. Il y a, en effet, des sujets chez qui l'on observe, dans un âge avancé, les ophthalmies, les otites, les coryzas, les abcès chroniques s'ouvrant spontanément et ayant les bords décollés, tout à fait comme chez les enfants. Du côté des poumons, nous constations aussi les phénomènes de la diathèse strumeuse.

Mais ce malade était intéressant à un autre point de vue : il avait l'aspect d'un sujet atteint d'asphyxie, la figure violacée, les mains et les extrémités inférieures cyanosées et couvertes de tâches bleuâtres, au point qu'au premier abord, j'ai craint qu'il ne fût menacé de gangrène des extrémités inférieures. Outre les signes d'asphyxie et de cyanose, ce vieillard présentait une infiltration considérable des membres inférieurs, qui remontait même jusqu'aux bourses ; la gêne intense de la circulation était encore révélée par l'état du pouls, petit, presque imperceptible, irrégulier et inégal, ainsi que par la difficulté de la respiration. Ce malade respirait avec peine, toussait beaucoup, et crachait peu.

Au cou, de chaque côté, on voyait les jugulaires fortement distendues présenter le phénomène du pouls veineux.

Tous ces symptômes nous firent penser évidemment à une affection soit des poumons, soit du cœur, soit des reins.

Au sujet des fonctions rénales, les urines étaient peu abondantes, mais elles étaient chargées d'une forte quantité d'albumine que la chaleur coagulait en gros flocons blanchâtres.

Du côté de la poitrine, on constatait une sonorité exagérée en avant, et de la matité dans les bases en arrière ; des râles sibilants avec quelques bulles de râles sous-crépitants dans toute la poitrine; dans le tiers inférieur des deux côtés, des râles assez fins à l'inspiration, ayant cependant des bulles un peu plus grosses et plus humides que celles des véritables râles crépitants, et dénotant l'œdème pulmonaire.

L'examen du cœur a donné des signes presque négatifs : les battements étaient irréguliers, inégaux ; quelques contractions très-faibles étaient suivies d'une plus forte, et ainsi de suite. Les bruits étaient si faibles qu'à l'auscultation il fut impossible de déterminer s'il existait des lésions d'orifices : on n'entendit aucun bruit de souffle bien manifeste.

A quel organe devions-nous rattacher tous les symptômes observés ? Pouvions-nous dire que la maladie principale était une néphrite et l'albuminurie ? Je ne l'ai pas pensé ; en effet, dans la néphrite, le cœur est relativement sain, il ne présente pas une telle arythmie, le pouls n'est ni petit, ni faible, ni irrégulier. Tous ces troubles ne pouvaient s'expliquer que par une lésion cardiaque primitive. Il fallait rejeter au second plan l'albuminurie, qui n'est que l'effet de la congestion rénale due aux troubles de l'appareil circulatoire. L'asphyxie et l'état du pouls m'ont fait conclure que le cœur devait être fortement dilaté : peut-être y avait-il une lésion valvulaire, mais, en tout cas, nous devions constater une dilatation du cœur et un ramollissement de la fibre musculaire cardiaque, expliquant la faiblesse de cet organe, l'asystolie et le pouls veineux. Le point de départ de cette lésion cardiaque indéterminée pouvait être dans le cœur gauche, mais les phénomènes actuels prouvaient l'existence d'une altération du cœur droit, d'une insuffisance tricuspide, dont la congestion pulmonaire généralisée était la conséquence. Nous étions d'autant plus fondés à admettre une lésion cardiaque primitive que le malade était depuis assez longtemps sujet à l'oppression et aux battements de cœur.

L'asystolie a amené successivement l'obstruction du système veineux, la congestion des organes, foie, poumons, reins, l'hydropisie du tissu cellulaire sous-cutané, puis celle des séreuses, etc. Dans un tel état, nous avons pu soutenir notre malade pendant quelques jours par l'usage des toniques, car la digitale est contre-indiquée lorsque la faiblesse est arrivée à un tel degré ; il devient dangereux alors de ralentir les battements du cœur. Nous avons eu recours au café, aux toniques, aux ventouses sèches dont, en cinq jours, on a bien appliqué cent cinquante à ce malade. Sous l'influence de ce traitement, l'asphyxie et l'œdème ont diminué ; mais l'amélioration ne pouvait être que passagère,

l'asphyxie a augmenté, le coma s'est produit à un certain degré, la face est devenue violacée, et le malade a succombé.

Les pièces anatomiques ont été examinées par M. Rémy, qui résume ainsi les détails de l'autopsie : les lésions prédominantes sont celles du cœur et du système circulatoire; les lésions prédominantes sont celles du cœur et du système circulatoire; les varices, le varicocèle, indiquent aussi une altération du système veineux. Le volume du cœur est double de celui de l'état normal : le cœur est aplati, sans résistance, ses parois sont flasques. Il a une couleur jaunâtre, il est surchargé de graisse; le muscle est jaune. Il a contracté de nombreuses adhérences avec le péricarde, et se déchire lorsqu'on cherche à l'en séparer. Le ventricule gauche et ses orifices, mitral et aortique, ne sont pas notablement altérés; pas d'athérome.

Toute la lésion est donc constituée par la dilatation du cœur droit, les adhérences péricardiques, et l'altération de la fibre musculaire. Le tissu cardiaque s'écrase facilement; il est jaune, mais il ne tache pas le papier comme la graisse, probablement à cause d'une altération spéciale qu'il présente, et qui consiste dans le dépôt d'un pigment jaunâtre.

Le foie offre la coloration caractéristique du foie muscade, ses veines sont béantes et dilatées ; il est petit et cirrhosé, non de la cirrhose alcoolique périlobulaire, mais de la cirrhose qui porte sur la totalité du tissu cellulaire autour des petits vaisseaux.

A l'ouverture du thorax, on a trouvé dans les plèvres deux litres environ de liquide d'hydrothorax, provenant d'un épanchement ultime consécutif à l'œdème pulmonaire. Les bronches présentent une coloration rouge très-vive et un aspect tomenteux absolument caractéristiques d'une bronchite aiguë intense.

A la partie déclive du lobe supérieur du poumon droit, on trouve un boudin induré de tissu fibreux cicatriciel très-épais, creusé d'une excavation dans ses aréoles; mais cette excavation ne tient pas à un processus tuberculeux (dont il n'y a pas trace dans les sommets des poumons); elle est le résultat d'une pneumonie chronique avec dilatation des petites bronches.

Les reins sont violacés et congestionnés ; à la surface d'un rein, on voit un petit kyste dû probablement à une embolie et à un infarctus.

Le fait le plus intéressant révélé par l'autopsie et le plus utile au diagnostic, c'est la constatation d'une péricardite ancienne. Nous pouvons admettre que c'est précisément cette péricardite qui a été le point de départ de la lésion cardiaque, hypertrophie d'abord, puis dilatation avec toutes ses conséquences.

---

## HOPITAL DE ROTHSCHILD. — M. Leven.

### Néphrite parenchymateuse; urémie; injections de nitrate de pilocarpine; guérison.

(Observation recueillie par M. Rueff, interne du service.)

Le 13 septembre entre à l'hôpital de Rothschild, dans le service de M. Leven, une jeune fille âgée de quatorze ans et demi, non réglée, et ayant jusque-là joui d'une excellente santé. Le 9, elle avait eu, à la suite d'un refroidissement, quelques frissons vagues, peu intenses; elle éprouva depuis ce moment de la céphalalgie et une anorexie presque complète.

A son entrée, elle est pâle, décolorée, présente une tuméfaction assez considérable des grandes lèvres qui font saillie à la vulve sous forme de deux bourrelets durs et rénitents. La cuisse et la jambe sont le siège d'une légère infiltration œdémateuse. Les battements du cœur sont rapides, réguliers et assez forts; pas de souffle; le pouls compte 110.

Les poumons sont sains. La langue est rouge, sèche; pas de vomissements ni de constipation. La température est de 39° le matin, 40° le soir.

Les urines sont rouges, peu abondantes, 300 grammes; elles renferment 6g,50 pour 1,000 d'albumine, 22 d'urée. La malade prend deux litres de lait.

15 septembre. — La température est de 37°,5 le matin, 38° le soir. Un peu de céphalalgie sus-orbitaire; la malade vomit son lait à deux reprises différentes.

16 septembre. — La température est de 37° le matin, 37°,2 le soir. Quelques vomissements; la quantité des urines est de 250 grammes.

17 septembre. — Même état; elle mange une portion.

18 septembre. — La température est de 37° le matin, 37°,4 le soir; envies de vomir, céphalalgie, bourdonnements des oreilles. Urines, 350 grammes.

19 septembre. — Même température; l'appétit disparaît; la malade vomit ses aliments. L'œdème ne se modifie pas. Les urines sont supprimées.

20 septembre. — La température est de 38°,4 le matin; le pouls a 110. Pas d'urines. La malade est prise de convulsions cloniques d'une extrême violence. Les accès durent deux minutes environ et consistent en mouvements désordonnés de tous les membres et de la tête, avec prédominance des convulsions à droite; ils se reproduisent vingt-deux fois dans l'espace de sept heures. Dans leur intervalle, la malade est plongée dans le collapsus le plus profond.

Après le premier accès, on pratique sur la région sternale une injection de 2 centigrammes de nitrate de pilocarpine, qui ne donne lieu à aucun phénomène; pas de sueurs locales ou générales, pas de salivation. La température, qui est de 37°,2 avant l'injection, est la même après. Le soir, nouvelle injection de pilocarpine, même dose, qui ne produit rien qu'un peu de salivation.

Le 21, la nuit a été interrompue par des accès convulsifs fréquents et très-intenses. Des vomissements d'un liquide verdâtre se produisent le matin. La température est de 37°,3 le matin; on fait une nouvelle injection de 2 centigrammes de pilocarpine; au bout de deux minutes apparaît au pourtour de la piqûre une rougeur assez vive; au bout de quatre minutes, des sueurs apparaissent sur le front d'abord, puis sur tout le reste du corps. La salive s'écoule en abondance par les commissures; à plusieurs reprises, la malade vomit un liquide jaunâtre dont on recueille 80 grammes environ. Une demi-heure après l'injection, la malade urine sous elle. Les muscles du bras présentent encore quelques mouvements spasmodiques. Le liquide vomi renferme du carbonate d'ammoniaque. Elle rend 350 grammes d'urine dans le courant de la journée; ces urines renferment 8g,32 d'albumine pour 1,000 et 25g,62 d'urée. Pas de diarrhée. La température est de 37°,5 le soir. Le soir, nouvelle injection de 2 centigrammes de pilocarpine; sueurs abondantes; nous recueillons 60 grammes de salive environ; elle renferme 0g,098 d'albumine (par pesée) et des traces d'urée au microscope. Elle vomit moins qu'après la dernière injection; elle n'a plus de convulsions.

22 septembre. — La sensibilité réapparaît; la malade répond avec difficulté aux questions qu'on lui adresse, se plaint d'un sentiment de fatigue. La température est de 37°,2 le matin, 37°,3 le soir. 500 grammes d'urine qui renferment 3g,80 p. 0/0 d'albumine.

23 septembre. — L'amélioration persiste; plus de vomissements; la malade mange une portion. La température est normale; l'urine rendue est de 1,200 grammes. L'œdème des grandes lèvres et des cuisses a complètement disparu.

Depuis cette époque, la malade ne présente plus aucun phénomène saillant. La quantité d'urine rendue est en moyenne de 12 à

1,500 grammes; on y trouve de l'albumine jusqu'au 8 octobre environ, époque à laquelle la malade est complètement remise.

## DU TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE SYMPATHIQUE

### PAR LA SECTION DES NERFS CILIAIRES ET DU NERF OPTIQUE SUBSTITUÉE A L'EXTRACTION DE L'ŒIL (1)

Par le docteur BOUCHERON, ancien interne des hôpitaux.

A la suite d'une blessure ou d'une lésion d'un œil, l'autre œil peut être atteint d'affections variées, et généralement très-graves, qu'on désigne sous le nom d'*Ophthalmie sympathique.*

Les travaux modernes ont démontré que l'ophthalmie sympathique se transmet d'un œil à l'autre, par l'intermédiaire des nerfs ciliaires (branches du nerf trijumeau) et peut-être par le nerf optique.

Le seul traitement efficace, employé autrefois, était *l'enlèvement complet* de l'œil blessé, point de départ des accidents dits *sympathiques.*

En 1876, M. Boucheron, dans une note à l'Académie des sciences, séance du 13 juin, indiqua une méthode opératoire nouvelle aussi efficace que l'enlèvement de l'œil, *mais présentant l'avantage de ne plus faire subir de mutilation au malade.*

Se basant sur de nombreuses expériences faites dans le laboratoire de M. Paul Bert à la Sorbonne, M. Boucheron annonçait que la *section des nerfs ciliaires et du nerf optique* en arrière de l'œil *peut s'exécuter sans destruction de l'œil,* chez les chats, les chiens et même les lapins, pourvu que les animaux soient bien portants.

Si cette nouvelle opération est, chez les animaux, généralement suivie de la conservation de l'œil, il devenait légitime d'utiliser cette opération sur l'homme.

Il existe d'ailleurs, dans la science, plusieurs observations de sections accidentelles des nerfs optiques et ciliaires, avec conservation de l'œil.

Tel est, par exemple, le cas d'un soldat qui, en 1870, eut la tête traversée par une balle, d'une tempe à l'autre. Il y *eut section complète de tous les nerfs de l'œil,* et cependant le malheureux aveugle *conserva ses yeux* avec une parfaite transparence des milieux réfringents, comme nous le montra l'ophthalmoscope.

Cette observation est déjà, à elle seule, une expérience concluante.

Comme l'ophthalmie sympathique est transmise d'un œil à l'autre par les nerfs optique et ciliaires, *il suffira de couper ces nerfs en arrière de l'œil malade pour interrompre la transmission de la maladie.*

D'autre part, il est d'observation que l'ophthalmie sympathique se déclare quelquefois avec une rapidité foudroyante, peu de temps après le traumatisme.

Ces accidents sympathiques *précoces* sont souvent d'une extrême gravité, et *l'extraction de l'œil blessé n'arrête même plus l'évolution* des accidents, quand ils sont déjà avancés. Aussi une cécité fatale, complète et incurable, en est bientôt la conséquence.

En présence de ces *accidents formidables* de l'ophthalmie *sympathique précoce,* le congrès ophthalmologique de 1872 n'a pas hésité à préconiser *l'extraction préventive* de l'œil blessé, quand la blessure est très-grave ou quand l'œil renferme un corps étranger (grain de plomb, éclat de capsule, etc.).

Mais la mutilation qui résulte de l'extraction de l'œil est si pénible que nombre de malades hésitent à se soumettre à cette opération et s'exposent ainsi à une cécité incurable.

*La section préventive des nerfs ciliaires et optique* en arrière de l'œil blessé ne laissant pas de traces visibles, conservant le globe oculaire et préservant le malade des accidents sympathiques, est très-facilement acceptée et est un véritable bienfait pour ces blessés.

La section des nerfs optique et ciliaires est indiquée, en outre, dans la plupart des cas d'ophthalmie sympathique *tardive,* quand l'œil blessé présente encore une forme suffisamment bonne.

Depuis la présentation de la première note de M. Boucheron, un grand nombre d'ophthalmologistes ont suivi cette voie nouvelle. M. Schœler (de Berlin) (1) a beaucoup contribué à la vulgarisation de cette opération par la publication de ses observations de guérison par cette méthode. M. Dianoux (de Nantes) (2), MM. Abadie, Dor et Meyer (3), etc. pratiquèrent ensuite cette opération. Enfin, dans sa thèse inaugurale, M. Redard (4), interne distingué des hôpitaux, a réuni tous les faits relatifs à cette question et a fourni à nouveau les preuves péremptoires de la valeur de la méthode.

*Procédé opératoire.* — Section de la conjonctive et de la capsule. Ténotomie du muscle droit externe sans dénuder la face externe du muscle. Introduction, entre la capsule et l'œil, de ciseaux fortement coudés sur le plat. L'œil étant alors tiré en avant ou tourné en dedans, le nerf optique, tendu comme une corde rigide, est saisi entre les branches des ciseaux et coupé. Rotation d'avant de l'hémisphère postérieur de l'œil, de manière à voir nettement la section du nerf optique et à ne laisser échapper aucun nerf ciliaire. Suture du muscle, serrée seulement le lendemain s'il y a strabisme prononcé. Pansement antiseptique.

Maintenant la *névrotomie optico-ciliaire* que M. Boucheron a fait entrer dans la pratique chirurgicale, en démontrant, par ses expériences, la possibilité de la pratiquer avec conservation de l'œil, cette nouvelle opération a déjà été exécutée par plusieurs chirurgiens, dans plus de *quarante cas,* avec succès. Cette consécration clinique doit la faire considérer comme une conquête définitive de la chirurgie *conservatrice.*

(1) Note présentée par M. Bouley à l'Académie des sciences, 13 octobre 1879.

(1) Schœler, *Jahraberìcht der Angen klinik, im jahre* 1877. Berlin, 1878.

(2) Dianoux, De l'énervation du globe de l'œil: *Journal de médecine de l'Ouest,* 1er trimestre 1879.

(3) Abadie, Meyer, 1879, in thèse de Redard.

(4) Redard, De la section des nerfs ciliaires et du nerf optique. Thèse de Paris, 1879.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 octobre 1879. — Présidence de M. HOUEL.

### COMMUNICATIONS

**Du stroma des globules rouges.** — M. HAYEM fait une communication sur ce sujet. Lorsqu'on examine au microscope une goutte de sang desséchée sur une lame de verre, on aperçoit les globules rouges. La même préparation ayant été soumise au lavage, on n'aperçoit plus d'éléments figurés, sauf quelques globules blancs. Or certains réactifs tels que l'eau iodée, la fuchsine, font apparaître le stroma des hématies. Ce stroma mesure les mêmes diamètres que les globules encore intacts. Il semble donc constituer une mince enveloppe étalée à la surface de ces globules. On pourrait ainsi, en opérant sur une grande quantité de sang, étudier la composition chimique de ce stroma.

**Troubles trophiques consécutifs aux sections partielles du trijumeau.** — M. LABORDE met sous les yeux de la Société trois lapins sur lesquels il a pratiqué des sections partielles du trijumeau par le procédé qu'il a fait connaître dans une précédente séance et qui consiste à arracher le nerf au moyen d'un crochet glissé à travers la base du crâne en dedans du condyle interne de la mâchoire. On évite ainsi la lésion des lobes antérieurs du cerveau. Les animaux ainsi opérés ont été conservés sans suture des paupières ni de l'oreille au devant l'œil, sans aucune précaution spéciale. Les lésions ont commencé à apparaître seulement trois semaines après : la cornée se mortifie dans une plus ou moins grande étendue et les points nécrosés sont remplacés par un tissu opaque. Chez ces trois animaux, les lésions trophiques se sont limitées aux zones anesthésiées.

**Influence des nerfs sur la sécrétion lactée.** — M. REGNARD présente, au nom de M. Laffont, une note sur ce sujet. Sur une chienne curarisée, l'excitation du bout périphérique du nerf mammaire détermine l'abaissement de la pression dans l'artère, la congestion de la mamelle et l'hypersécrétion du lait. Celle-ci persiste après la section du nerf.

**Effets cardiaques de la ligature du pneumo-gastrique; névrotome électrique.** — M. FRANCK rappelle que la ligature ou la section du pneumo-gastrique d'un côté produit sur le chien, le chat et parfois le lapin un court arrêt du cœur ou un ralentissement notable des deux ou trois battements qui la suivent. Cet effet modérateur résulte d'un acte réflexe dont le point de départ est dans l'irritation des filets sensibles du nerf lié, et la voie de transmission centrifuge dans le nerf opposé resté intact. Mais le nerf lié sert aussi d'agent de transmission centrifuge à l'incitation modératrice : en effet, la ligature d'un pneumo-gastrique, après la section du pneumo-gastrique opposé, produit encore le ralentissement du cœur. Ce ralentissement ne résulte pas d'une irritation transmise directement aux appareils modérateurs intra-cardiaques; car une seconde ligature au-dessous de la première sur le bout périphérique du nerf n'est suivie d'aucun effet cardiaque chez les mammifères. Cet effet cardiaque ne peut donc provenir que d'un acte réflexe ayant sa transmission centripète et centrifuge dans le nerf lié lui-même.

M. Franck a cherché à mesurer ce temps à l'aide d'un petit appareil qu'il a fait construire par M. Galante et auquel il a donné le nom de *névrotome électrique*. Cet instrument a la forme d'un petit lithotriteur, entre les branches duquel le nerf peut être comprimé circulairement comme par une ligature ou sectionné, suivant que la branche mâle est constituée par une lame mousse ou une lame tranchante. Il est traversé par un courant de pile qui s'interrompt au moment où cette lame rencontre la branche opposée après avoir détruit la continuité du nerf. Un signal électrique marque sur un cylindre enregistreur les instants précis de ces deux contacts et permet ainsi de mesurer la durée de la section ou de la compression du nerf. Si elle dépasse un dixième de seconde, le réflexe modérateur a encore le temps de passer dans le nerf comprimé. On sait que le réflexe fait défaut si l'on sectionne brusquement à l'aide de ciseaux fins. La durée précise du temps nécessaire à la production de ce réflexe est à déterminer.

Dans le cours de ces recherches, M. Franck a pu déterminer ce fait qu'un nerf qui a été interrompu physiologiquement par une constriction linéaire, assez forte pour empêcher la conduction, insuffisante cependant pour détruire les continuité anatomique, reprend très-rapidement ses fonctions.

La séance est levée.

---

Séance du 18 octobre 1879. — Présidence de M. MAGNAN.

COMMUNICATIONS

**Physiologie et pathologie du système nerveux.** — M. BROWN-SEQUARD vient faire à la Société une série de communications nouvelles sur les manifestations actives des centres nerveux; il se contentera aujourd'hui de quelques mots d'introduction.

Lorsqu'il existe une lésion du système nerveux central, il en résulte deux effets principaux : 1° la mise en jeu des activités diverses normales ou morbides; 2° un effet inverse, c'est-à-dire la cessation d'une activité, qu'elle soit normale ou morbide. Toutes les activités nerveuses peuvent être ainsi arrêtées. M. Brown-Sequard doit faire de cette question l'objet de son cours cette année au Collège de France, et les faits sont tellement nombreux que quarante leçons suffiront à peine pour les développer.

Il a déjà montré dans des communications antérieures que ces phénomènes d'arrêt et de mise en jeu d'activités nerveuses sont en contradiction avec les opinions ayant cours actuellement dans la science; il a démontré que des paralysies, des convulsions, des contractures peuvent se produire quel que soit le siège de la lésion, et qu'il est impossible d'admettre que chaque moitié du corps est en relation unique avec une seule moitié de l'encéphale, celle du côté opposé. S'arrêter à ces opinions, c'est retarder les progrès de la pathologie nerveuse. M. Brown-Sequard a publié des faits de paralysies directes au lieu de paralysies croisées dans des cas où la lésion siégeait au-dessus du pont de Varole. Ces paralysies ne dépendent donc en rien, comme on le pense, de l'entre-croisement. Une excitation électrique dans un point donné produit des phénomènes dans le côté correspondant. Ces faits sont une démonstration complète que les entre-croisements ne sont pas ce qu'on a prétendu. M. Brown-Sequard a fait cette expérience : Il coupe transversalement une moitié latérale de l'encéphale et galvanise la partie qui est au-dessus de la section; il obtient des mouvements du côté correspondant. Si l'on suppose que la section a été faite du côté droit de l'encéphale, l'excitation est donc passée du côté gauche pour revenir du côté droit du corps. Si chez un lapin on sectionne la moelle du côté droit, ce sera la patte antérieure du même côté qui sera paralysée et il s'agit, dans ces cas, d'une paralysie réelle, immédiate, durant une quinzaine de jours. Chez le chien on obtient d'autres phénomènes : si l'on coupe la moelle dorsale à droite, l'on voit la tête de l'animal s'incliner du côté gauche et l'on voit se produire un tournoiement, puis de la raideur, dans les membres antérieurs. Voilà donc une même lésion, faite au même point chez différents animaux, qui produit des effets différents : chez l'un, c'est un phénomène d'arrêt, une paralysie; chez l'autre, au contraire, c'est la mise en jeu d'une activité, le tournoiement des membres antérieurs.

M. Brown-Sequard a fait une autre série d'expériences qui lui ont permis de démontrer que les convulsions les plus énergiques produites dans un membre n'épuisent pas la partie de la moelle qui en est le point de départ, et qu'il y a, dans cette partie de moelle, comme une accumulation de force ou de puissance venant d'ailleurs. Si, par exemple, on écrase brusquement la tête d'un animal, on produit une paralysie des membres antérieurs et des convulsions des membres postérieurs. M. Brown-Sequard a pu s'assurer que le liquide cérébro-spinal n'était pour rien dans la production de ces phénomènes en retirant préalablement ce liquide, ni que l'action directe n'y était également pour rien, en coupant préalablement la moelle au niveau du bulbe; dans ce dernier cas, en effet, les phénomènes dont il s'agit ne se produisent plus. Il ne s'agit donc pas d'une secousse mécanique se propageant successivement dans toute l'étendue du centre cérébro-spinal. La portion dorsale de la moelle est mise à nu et écrasée sur un corps dur; dès lors, il n'y a plus de mouvements des membres postérieurs. Cet écrasement de la portion dorsale de la moelle a donc entraîné la perte de l'activité des cellules de la moelle lombaire. En résumé, une lésion d'une partie quelconque de la moelle entraîne soit la mise en jeu, soit la cessation d'activités des parties immédiatement voisines.

M. MAGNAN fait observer que, d'après les expériences de plusieurs physiologistes, l'écrasement de la tête donne lieu non pas seulement à des convulsions du train postérieur, mais même à des attaques épileptiformes.

M. BROWN-SEQUARD répond que Westphal, qui a fait ces expériences, n'a pas employé le même procédé et produisait des hémorrhagies que lui ne produit pas.

**Embryologie du têtard.** — M. MATHIAS DUVAL communique le résultat de ses recherches sur le développement des poumons du têtard. On s'est longtemps demandé si les vésicules terminales des bronches étaient pleines ou creuses. Le poumon de la grenouille n'étant formé, comme on sait, que d'une seule alvéole, il était plus facile de faire cette recherche chez elle; M. Mathias Duval a pu voir que ces vésicules terminales étaient creuses.

Il signale aussi un point relatif au développement des pattes de la grenouille. On a cru pendant longtemps que les pattes postérieures se développaient chez elle avant les antérieures, ce qui eût été contraire à la loi qui veut que les choses se passent chez l'individu comme dans la série. Or, si l'on considère successivement

les diverses espèces de la série, on voit que les premières, les moins avancées en évolution, les cécilies, n'ont pas de pattes, que les sirènes n'en ont qu'en avant et que les tritons en ont d'antérieures et de postérieures.

L'ordre est donc celui-ci : 1° pas de pattes ; 2° pattes antérieures ; 3° pattes antérieures et pattes postérieures. Il était donc logique d'admettre que chez la grenouille les pattes antérieures devaient se développer avant les postérieures. C'est ce qu'une étude attentive a permis à M. Duval de constater.

**Néphrite parenchymateuse; urémie; injection de pilocarpine; guérison.** — M. LEVEN fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. BIZZOZERO présente un petit instrument fort ingénieux destiné à servir à la fois de cytomètre et de chromomètre, c'est-à-dire à mesurer la quantité d'hémoglobine du sang et son degré de coloration.

## CHRONIQUE DE L'ENSEIGNEMENT.

### Les modifications des examens dans les Facultés de médecine et de l'enseignement de l'anatomie à Paris.

Jusqu'à ce jour l'étudiant en médecine prenait seize inscriptions (total quatre ans) et subissait trois examens de fin d'année :

1° Après la quatrième inscription (*chimie, physique et histoire naturelle*) ;

2° Après la huitième (*anatomie et physiologie*) ;

3° Après la douzième (*pathologie interne et externe*) ;

Puis il subissait cinq examens de doctorat, et soutenait la thèse quand bon lui semblait.

Le premier examen du doctorat portait sur la *dissection*, l'*anatomie* et la *physiologie*.

Le deuxième, sur la *pathologie interne et externe* et les *opérations chirurgicales*.

Le troisième, sur la *physique*, la *chimie* et l'*histoire naturelle*.

Le quatrième, sur l'*hygiène*, la *médecine légale* et la *thérapeutique*, la *matière médicale* et la *pharmacologie*.

Enfin le cinquième, sur la *clinique médicale*, la *clinique chirurgicale* et les *accouchements*.

Sans compter les *travaux pratiques* qui étaient *facultatifs*, le tout coûtait 1,300 francs ainsi répartis :

| | |
|---|---|
| Seize inscriptions à 32 fr. 50, y compris le droit de bibliothèque | 520 fr. |
| Trois examens de fin d'année à 30 fr. | 90 fr. |
| Cinq examens définitifs à 90 fr., certificat d'aptitude et diplôme | 690 fr. |
| Total | 1,300 fr. |

Les élèves studieux et bien dirigés, *rara avis*, étaient docteurs au bout de cinq ans à cinq ans et demi, les autres au bout de six, huit, dix et même vingt ans !

Le décret du 20 juin 1878 crée un nouveau régime *pour les étudiants qui commenceront leurs études le 1er novembre* 1879.

*A.* Tout étudiant devra, en prenant la première inscription, produire les deux *diplômes de bachelier ès lettres* et de *bachelier ès sciences restreint* pour la partie mathématique (ce dernier pouvant être remplacé par celui de *bachelier ès sciences complet*).

*B.* L'étudiant prendra *seize inscriptions* trimestrielles comme avec l'ancien système, et le stage dans les hôpitaux sera également obligatoire.

*C.* Les *examens* de fin d'année sont supprimés, mais l'étudiant aura à subir huit examens de doctorat et la thèse (voir ci-après les examens).

*D.* Les *travaux pratiques* de laboratoire, de dissection, de médecine opératoire seront *obligatoires* (voir ci-après).

*Examens nouveaux.* — Il y a cinq examens de doctorat, mais le deuxième, le troisième et le cinquième étant dédoublés et devant être subis en deux fois, cela fait en réalité huit examens.

1° Le *premier examen* sera subi entre la quatrième et la cinquième inscription. La cinquième ne pourra être prise qu'après la validation de l'examen qui porte sur la *physique*, *la chimie* et l'*histoire naturelle médicale*. Plus l'élève attendra pour subir les examens, plus la scolarité sera longue.

2° Le *deuxième examen, première partie*, sera subi entre la dixième et la douzième inscription, cette dernière ne pouvant être prise qu'après la validation de l'examen. Cette partie de l'examen comprend l'*anatomie* et l'*histologie*.

3° Le *deuxième examen, seconde partie*, sera subi entre la douzième et la quatorzième inscription, celle-ci ne pouvant être prise qu'après la validation de l'examen. Cette partie de l'examen porte seulement sur la *physiologie*.

4° Le *troisième examen, première partie*, ne pourra être subi que trois mois après la seizième inscription. Cette partie de l'examen comprend la *pathologie externe*, la *médecine opératoire* et les *accouchements*.

5° Le *troisième examen, seconde partie*, comprend la *pathologie interne* et la *pathologie générale*. L'étudiant subira cet examen ainsi que les suivants quand il le jugera convenable.

6° Le *quatrième examen* est le même que dans l'ancien système.

7° Le *cinquième examen, première partie*, comprend la *clinique chirurgicale* et la *clinique obstétricale*.

8° Le *cinquième examen, seconde partie*, comprend la *clinique médicale* et une *épreuve pratique d'anatomie pathologique*.

*Ajournement aux examens.* — L'élève ajourné en juillet, après la quatrième inscription, se représentera au mois de novembre suivant. Un nouvel échec le renverrait au mois de juillet de l'année suivante. Pour les autres examens, l'élève ajourné ne pourra se représenter qu'après le délai de *trois mois, au minimum*.

*Durée des études médicales.* — La durée sera nécessairement plus longue qu'avec l'ancien système. Pour qu'un élève pût terminer ses études en cinq années, il faudrait qu'il pût subir les cinq derniers examens et la thèse en neuf mois. Cela était possible autrefois, l'élève ayant déjà subi des examens de fin d'année sur les matières des trois premiers examens de doctorat ; mais aujourd'hui, après les seize inscriptions, l'élève en médecine doit encore subir cinq examens, *mais sur des matières entièrement neuves qu'il n'a jamais étudiées*. Selon nous, un élève mettra au minimum six à sept ans pour arriver au diplôme.

*Somme devant être versée pour les études médicales.* — Seize inscriptions à 32 fr. 50 c. (y compris le droit de bibliothèque)

| | | |
|---|---|---|
| Seize inscriptions à 32 fr. 50 c. (y compris le droit de bibliothèque) | | 520 francs. |
| Huit examens, avec certificat d'aptitude à 55 fr. (examen, 30 fr.; certificat, 25 fr.) | | 440 — |
| Thèse et certificat d'aptitude | | 140 — |
| Diplôme | | 100 — |
| Frais des travaux pratiques. | 1re année | 60 — |
| | 2e année | 40 — |
| | 3e année | 40 — |
| | 4e année | 20 — |
| Total | | 1,360 francs. |

Les frais des travaux pratiques seront perçus avec les inscriptions. Chaque élève payera 47 fr. 50 c. pour chaque inscription de la première année ; 42 fr. 50 c. en deuxième année ; 42 fr. 50 c. en troisième année, et 37 fr. 50 c. en quatrième année.

*Nombre des élèves de la Faculté de médecine de Paris.* — A la fin de l'hiver 1878, il y avait 4,408 élèves en cours d'études. Parmi ces élèves, il y en avait 2,915 ayant de une à seize inscriptions et 1,493 ayant subi un ou plusieurs examens définitifs. Pendant l'année scolaire 1878-1879, il s'est inscrit jusqu'au mois d'avril 612 nouveaux élèves. En supposant, ce qui est certainement exact, que ce chiffre représente à peu près le nombre des élèves qui sortent de l'école pendant une année scolaire, on peut admettre qu'il y a à

l'école de Paris 4,500 élèves en cours d'études, sans compter les nombreux étudiants qui ne prennent pas d'inscriptions et ne passent pas d'examens.

*Personnel enseignant.* — Pour le nombre considérable d'élèves, il y a trente professeurs faisant chacun un peu moins de soixante leçons par an. Il y a, en outre, trois conférences : de chimie, de physique et d'histoire naturelle, et trois cours auxiliaires : de pathologie interne, de pathologie externe et d'accouchements.

De nombreux cours sont faits par des docteurs autorisés par M. le ministre de l'Instruction publique dans les amphithéâtres de l'École pratique.

Quelque fréquents que soient les cours et quelque nombreux que soient les membres du corps enseignant, il y aura toujours insuffisance de professeurs, et les élèves sentiront toujours la nécessité d'une direction spéciale, d'une *surveillance* incessante, surtout en ce qui concerne les *travaux anatomiques*. Les nombreux élèves qui s'inscrivent directement ou par l'intermédiaire de leurs parents aux cours et aux démonstrations de dissection des professeurs libres à l'École pratique sont une preuve manifeste de l'insuffisance de l'enseignement pour un si grand nombre d'élèves.

*Travaux pratiques d'anatomie.* — Les travaux pratiques seront désormais obligatoires.

On parvenait à peine, autrefois, à loger à l'École pratique une très-petite fraction des élèves qui devaient y disséquer. Aujourd'hui on cherche à remédier à cet état de choses et, en attendant les nouveaux pavillons, les élèves disséqueront dans les bâtiments de l'ancien collège Rollin, rue Lhomond, les uns sous la direction *du chef des travaux anatomiques et des prosecteurs*, les autres sous la direction de *professeurs particuliers* autorisés par le Ministre à faire un cours d'anatomie et à diriger les travaux de dissection des élèves inscrits à leurs cours.

Dans une note non signée et parue ces jours derniers dans les journaux médicaux, il est dit que *le nouveau personnel enseignant consacrera tout son temps aux élèves de la Faculté*, que *nul ne sera plus abandonné à lui-même*, et que *chacun recevra gratuitement de véritables leçons particulières.*

Voilà des assertions qui témoignent de la bonne volonté du personnel enseignant; malheureusement ce sont là autant d'*utopies*.

Que peuvent faire huit prosecteurs et vingt-quatre aides d'anatomie pour le nombre considérable d'élèves qui sont en cours d'études ? Et quelles leçons les élèves recevront-ils ?

Loin de nous la pensée de critiquer ces jeunes gens, pleins de savoir et de bonne volonté ! Mais ils n'ont pas d'expérience et tout le monde reconnaît qu'il faut être expérimenté pour être bon professeur : *Nascunt professores*; il est de fait qu'il faut, pour être bon professeur et pour bien démontrer, des aptitudes spéciales qu'on ne rencontre pas chez le premier venu. Que de comparaisons, que de détours, etc., etc., pour faire saisir une difficulté anatomique ! Du reste, les faits sont là pour prouver que les professeurs expérimentés font de meilleurs élèves, et nous nous sommes laissé dire que les élèves des professeurs libres de l'École pratique obtiennnent les meilleures notes. On dit même que les élèves de M. Fort sont reçus aux examens d'anatomie et de physiologie dans la proportion colossale de 95 p. 100.

Quoi qu'on fasse, il y aura toujours un certain nombre, un grand nombre d'élèves abandonnés à eux-mêmes (1), élèves dont il sera absolument impossible de s'occuper.

La rivalité qui existe à l'École pratique entre l'enseignement libre, qui a fait depuis longtemps ses preuves, et l'enseignement officiel, qui vient d'être créé, sera entièremunt profitable aux élèves.

---

Nous apprenons la mort très-regrettable d'un jeune étudiant en médecine, M. Joseph Lemoine, qui a succombé, le 20 septembre dernier, à une fièvre typhoïde contractée à l'hôpital Lariboisière.

(1) Pour se convaincre de l'abandon dans lequel se trouvent nécessairement un certain nombre d'élèves, il suffit de lire le *Nouveau Guide de l'étudiant* de M. Fort, professeur libre d'anatomie à l'École pratique, huitième édition, 1879-1880, et les brochures sur l'enseignement de MM. Hardy, Le Fort et Lorrain, professeurs à la Faculté de médecine de Paris.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8787.

N° 123. — JEUDI 23 OCTOBRE 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 23 OCTOBRE 1879. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Duplay, tenant l'engagement qu'il a pris vis-à-vis de l'Académie dans la dernière séance à l'occasion de la communication de M. Tillaux sur l'hystérectomie, est venu exposer hier devant ses collègues la relation de l'ablation partielle de l'utérus pour un fibrome qu'il a pratiqué tout récemment avec un succès aujourd'hui complètement confirmé. C'est la deuxième opération de ce genre que M. Duplay a pratiquée : la première n'a pas eu de succès. Dans cette deuxième, le fibrome était d'un tel volume que l'opérateur, plutôt que d'agrandir indéfiniment l'incision, insuffisante pour en permettre l'issue, a eu recours à la méthode du morcellement que M. Péan a érigé en principe. Le résultat en a été heureux.

M. Duplay a fait suivre cette relation, écoutée avec un grand intérêt par l'assistance, du relevé statistique des opérations d'hystérotomie ou de laparotomie pratiquées dans ces dernières années.

Le nombre de ces opérations s'élève jusqu'à ce jour à 113, dont 50 suivies de guérison, 63 suivies de mort, soit 44,2 p. 100 des premières, 57,7 p. 100 des secondes.

Dans ce relevé, M. Duplay a établi une distinction, au point de vue des résultats, entre les opérations, suivant qu'elles avaient pour objet l'enlèvement d'un fibrome ou celui d'un cysto-fibrome.

Les enlèvements de fibromes ont été distingués eux-mêmes entre eux, suivant que l'ablation a été faite en laissant l'utérus en place ou qu'on a enlevé l'utérus du même coup.

Sur 17 cas de la première série, il y a eu 5 guérisons et 12 morts, soit 70,5 p. 100 de mortalité.

Sur 55 cas d'ablation du fibrome avec l'utérus, les guérisons ont été au nombre de 23, les morts au nombre de 32, soit 58 p. 100.

Les ablations de cysto-fibromes, au nombre de 41, ont donné 22 guérisons et 19 morts, soit 46,4 p. 100 de mortalité.

D'où l'on voit que l'ablation des tumeurs fibro-cystiques est moins dangereuse que l'ablation des fibromes avec l'utérus et moins encore que l'ablation des fibromes sans l'utérus.

Si de cette statistique générale, qui donne, comme on vient de le voir, sur un total de 113 opérations 50 guérisons et 63 morts, nous rapprochons la statistique des mêmes opérations pratiquées par M. Péan, que nous rappelions dans notre numéro de jeudi dernier, et qui donne 28 guérisons sur 38 cas, on verra combien cette dernière est supérieure à la statistique générale.

Après cette communication, l'Académie a entendu deux lectures, l'une de M. H. Roger, l'autre de M. Pasteur. Dans le travail de M. Roger, relatif à des recherches cliniques sur la communication des deux cœurs par inocclusion congénitale du septum interventriculaire, on verra exposés, avec la lucidité propre à ce savant, les signes distinctifs de cette malformation et des autres lésions congénitales ou acquises : signes d'autant plus importants à bien connaître, que de leur saine et exacte interprétation dépend le choix que le praticien a à faire entre l'abstention dans le premier cas, et l'opportunité d'une intervention active dans les autres.

M. Pasteur, répondant à une note communiquée dans la dernière séance par M. Colin sur l'étiologie du charbon, s'est attaché à démontrer, contrairement à l'opinion exprimée par son contradicteur, par une série d'expériences qu'il vient de faire récemment dans le département d'Eure-et-Loir, que la bactéridie charbonneuse ajoutée directement à une terre peut s'y transformer en corpuscules germes et ceux-ci se conserver pendant longtemps sans altération de leurs propriétés. Cette discussion sera à suivre.

Dr Brochin.

### HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Vidal.

#### Des syphilides cutanées.

I

La diversité des syphilides tégumentaires, leur ressemblance avec les autres lésions cutanées, telles que l'acné, le lichen, etc., ont amené les anciens auteurs à assimiler les manifestations de la syphilis aux autres maladies de la peau, et à décrire l'acné syphilitique, le pemphigus syphilitique, l'ecthyma syphilitique, etc. Mais il n'y a là qu'une fausse ressemblance. Bazin a rejeté les tendances d'assimilation et a montré que ces manifestations de la syphilis sur la peau

n'ont que certaines analogies avec les autres éruptions cutanées, et qu'il n'y a nullement identité de lésion. Une esquisse rapide vous le démontrera, comme c'est devenu maintenant l'opinion générale, grâce aux progrès de l'anatomie pathologique de la syphilis.

Disons d'abord quelques mots de la syphilis en général, pour bien faire comprendre ce que sont ses lésions cutanées. Les anciens auteurs se contentent de dire que la syphilis est une maladie spécifique ; d'autres la définissent par ses symptômes et sa marche, etc. Bazin disait que la syphilis est une maladie constitutionnelle, contagieuse, inoculable, essentiellement héréditaire, continue ou intermittente, ayant une durée ordinairement fort longue, marchant de la périphérie au centre, de la peau vers les viscères et se traduisant par des affections résolutives d'une part, ulcéreuses d'autre part, par la production sur tous les tissus de deux produits morbides, la gomme et les éléments fibro-plastiques.

J'en essayerai la définition suivante, que j'appellerai presque une définition de l'avenir; la syphilis est une maladie constitutionnelle, héréditaire ou acquise, transmissible par inoculation, *caractérisée par un produit morbide spécial, le syphilome*, pouvant envahir tous les tissus et marchant progressivement, avec des temps d'arrêt plus ou moins prolongés, des téguments vers les viscères.

Il faut une érosion pour qu'il y ait communication de la syphilis: nous ne sommes plus au temps où un cardinal prit la syphilis en écoutant la confession d'une de ses clientes. Il y a dans la syphilis un produit morbide que l'on trouve partout, depuis la roséole jusque dans la gomme et l'exostose. Quant à l'inoculation, ce n'est pas seulement le chancre qui transmet la syphilis, ce sont presque tous les accidents secondaires, ceux qui sont suintants, les plaques muqueuses surtout, l'ecthyma, la papule elle-même, comme Gibert l'a observé : en inoculant une papule squameuse prise sur le front d'un syphilitique, il provoqua une syphilis bien caractérisée. Ces expériences ne sont plus à répéter; on n'ose pas les blâmer, mais, dorénavant, il n'est permis à un expérimentateur de les faire que sur lui-même. Dans leurs inoculations de chancre mou, Vidal (de Cassis), Auzias-Turenne ne communiquaient rien, mais parfois ils avaient affaire à un chancre infectant et donnaient la syphilis; le chancre mou reproduit toujours le chancre mou; il peut y avoir, à un moment donné, saturation locale et générale; mais, peu de temps après, l'infection reparaît. J'ai vu des cas d'immunité à l'auto-inoculation ; mais, en transportant du liquide de la pustule ecthymateuse sur un autre sujet, j'observais de nouveau l'inoculation.

Lorsque celle-ci ne réussissait plus en une région, je la faisais ailleurs, et elle prenait bien. Des inoculations d'accidents secondaires (Ricord) ont aussi obligé de reconnaître que ce n'est pas seulement par le chancre, mais encore par les accidents secondaires que se transmet la syphilis. L'inoculation des accidents secondaires commence par une papule, puis celle-ci subit une modification, s'exulcère au centre. Il est très-rare de voir des vésicules, qui ne sont qu'un accident de cette inflammation. Chez un malade atteint d'ecthyma, entré depuis un mois dans cet hôpital, j'ai trouvé sept papules sur le fourreau de la verge; je pensai à des accidents secondaires. Il nia tout accident primitif, dont je ne vis pourtant aucune trace. La plupart de ces papules devinrent érosives; deux présentèrent des vésicules éphémères. C'est la seule fois que j'en ai vu. La femme qui les avait transmises fut examinée; elle avait des plaques muqueuses. Cependant l'on voit quelquefois le début se faire par des excoriations, peut-être (je n'oserais l'affirmer) quand l'inoculation vient d'un chancre; il se produit alors une petite érosion, une excoriation, qui s'indure en huit ou quinze jours. Cette papule se rencontre encore quand on fait l'inoculation par le sang; à la période des accidents secondaires, le sang peut transmettre la syphilis.

Les accidents tertiaires ne s'inoculent pas (Diday) et le sang, à la période tertiaire, n'inocule plus la syphilis.

Le chancre infectant ne paraît qu'un certain temps après l'inoculation, en moyenne vingt-cinq jours après; tandis que le chancre mou paraît presque immédiatement après la contagion; dès le soir, il y a une papule, le lendemain paraît une vésicule, puis une vésico-pustule et une ulcération. Pour le chancre induré, il faut attendre vingt-cinq jours en moyenne, quinze jours au plus tôt, après le coït infectant. Cette inoculation peut s'étendre à deux mois, comme il y en a des exemples bien avérés. Au début, c'est une papule, ou une petite ulcération superficielle, en apparence très-bénigne, peu suintante, non douloureuse, et pouvant passer le plus souvent inaperçue. Mais au bout de quelques jours arrive un caractère qui ne permet plus de se tromper : c'est l'induration qui, suivant l'avis de Ricord, que je partage complètement, serait le premier phénomène de la syphilis. En général, du huitième au quinzième jour paraît l'induration du chancre. Parfois on ne l'observe qu'au troisième septenaire; mais, dans ces cas d'induration tardive, les auteurs disent qu'il y a chancre mixte, provenant des deux virus, du chancre mou et du chancre infectant réunis, le premier ayant d'abord évolué, puis plus tard s'étant compliqué du chancre infectant.

Il y a des chancres infectants qui peuvent rester mous pendant toute leur durée; j'en ai vu trois exemples. Dans deux cas il n'y a pas eu induration apparente ; dans le troisième cas il y avait deux chancres mous sur le gland et un sur le frein du prépuce ; ils ne suintaient guère comme le chancre induré, mais ils avaient les bords taillés à pic, le fond grisâtre comme le chancre mou. Au vingt-deuxième jour, la cicatrisation était à peu près complète ; mais je trouvai, entre les deux chancres situés à 2 centimètres l'un de l'autre, une petite induration qui grandit, s'étala, prit la forme d'une papule de chancre induré, puis s'ulcéra au centre. Ayant pu alors examiner la femme suspecte, je lui trouvai un chancre induré du col et une roséole.

La suppuration, relativement abondante dans le chancre mou, est très-faible dans le chancre infectant. Vient ensuite la pléiade ganglionnaire, qui caractérise la syphilis et qui ne manque jamais. Je ne l'ai vue manquer que deux fois ; c'était, chaque fois, chez des femmes pendant la grossesse.

Le chancre infectant est tout à fait caractéristique : c'est une saillie assez élevée, soit que l'induration se soit développée autour d'une petite érosion, soit qu'il ait commencé par une papule. Il forme une cupule, pour ainsi dire taillée à l'emporte-pièce, tandis que le chancre mou a ses bords déchiquetés, douloureux à la pression, cratériformes, taillés à pic, un peu décollés, présentant une sorte de fausse membrane grisâtre, sanieuse au fond, tendant à perforer et à creuser, à s'étendre davantage. Le syphilome est le premier caractère du chancre infectant ; sur la surface érodée, la partie cornée de l'épiderme a disparu et l'érosion va jusque sur le réseau muqueux de Malpighi, parfois même jusqu'à la couche papillaire, mais ordinairement elle ne dépasse point la couche de Malpighi.

Il y a augmentation de volume de la couche épidermique et particulièrement du réseau de Malpighi, qui est hypertrophié. Les papilles sont allongées. Cette apparence est beaucoup plus accentuée parce que le néoplasme pénètre entre les papilles. Tantôt les cellules sont altérées et deviennent vésiculeuses; puis, entre elles, on voit des cavités remplies de leucocytes, surtout dans la couche intermédiaire. Les vaisseaux sont dilatés; on trouve les cellules de l'endothélium augmentées de volume, parfois la lumière des vaisseaux est oblitérée. Dans la tunique adventice, même prolifération de cellules, de leucocytes et de cellules embryonnaires avec noyaux un peu brillants, un peu plus gros que ceux du lupus. La lumière des vaisseaux se trouvant oblitérée, on a des arrêts de circulation. Les cellules conjonctives s'indurent, ce qui, avec la prolifération des cellules embryonnaires et des leucocytes qui en remplissent les intervalles, favorise les conditions d'augmentation de volume.

On retrouve la même sclérose dans les papilles, dans le réseau du derme. Ce qui forme donc la masse indurée, c'est la sclérose des vaisseaux, l'augmentation de volume du tissu conjonctif et la prolifération des leucocytes.

Le chancre peut se présenter sous différentes formes: l'induration peut être parcheminée, surtout chez les femmes, parfois lamellaire; d'autres fois il est nodulaire sur la peau, un noyau profond allant jusque sur les cellules adipeuses, ou bien il est annulaire, formant un gros bourrelet de 5 centimètres de diamètre, comme vous avez pu le voir pour un chancre du grand trochanter, avec un autre chancre satellite.

Après trois ou quatre semaines de durée du chancre primitif, on voit d'autres chancres au voisinage, des indurations secondaires autour de la première; on en trouve la transmission par les lymphatiques. Les traînées de petites indurations se font, en effet, au-delà du chancre, dans une région indépendante du chancre et non à son voisinage, où cela paraîtrait tout naturel.

Quant au chancre mou, son anatomie pathologique est toute différente de celle du chancre induré; il y a destruction des tissus; on y trouve des leucocytes et des globules de pus; mais les fibres conjonctives sont dissociées et se détruisent; dans le chancre mou, il n'y a jamais sclérose autour des vaisseaux comme dans le chancre induré.

---

## LABORATOIRE DE LA CHARITÉ

### Études sur les effets et le mode d'action des substances employées dans les pansements antiseptiques.

Par MM. Gosselin et Albert Bergeron.

(Note présentée à l'Académie des sciences dans la séance du 29 septembre 1879.)

Chacun sait que, dans ces dernières années, les pansements, surtout ceux des plaies larges et profondes, ont été très-heureusement modifiés en vue de diminuer les chances de la septicémie primitive, causée par l'altération putride du sang, et celles de la septicémie consécutive, amenée par l'altération putride du pus.

Chacun sait aussi que les opinions varient sur le choix des moyens. Les uns préfèrent la méthode occlusive ouatée de M. A. Guérin; les autres adoptent la méthode antiseptique, dans laquelle prédomine, avec plus ou moins d'occlusion, l'emploi d'agents destinés à empêcher la putridité des liquides à la surface et dans la profondeur des plaies; d'autres, — et nous sommes de ce nombre, — adoptent une méthode mixte, composée d'antiseptiques, d'occlusion et de drains favorisant l'écoulement au dehors d'une partie des liquides.

Nous ne voulons nous occuper aujourd'hui que des pansements antiseptiques, et sous ce nom nous comprenons ceux qu'on fait non-seulement avec l'acide phénique, mais aussi avec tous les agents capables d'arrêter, de retarder ou d'amoindrir la décomposition putride.

Les agents en question sont nombreux; nous n'avons pu encore les étudier tous. Nos recherches ont compris seulement ceux dont l'un de nous, M. Gosselin, se sert fréquemment sur ses opérés et ses blessés, savoir : les solutions d'acide phénique au vingtième, au cinquantième, au centième; la préparation phéniquée, à dose inconnue, qui se trouve dans la gaze sèche de Lister; l'alcool des hôpitaux, qui est à 86°; l'alcool camphré, qui est également à 86°, et l'eau-de-vie camphrée, qui est de l'alcool à 52° ou 53°.

Ces agents empêchent-ils ou tout au moins retardent-ils l'altération putride? Dans quelle proportion sont-ils efficaces? Quel est leur mode d'action? Toutes les façons de les mettre en rapport avec les plaies sont-elles également bonnes? Y a-t-il des raisons pour donner la préférence à l'un d'eux plutôt qu'aux autres? Ces questions sont mal connues. Jugées d'une façon approximative et par les seules données de la clinique, elles sont, pour la plupart, restées obscures et incertaines. Voilà pourquoi, à côté de l'enthousiasme de certaines personnes pour la méthode antiseptique, nous voyons le doute et l'indifférence de beaucoup d'autres.

Nous avons voulu nous renseigner par nous-mêmes et examiner d'assez près l'action des antiseptiques pour savoir enfin ce que nous faisions quand nous les mettions en usage pour panser les plaies de nos opérés et de nos blessés.

Le mieux eût été sans doute d'étudier chaque jour minutieusement l'état des liquides fournis par les plaies; mais nous ne pouvions le faire sur l'homme, à cause des souffrances et des troubles physiologiques dont nos manœuvres auraient été l'occasion. Nous l'avons essayé en vain sur des animaux, parce que les plaies se sont desséchées trop vite pour que nous ayons pu recueillir des liquides à leur surface.

Nous nous sommes contentés, pour le moment, de quelques travaux de laboratoire (1), qui ont consisté à mettre le sang d'abord, puis le pus, en rapport avec les agents antiseptiques, et à étudier, tant à l'œil nu qu'avec le microscope, les effets produits. Nous donnons aujourd'hui les résultats que nous avons obtenus avec le sang. Bientôt nous communiquerons ceux que nous aura donnés le pus.

*Effets des antiseptiques sur le sang.* — I. Une *première série* d'expériences a consisté à mettre dans sept tubes en verre un peu plus d'un gramme de sang frais venant soit du cochon d'Inde, soit du chien, soit de l'homme. Dans l'un de ces tubes nous n'avons rien ajouté; dans les autres nous avons ajouté, avec un compte-gouttes, six gouttes de l'un des antiseptiques ci-dessus indiqués. Nous avons laissé tous nos tubes ouverts et nous avons examiné chaque jour l'état du sang (2); voici quels ont été les résultats :

1° Dans le sang non additionné, nous avons eu tous les caractères de la putréfaction, mauvaise odeur, granulations mobiles, bactéries et vibrions filamenteux, du troisième au quatrième jour.

2° Dans le sang additionné d'acide phénique au centième, du quatrième au cinquième jour;

3° Dans le sang additionné d'acide phénique au cinquantième, du cinquième au sixième jour;

4° Dans le sang additionné d'eau-de-vie camphrée, du cinquième au sixième jour;

5° Dans le sang additionné d'alcool à 86°, du septième au huitième jour;

6° Dans le sang additionné d'alcool camphré, du septième au neuvième jour;

---

(1) Nos études ont été faites depuis deux mois au laboratoire de l'hôpital de la Charité.

(2) Nos examens microscopiques ont été faits avec la lentille à immersion (oculaire n° 2 et objectif n° 7 de Nachet).

7° Dans le sang additionné d'acide phénique au vingtième, aucune altération jusqu'au vingt-quatrième jour, époque à laquelle le sang était tellement desséché que l'exploration n'a plus été possible.

Nous voyons donc que dans cette première série la putridité a été retardée, mais très-peu, dans le tube qui contenait l'acide phénique au centième, qu'elle l'a été un peu plus dans les deux suivants qui contenaient l'acide phénique au cinquantième et l'eau-de-vie camphrée; plus encore, et à peu près le même temps, dans ceux qui contenaient l'alcool pur et l'alcool camphré, et qu'enfin elle a paru tout à fait supprimée dans celui qui contenait l'acide phénique au vingtième.

Les résultats ont été à peu près les mêmes pour du sang que nous avions placé dans des verres de montre et que nous avions agité avec la baguette de verre, après avoir versé les cinq gouttes antiseptiques, afin d'incorporer les deux liquides, au lieu de laisser le mélange se faire de lui-même, comme dans les expériences précédentes.

II. Dans une *deuxième série*, nous avons pris de la sérosité de sang humain provenant d'une saignée ; nous en avons versé 1gr,50 à 2 grammes dans sept tubes, et nous avons mis dans chacun d'eux six gouttes de nos agents antiseptiques ; puis nous avons pris soin d'ajouter tous les matins une nouvelle goutte. Nous voulions réaliser ainsi quelque chose d'analogue à la condition que nous donne, en clinique, le renouvellement quotidien du pansement.

1° Dans le tube sans addition antiseptique, la sérosité était fétide et pleine de vibrions filamenteux mobiles le septième jour.

2° Dans le tube avec acide phénique au centième, bactéries annelées peu mobiles à partir du huitième jour. Persistance de ces bactéries, peu nombreuses et sans vibrions filamenteux, jusqu'au trentième jour.

3° Dans le tube avec acide phénique au cinquantième, bactéries en petit nombre le dixième jour et les jours suivants, sans vibrions filamenteux jusqu'au trentième jour.

4° Dans le tube avec eau-de-vie camphrée, bactéries le quatorzième jour et continuation jusqu'au trentième jour.

5° Dans le tube avec alcool camphré. . } Aucune apparence de putréfaction et granulations immobiles jusqu'au 30e jour.
6° Dans le tube avec alcool à 86°. . . . }
7° Dans le tube avec acide phénique au vingtième. . . . . . . . . . . . . . . . . . }

(L'expérience continue.)

Ici la putréfaction a encore été retardée dans les premiers tubes; elle nous paraît même y avoir été amoindrie, puisque nous n'avons trouvé que des bactéries annelées peu nombreuses et aucun des vibrions filamenteux mobiles qui sont les indices de la putréfaction complète. Ces bactéries ont apparu à l'époque où le nombre de gouttes n'avait pas été assez considérable pour donner l'imputrescence. Elles n'ont plus augmenté, et la putréfaction s'est arrêtée lorsque, par l'addition quotidienne, la dose de l'antiseptique est devenue sensiblement plus forte.

III. Jusqu'ici il s'agissait du contact et de l'incorporation des liquides conservateurs avec le sang. Nous avons voulu savoir ce que feraient les mêmes agents à distance, c'est-à-dire par évaporation. Tel a été le but de notre *troisième série* de recherches.

Nous avons versé dans huit cupules, hautes de 0m,04 et ayant 0m,10 à 0m,12 de diamètre, une quantité suffisante de sang frais de chien pour donner une couche de 0m,01 de hauteur, ayant au-dessus d'elle un espace libre et rempli d'air de 0m,03 ; nous avons placé sur l'ouverture de chacune de ces cupules un morceau de tarlatane à mailles larges, plié en quatre ou cinq. L'air passait facilement tant à travers les mailles que sur les contours de la préparation ; la cupule était d'ailleurs largement ouverte tous les jours, soit pour l'examen du sang, soit pour le renouvellement des linges antiseptiques.

L'une des cupules a été recouverte d'une tarlatane sèche, sans aucun mouillage; une autre, de la gaze phéniquée sèche de Lister; les cinq autres, d'une tarlatane mouillée de nos liquides antiseptiques (à part l'eau-de-vie camphrée, qui n'a pas été employée cette fois). Les linges imbibés et la gaze sèche ont été renouvelés tous les deux jours en prenant soin, pour ceux qui étaient mouillés, de bien les exprimer afin qu'il ne tombât pas de liquide dans la cupule. Les résultats de cette action à distance ont dépassé de beaucoup toutes nos prévisions.

1° Dans la cupule sans addition, la putréfaction était complète, avec vibrions filamenteux et mobiles le quatrième jour.

2° Dans la cupule recouverte de la gaze de Lister, elle s'est montrée du huitième au dixième jour.

3° Dans la cupule recouverte de gaze phéniquée au centième, putréfaction franche le huitième jour.

4° Dans la cupule recouverte de gaze phéniquée au cinquantième, quelques bactéries annelées le dix-septième jour ; rien de plus jusqu'au trente-sixième.

5° Dans la cupule recouverte de gaze alcoolisée (à 86°). . . . . . . . . . . . . . } Aucune altération, ni mauvaise odeur, ni bactéries, ni vibrions, jusqu'au trente-sixième jour.
6° Dans la cupule recouverte de gaze avec alcool camphré. . . . . . . . . . . }
7° Dans la cupule recouverte de gaze phéniquée au vingtième. . . . . . . . . . }

(L'expérience continue.)

Nous devons ajouter que, dans les trois dernières cupules de cette remarquable série des antiseptiques à distance, le sang a présenté un aspect jaunâtre, avec absence ou très-faible quantité de sérosité séparée du caillot. Nous avons attribué ces caractères à la coagulation progressive de presque toute la matière albumineuse de ce sang. D'ailleurs, tous les globules avaient disparu et étaient remplacés par des masses granuleuses absolument immobiles. Nous en avons conclu qu'en s'évaporant les molécules antiseptiques étaient venues se mettre en contact avec le sang de la même façon que dans celles de nos expériences dans lesquelles nous avions établi nous-mêmes ce contact en versant les liquides dans nos tubes.

IV. Notre *quatrième série* a eu pour objet la recherche des effets produits par la pulvérisation, moyen qu'emploie beaucoup M. Lister, et sur la valeur duquel les opinions sont très-divergentes en France.

Deux cupules contenant environ 20 grammes de sang humain tiré par des ventouses ont été soumises chaque matin, pendant un quart d'heure, à une pulvérisation avec l'alcool à 86°, au moyen de l'appareil très-commode de MM. Lucas-Championnière et Colin. La putréfaction a bien été retardée jusqu'au neuvième jour, mais à partir de ce moment elle s'est accusée aussi nettement que possible par la fétidité et la présence de nombreux vibrions filamenteux et très-mobiles, et ils se sont accentués de plus en plus, si bien que nous avons cessé la pulvérisation le treizième jour.

Trois autres cupules contenant la même quantité du même sang humain ont été soumises à la pulvérisation avec la solution phéniquée au vingtième ; nous en sommes au trentième jour : nous n'avons aucune altération putride et nous croyons qu'il n'en viendra pas, attendu que le sang de ces cupules présente à sa surface la coloration jaunâtre et, dans toute son épaisseur, l'absence des globules et les masses granuleuses qui, pour nous, sont les indices de l'imputrescence.

Nous ne saurions dire pourquoi, cette fois, l'alcool a été si inférieur à l'acide phénique ; mais le résultat fourni par ce dernier est important, parce qu'il montre que sa pulvérisation est un moyen réellement efficace, et qui doit l'être surtout pour les plaies profondes, et comme, en recueillant sur une lame de verre la poussière envoyée par l'appareil, nous y avons trouvé un grand nombre de petites gouttelettes qui s'y étaient déposées, nous ne doutons pas que, par ce moyen encore, nous ayons mis l'acide phénique en contact avec le sang.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 octobre 1879. — Présidence de M. Roger.

### CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° un pli cacheté adressé par MM. Aimé Martin et Oberlin, médecins de Saint-Lazare. (Accepté.)

2° Un pli cacheté adressé par MM. Fort et Latteux et qui est relatif à une formule de liquide conservateur pour l'embaumement. (Accepté.)

3° Des lettres de candidatures de MM. Desnos, Vidal, Dujardin-Beaumetz, Boinet pour la section de thérapeutique; Bucquoy et Ollivier pour la section de pathologie médicale, et Laborde pour la section d'anatomie et de physiologie.

4° Une note de MM. Mathieu, fabricants d'instruments de chirurgie, accompagnant l'envoi d'un inhalateur à vapeur à température variable, imaginé par le docteur Lee (de Londres), il est composé comme suit :

1° Une chaudière dans laquelle on verse le liquide médicamenteux par une ouverture supérieure. Cette ouverture est fermée à l'aide d'un bouchon à vis, surmonté d'une soupape, si besoin en est.

2° Un tube terminé en forme d'entonnoir, destiné à conduire la vapeur médicamenteuse sortant de la chaudière et que l'on aspire en plaçant la bouche contre l'entonnoir.

Ce tube possède à sa base quelques ouvertures qui servent à l'introduction de l'air.




En augmentant ou diminuant la grandeur de ces ouvertures, on gradue la température de la vapeur aspirée.

Cette graduation de température n'avait été obtenue, jusqu'à ce jour, avec les autres appareils analogues, qu'en s'éloignant ou se rapprochant de la sortie du jet de vapeur.

3° Une lampe à alcool, placée sous la chaudière.

Cet appareil sert également à donner des douches locales, soit sur les yeux, les oreilles, les articulations, etc., etc.

Il présente les avantages suivants :

Possibilité de régulariser la température de la vapeur entre 27° et 50°.

Toute crainte de danger éliminée.

Ne jamais aspirer plusieurs fois la même vapeur.

Bon marché et transport facile.

### PRÉSENTATIONS

M. Rochard présente, de la part de M. Fonssagrives, un volume intitulé : *Thérapeutique de la phthisie pulmonaire.*

M. Dechambre présente, au nom de M. Bertin, de Montpellier, une brochure sur l'hygiène.

M. Gueneau de Mussy offre en hommage, en son nom, une brochure intitulée : *Des pleurésies purulentes diaphragmatiques et interlobaires et des pneumo-thorax circonscrits.*

M. Pidoux présente, au nom de M. Martineau, un traité clinique des affections de l'utérus.

M. Legouest présente 1° au nom de M. Rochet, médecin major, un rapport sur le service des eaux minérales d'Hammam Meskhoutin; 2° au nom de M. Reeb, médecin principal, un rapport sur le service médical de l'hôpital militaire de Bourbonne.

M. Bergeron présente plusieurs brochures au nom de M. Lecadre (du Havre).

M. Gosselin présente en son nom, et au nom de M. Albert Bergeron, une note sur les effets et le mode d'action des substances employées dans les pansements antiseptiques. (Voir plus haut.)

M. Dechambre, à l'occasion du procès-verbal, fait observer que le mot *hytérectomie*, proposé par M. Tillaux dans la dernière séance, est contrairement à l'opinion qu'il avait d'abord exprimée, un mot bien formé et conforme aux règles de l'étymologie. Il ne reste plus qu'à remplacer les mots d'ovariotomie et de splenotomie, etc., par ceux d'ovariectomie et de splenectomie.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE

M. Duplay présente un nouveau fait à l'appui de l'opinion soutenue, dans la dernière séance, par M. Tillaux, à savoir : que l'hystérotomie, ou mieux l'hystérectomie, suivant le néologisme qu'il a proposé, doit être définitivement classée parmi les grandes opérations chirurgicales. Il ne doute pas qu'aujourd'hui les chirurgiens qui, il y a peu d'années encore, étaient le plus opposés à cette opération, ne soient convaincus aujourd'hui de son utilité.

C'est en 1853 qu'un chirurgien américain, Kienboll, pratiqua pour la première fois, de propos délibéré, l'hystérotomie. Depuis cette époque, il n'y a guère que deux chirurgiens, en France, Kœberlé et Péan, qui aient continué à pratiquer cette opération. Dans ses recherches, M. Duplay a pu réunir 113 cas d'hystérotomie bien authentiques. Il divise ces cas en deux catégories, suivant qu'il s'agit de tumeurs fibreuses ou de tumeurs fibro-cystiques. Voici les résultats qui ont été obtenus : 1° pour l'ablation des fibromes purs : *a.* en laissant l'utérus, 17 cas, 5 guérisons, 12 morts, soit 70,5 pour 100 de mortalité; *b.* en enlevant une partie ou la totalité du corps de l'utérus, 55 cas, 23 guérisons, 32 morts, soit 58 pour 100 de mortalité; 2° pour l'ablation des cysto-fibromes, 41 cas, 22 guérisons, 19 morts, soit 46,4 pour 100 de mortalité.

Comme on le voit, d'après cette statistique, l'opération est moins grave lorsqu'il s'agit de cysto-fibromes que lorsqu'il s'agit de fibromes et, dans ce dernier cas, lorsqu'on enlève l'utérus que lorsqu'on le laisse. Réunissant tous ces faits, on obtient donc 113 cas sur lesquels on compte 50 guérisons et 63 morts, soit 44,2 pour 100 de guérison et 55,7 pour 100 de mortalité.

M. Duplay a pratiqué deux fois l'hystérectomie, une fois sans succès, l'autre fois avec succès. La première malade était une femme de quarante et un ans, qui avait eu deux enfants, le dernier quinze ans auparavant. Depuis cette époque, elle avait eu d'abondantes métrorrhagies et, sept mois avant que M. Duplay la vit pour la première fois, son ventre commença à grossir. En l'explorant, on sentait deux gros lobes, d'une consistance absolument fibreuse; l'utérus était mobile avec la tumeur; l'opération était la seule ressource qui restait à cette pauvre femme.

Elle fut pratiquée, à l'hôpital Saint-Louis, avec l'assistance de MM. Terrier et Lucas. Toutes les précautions habituelles furent prises. Après l'incision des parois abdominales, on se trouva en présence d'une énorme tumeur très-vasculaire. L'incision dut être prolongée, en contournant l'ombilic; malgré cela, il fut impossible

de faire passer la tumeur par l'ouverture abdominale et M. Duplay dut en pratiquer le morcellement, tel que l'a décrit M. Péan dans son ouvrage sur l'*Hystérotomie.* Il partagea en deux portions la masse totale de la tumeur et arriva ainsi jusqu'à la partie la plus supérieure du col de la matrice. On fit la toilette du péritoine, la suture des parois abdominales, le pédicule étant fixé à la partie inférieure, entre les lèvres de la plaie et l'opération fut terminée.

Le retour à la sensibilité se fit difficilement; cependant la malade fut complètement réveillée, mais le surlendemain elle retomba dans l'affaissement où elle se trouvait après l'opération et s'éteignit sans présenter de symptômes particuliers. La tumeur était bien un fibrome avec quelques portions myxomateuses et un kyste sanguin.

A l'autopsie, on put s'assurer que la ligature portait bien nettement sur le col de la matrice. Il n'y avait pas de péritonite, mais on trouva dans le fond du petit bassin un peu de pus séro-sanguinolent. Cette femme était morte de faiblesse et de septicémie.

La seconde malade, que M. Duplay présente à ses collègues, est une jeune fille de vingt-six ans, non mariée et vierge, qui, après d'abondantes ménorrhagies, avait vu ses règles se supprimer pendant trois mois. Il y a deux ans que son ventre se mit à grossir au point qu'elle ne pouvait plus ni marcher ni travailler. Le ventre prit un développement énorme, très-supérieur à celui d'une grossesse à terme; il mesurait un mètre au niveau de l'ombilic. La tumeur était très-dure, pseudo-fluctuante en certains points, mobile dans tous les sens, peu douloureuse. L'utérus paraissait indépendant. La malade avait beaucoup maigri, mais l'état général était resté assez bon. L'affaiblissement augmentait, il y avait de l'œdème des membres inférieurs sitôt qu'elle se levait. Enfin elle présentait une altération singulière du côté de la face : c'étaient des taches pigmentaires rappelant le masque de la grossesse très-exagéré. Au point de vue du diagnostic, M. Duplay hésita pendant quelque temps entre un fibrome et un kyste multiloculaire; mais il ne crut pas opportun de faire une ponction exploratrice.

L'opération fut pratiquée dans une maison de santé, avenue du Roule, avec l'assistance de MM. Duret, Regnier et des élèves du service. M. Duplay, vu les bonnes conditions hygiéniques où se trouvait la malade dans cette maison, ne crut pas nécessaire de recourir à la méthode de Lister. L'incision des parois étant faite, il plongea un trocart explorateur dans la masse morbide et il ne sortit pas de liquide, l'incision dut être prolongée jusqu'à égale distance entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. Le pédicule était formé de deux portions dont l'une, périphérique, était pourvue de vaisseaux énormes. La partie kystique n'était autre que la trompe dilatée.

M. Duplay sépara le pédicule en deux parties. La ligature portait sur le fond de l'utérus, elle respectait l'ovaire droit et la trompe droite. La trompe gauche était le siège d'une hydropisie, elle fut enlevée avec l'ovaire du même côté. C'était donc une hystérotomie partielle dans laquelle on enlevait la corne gauche de l'utérus avec son ovaire.

Les suites de l'opération furent des plus simples, la température ne dépassa pas 39°,4, ni le pouls 78. Le pédicule tomba le seizième jour. La tumeur était un fibrome pur pesant 22 livres.

**Recherches cliniques sur la communication des deux cœurs par inocclusion congénitale du septum interventriculaire. —** M. ROGER fait une communication sur ce sujet.

Après quelques considérations sur les vices de conformation du cœur et après avoir rapporté quelques faits d'inocclusion de la cloison des ventricules, l'auteur conclut par les propositions suivantes :

Il est une malformation du cœur où la cyanose ne se produit point, malgré le libre mélange des deux sangs veineux et artériel; cette malformation qui est compatible avec la vie et même avec une longue existence, quand elle est simple et sans concomitance d'une sténose également congénitale de l'artère pulmonaire, c'est l'inocclusion du septum ventriculaire.

Cette anomalie cardiaque, il importe de la distinguer, au point de vue clinique, des autres vices de conformation et surtout des affections cardiaques. Elle n'est révélée que par l'auscultation; elle s'annonce par un signe physique dont les caractères sont tout à fait spéciaux; c'est un *bruissement* fort et étendu, il est unique; il commence à la systole et se prolonge de manière à couvrir entièrement le tic-tac naturel; il a son maximum non pas à la pointe, comme dans les altérations des orifices auriculo-ventriculaires, non pas à la base à droite comme dans les rétrécissements de l'aorte, ou à gauche comme dans la sténose de l'artère pulmonaire, mais au tiers supérieur de la région précordiale ; il est médian comme la cloison elle-même, et de ce point central il diminue d'intensité régulièrement et par degré à mesure qu'on s'en éloigne ; il est fixe et sans propagation dans les vaisseaux, il ne coïncide avec aucun signe d'affection organique autre que le *frémissement cataire.* Un bruit anomal qui réunit cet ensemble de caractères est le signe pathognomonique de l'inocclusion du septum des ventricules.

Le diagnostic différentiel de cette malformation jusqu'à présent méconnue ou confondue avec d'autres lésions congénitales sera désormais rendu facile par la comparaison attentive des signes physiques ; ces signes varient de nombre, de siège et de caractères dans les maladies du cœur où les altérations matérielles sont multiples, progressives et changeantes, tandis que le bruissement indicateur d'une lésion identique à elle-même, permanente et immuable, persiste sans modifications pendant un temps indéfini. De même pour les troubles fonctionnels; très-variables sur les diverses périodes des phlegmasies cardiaques et totalement dissemblables dans leur état aigu ou chronique, ils sont à la fois moins accusés et plus constants dans l'inocclusion du septum ; ils se modifient à peine avec les années et ne s'aggravent que très-lentement.

La considération de l'âge du sujet est un élément capital de la diagnose : l'endocardite, par exemple, ne se montrant pour ainsi dire jamais dans l'enfance avant deux ans et, d'autre part, l'anémie des très-jeunes ne se traduisant presque jamais par un souffle cardiaque, il en résulte qu'un souffle chez un enfant à la mamelle sera l'indice à peu près certain d'une anomalie de la circulation centrale.

Le pronostic est, d'une manière générale, moins grave dans la malformation précitée que dans les maladies organiques du cœur où le danger pour les enfants est plus grand et plus prochain. Avec celles-ci, les jeunes sujets ne peuvent guère espérer qu'une dizaine d'années d'existence ; malgré celle-là, ils peuvent atteindre et dépasser la moyenne de la vie humaine.

Une diagnose exacte commande, dans les affections du cœur, un traitement énergique et persévérant; ce traitement est au contraire interdit, comme inutile et même nuisible, s'il y a malformation ; montrer, grâce à un diagnostic précis, l'opportunité de l'action dans un cas et de l'abstention dans l'autre, c'est rendre également service aux praticiens et aux malades.

M. COLIN fait observer que si la question n'était pas maintenant jugée par M. Roger, il serait facile de la juger chez les jeunes animaux, chez lesquels, comme l'a indiqué Flourens, le trou de Botal ne se forme qu'après un certain temps qu'il a nettement déterminé. M. Colin auscultera donc de jeunes animaux pour savoir si les choses se passent chez eux comme chez l'enfant atteint du vice de conformation dont vient de parler M. Roger.

M. MARC SÉE fait observer qu'il est regrettable que M. Roger n'ait à l'appui de la solution qu'il propose, que la seule autopsie d'un enfant qu'il n'avait pu ausculter de son vivant.

M. RAYNAUD, rappelant que la tortue se trouve précisément dans les conditions de l'enfant présentant une inocclusion du système interventriculaire sans autre lésion, a ausculté avec le plus grand soin un certain nombre de tortues. Ni M. Roger ni lui n'ont entendu de bruit de souffle.

M. COLIN fait observer que ce résultat négatif était facile à prévoir, car jamais on n'a pu constater de bruit de souffle chez les petits animaux.

M. PIDOUX déclare avoir observé plusieurs cas d'inocclusion du septum interventriculaire qui ont guéri.

M. ROGER n'en a pas vu guérir.

**Étiologie de l'affection charbonneuse.** — M. PASTEUR adressait le 17 septembre 1878, au ministre de l'agriculture et du commerce, un rapport relatif à des recherches nouvelles sur l'étiologie et la prophylaxie de l'affection charbonneuse dans le département d'Eure-et-Loir, recherches ayant pour point de départ l'idée que le charbon spontané est produit par la bactéridie, comme le charbon artificiel. Les faits énoncés dans ce rapport résolvaient la question de l'étiologie de l'affection charbonneuse, à une condition toutefois, c'est qu'il serait possible de découvrir à la surface du sol du département la présence des germes de la bactéridie, particulièrement sur les points où des animaux charbonneux ont répandu des germes, soit avant leur mort par leurs excréments, soit après leur mort, là où ils ont été enfouis. C'est à résoudre cette question que M. Pasteur s'est appliqué dans le courant de cette année, avec la collaboration de MM. Chamberland et Roux.

Il résulte des expériences entreprises par ces messieurs : 1° que la bactéridie charbonneuse ajoutée directement à une terre peut s'y transformer en corpuscules germes, et ceux-ci se conserver sans altération de leurs propriétés pendant longtemps ; 2° que si le département d'Eure-et-Loir contient des germes de bactéridie en plus grande quantité que les autres départements, c'est que le charbon y ayant depuis longtemps établi son domicile, la maladie s'y entretient d'elle-même en quelque sorte, les animaux morts, les malades semant un peu partout des germes de contagion.

Si, dans la dernière séance, M. Colin a communiqué des expériences de même ordre en arrivant à un résultat négatif, il faut l'attribuer à la difficulté de mettre en évidence la présence des germes de la bactéridie dans le sol.

---

*Concours de l'externat.* — Dans la séance du 18 octobre, les candidats ont eu à traiter : *De la scarlatine.*

La deuxième question de pathologie pour les volontaires était formulée : *Fractures des côtes.*

La première question d'anatomie pour les autres candidats a eu pour énoncé : *Articulation scapulo-humérale.*

Dans la séance du 21 octobre, les candidats ont eu à traiter : *De l'artère fémorale.*

— *Vaccin.* — Une petite note du *Progrès médical* nous informe que la sœur Ursule (de l'hôpital de la Pitié) a, en ce moment, une abondante provision de vaccin recueilli au sixième jour. Les médecins qui en désireraient peuvent s'adresser directement à la sœur Ursule, à l'hôpital de la Pitié, en joignant à leur demande un timbre-poste pour frais de port.

— A la suite de son dernier concours, la *Société française de tempérance* (association contre l'abus des boissons alcooliques) a décerné 2 prix de 1,500 et de 300 francs, 47 livrets de caisse d'épargne de 25 francs, et 388 médailles de vermeil, d'argent ou de bronze. Au mois de mars 1880, elle décernera le même nombre environ de médailles et de livrets, et, de plus, des prix s'élevant ensemble à 4,000 francs. Le programme du concours est envoyé gratuitement aux personnes qui en font la demande au siège de l'Association, 6, rue de l'Université, à Paris.

— La *Société contre l'abus du tabac* met au concours trois prix de 100 francs, deux prix de 200 francs, un prix de 300 francs. Ces prix seront accordés aux auteurs des meilleurs mémoires envoyés en réponse aux questions spéciales qui ont été proposées. De plus, des médailles, livres ou mentions honorables seront décernés à la séance solennelle d'avril 1880. Le programme détaillé du concours sera adressé aux personnes qui en feront la demande au président, 5, rue Saint-Benoît, à Paris.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. Péan reprendra ses leçons de clinique chirurgicale et les opérations du service le samedi 25 octobre à neuf heures un quart, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8796.

N° 124. — SAMEDI 25 OCTOBRE 1879. 52e ANNEE. SAMEDI 25 OCTOBRE 1879. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

| | |
|---|---|
| Trois mois. . | 8 fr. 50 c. |
| Six mois. . . | 16 — |
| Un an . . . . | 30 — |

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### De quelques-uns des procédés de la méthode graphique et des appareils enregistreurs applicables à la médecine clinique.

Ce n'est pas ici le lieu de rappeler les services que rend journellement à la clinique l'application des procédés graphiques et des appareils enregistreurs, particulièrement dans l'appréciation de la température et du degré de pression du courant sanguin dans les vaisseaux. C'est depuis longtemps monnaie courante dans les hôpitaux. Mais il est encore quelques-uns des procédés de cette méthode, aujourd'hui si généralisée dans les arts, qui en sont restés jusqu'à présent à l'état de procédé de laboratoire et qui, pour devenir pratiques, n'auraient probablement besoin que de quelques appropriations particulières dans le mode d'application. Tels sont, entre autres, les procédés d'enregistrement des mouvements respiratoires, des mouvements des membres, de la vitesse de l'agent nerveux et de la durée du temps qui sépare les excitations des réactions.

Nous emprunterons un rapide exposé du point où en sont, où en étaient du moins il y a un an, ces diverses parties de la méthode graphique, à l'un des rapports sur l'Exposition universelle de 1878 (1), confié à la plume de notre confrère M. le docteur Gustave Le Bon, l'un des savants les plus compétents et les plus autorisés en cette matière.

L'enregistrement des mouvements respiratoires, bien qu'imaginé depuis longtemps déjà, ne paraît pas avoir franchi le terrain de l'expérimentation. Il n'est pas, du moins, à notre connaissance qu'il ait été appliqué à la clinique, à laquelle il paraît cependant destiné à rendre des services. Le pneumographe de M. Marey, qui est à la fois un perfectionnement et une simplification du premier appareil de Vierordt, permet notamment, dit M. Le Bon, d'apprécier les moindres variations de durée et d'amplitude de chacun des mouvements respiratoires, et même le volume d'air qui entre dans les poumons à chacun de ces mouvements.

Pendant divers actes physiologiques, tels que le chant, la voix, la parole, la durée des inspirations et des expirations, qui était la même à l'état normal, devient très-inégale; la durée de l'expiration s'accroît considérablement, et elle se fait plus ou moins saccadée suivant l'air chanté, les paroles prononcées. M. Le Bon a enregistré la respiration pendant qu'un sujet prononçait un discours, chantait des airs différents, et il a obtenu des résultats fort curieux.

Les médecins qui voudraient appliquer ce procédé à l'exploration du mode respiratoire des malades trouveront, soit dans l'ouvrage récent de M. Marey, *la Méthode graphique dans les sciences expérimentales et en particulier en physiologie et en médecine* (Paris, 1878), soit dans le rapport dont nous extrayons ces quelques indications, tous les renseignements techniques nécessaires.

L'enregistrement des contractions musculaires, dont l'initiative est due, comme on le sait, à Helmholtz, a donné déjà des résultats physiologiques intéressants. Ils ont été utilisés par M. Marey pour l'étude de la marche de l'homme et des animaux, par M. Rosapelly pour enregistrer les mouvements des lèvres.

Le problème de l'enregistrement de la vitesse de l'agent nerveux et de la durée du temps qui sépare les excitations des réactions, résolu par Helmholtz, repris depuis par plusieurs physiologistes et entre autres par M. Marey, laissait encore quelques *desiderata,* malgré les expériences ingénieuses qui ont servi à en établir le principe. Les chiffres donnés par divers expérimentateurs laissent entre eux des écarts considérables. MM. les docteurs Noël et Le Bon ont été conduits par quelques observations à admettre que la durée du temps qui s'écoule entre le moment où un sens est excité et celui où l'organisme manifeste une réaction doit varier avec l'état physiologique de l'observateur, et qu'il y a par suite une corrélation étroite entre ces phénomènes. Ils résolurent, en conséquence, de vérifier cette hypothèse par des mensurations nombreuses et précises. L'intérêt qui s'attachait à cette vérification était grand, en raison des applications qu'ils espéraient pouvoir en faire au diagnostic de certaines affections du système nerveux, dont il n'est presque pas possible, avec les moyens d'investigation actuels, de signaler les débuts. « On conçoit, en effet, fait remarquer M. Le Bon, que, si le temps nécessaire pour produire une réaction varie avec l'état physiologique, il doit

(1) *La Méthode graphique et les appareils enregistreurs, leurs applications aux sciences physiques, mathématiques et biologiques,* XXXe rapport. Librairie scientifique d'Eugène Delacroix. Paris, 1879.

varier aussi avec l'état pathologique. Certaines affections des centres nerveux ne deviennent perceptibles à l'observateur que quand elles sont déjà avancées, et, faute de moyens de diagnostic suffisants, leurs débuts restent ignorés. Nous savons que, dans certaines lésions du système nerveux, le malade ne réagit contre une excitation qu'au bout d'un temps fort long. Nous apprécions bien ces différences quand elles sont assez longues pour affecter nos sens ; mais, quand le retard ne s'élève qu'à une minime fraction de seconde, il nous échappe entièrement. Entre les quelques centièmes de seconde qui séparent chez un individu normal une excitation d'une réaction et les quelques secondes de retard que nos sens nous permettent d'apprécier chez le sujet pathologique, il existe une longue échelle dont tous les degrés ont dû être lentement franchis. Trouver le moyen de déterminer à quel niveau de l'échelle se trouve le sujet observé serait fournir à la pathologie du système nerveux un élément de diagnostic qui lui a fait jusqu'ici défaut et dont l'importance serait évidemment extrême. Avec un moyen de diagnostic aussi précis, rien ne serait plus facile que de suivre la marche progressive ou régressive de diverses affections des centres nerveux. »

Tel est l'objet que MM. Noël et Le Bon se sont proposé dans leurs expériences. Bien que celles-ci ne soient pas encore terminées, ils se croient en mesure, toutefois, de dire dès à présent que le temps nécessaire aux réactions varie, ainsi qu'ils l'avaient pensé *à priori*, avec l'état pathologique. Les moindres modifications de la circulation ont une influence considérable sur elles. Les substances qui accélèrent la circulation, comme le café, en raccourcissent sensiblement la durée.

Les appareils que ces savants expérimentateurs ont fait construire, et qui ont déjà été l'objet de présentations à plusieurs sociétés savantes, permettent de mesurer simultanément les variations de la durée du temps nécessaire pour les réactions et l'état physiologique qui leur correspond. Ils ont construit, depuis, des appareils portatifs destinés à l'usage pratique et qui permettront aux médecins d'apprécier facilement les moindres variations de l'état nerveux.

Nous avons cru utile, au moment où vont recommencer les travaux actifs de clinique et de laboratoire, d'appeler l'attention sur les services que l'on est en droit d'attendre de nouvelles applications de la méthode graphique aux recherches cliniques.

### Abcès prostatique aigu d'origine blennorrhagique, ouvert par le rectum.

Bien que les abcès prostatiques ne soient assurément pas chose rare dans la pratique chirurgicale, la difficulté que l'on a souvent, d'une part, à les diagnostiquer, et l'importance qu'il y a, d'autre part, à les prévenir par les moyens appropriés lorsque la prostatite n'en est encore qu'à ses débuts, ou à ouvrir de bonne heure les abcès formés, par la voie la plus facilement accessible à la main du chirurgien, nous ont porté à penser que le fait suivant, qui vient de se passer tout récemment dans le service de la clinique chirurgicale de la Pitié, fait en ce moment par M. Terrillon, suppléant de M. Verneuil, ne serait pas sans quelque intérêt pour nos lecteurs.

Un jeune homme de dix-neuf ans, atteint plusieurs fois de blennorrhagie, est entré à l'hôpital de la Pitié pour des douleurs vives qu'il éprouvait pendant la miction et qui lui étaient survenues pendant le cours d'un nouvel écoulement uréthral, récemment contracté. Il éprouvait, en outre, une sensation de pesanteur et des élancements de temps à autre dans les régions profondes du périnée. La miction, quoique très-douloureuse, s'effectuait d'ailleurs sans grande difficulté. Les douleurs étaient surtout vives au début et à la fin de l'émission de l'urine. La défécation était également difficile et douloureuse. Enfin il y avait un léger mouvement fébrile.

Après un examen attentif des parties extérieures, qui n'a rien fait constater d'anomal, M. Terrillon a pratiqué le toucher rectal, qui lui a fait reconnaître l'existence d'une induration volumineuse en plaque irrégulière, occupant la paroi droite du rectum, avec une petite portion saillante et déjà un peu fluctuante. Toutefois la fluctuation ne paraissait pas encore assez manifeste pour qu'il parût utile de procéder immédiatement à l'ouverture de l'abcès.

Le deuxième jour, une nouvelle exploration rectale ayant fait reconnaître la fluctuation d'une manière beaucoup plus sensible, M. Terrillon se décida à opérer. Mais il se présentait ici une difficulté. On sentait sous le doigt battre les artères hémorrhoïdales, qu'il fallait bien se garder d'inciser, sous peine d'avoir une formidable hémorrhagie. Pour éviter ce danger, M. Terrillon fit écarter le côté sain au moyen d'une valve ; puis, ayant déplissé la paroi sur laquelle pointait l'abcès, de manière à la faire saillir, en même temps qu'il éloignait ainsi les artères voisines, il pratiqua une ponction. Cette ponction donna issue à quelques gouttelettes de pus seulement, mais la masse ne sortit pas. Il fallut introduire alors une sonde cannelée à l'aide de laquelle l'orifice fut agrandi et les parois du foyer déchirées dans une assez grande étendue pour donner une issue suffisante au pus, ce qui eut lieu en effet.

Le malade fut immédiatement soulagé. A dater de ce moment, les mictions ne furent plus aussi douloureuses ; les nuits, agitées jusque-là, devinrent calmes, et dès le surlendemain l'opéré était en voie de guérison. Il ne restait plus qu'à le débarrasser de sa blennorrhagie.

Quant à l'urèthre, que M. Terrillon, comme on le pense bien, ne négligea pas d'explorer, l'introduction d'une bougie y fit constater un commencement de rétrécissement en forme de bride à une assez grande profondeur dont il y aura probablement à s'occuper plus tard. Elle ramena aussi un peu de pus.

Voilà un exemple d'abcès aigu de la prostate, développé très-probablement sous l'influence et par le fait du voisinage d'une uréthrite aiguë greffée sur une série d'uréthrites précédentes ayant déjà déterminé un commencement de rétrécissement. C'est sans contredit l'une des causes les plus communes de la prostatite aiguë chez les jeunes gens.

Les symptômes de ce phlegmon prostatique ont été ici la difficulté d'uriner et surtout la douleur pendant la miction, difficulté de la défécation, sensation profonde de douleur dans la région périnéale postérieure, enfin fièvre. On a vu que c'est surtout la circonstance de la douleur périnéale profonde, jointe à la difficulté de la miction et de la défécation, qui a porté M. Terrillon à présumer l'existence d'une lésion, prostatique et à pratiquer le toucher rectal qui lui a permis de fixer définitivement son diagnostic.

M. Terrillon, à l'occasion de ce malade, est entré dans

quelques considérations cliniques dont nous allons exposer les points principaux.

La première de ces considérations est relative à la disposition anatomique particulière de la prostate, sans la connaissance de laquelle on se rendrait difficilement compte de la formation et de la marche de ces abcès.

La prostate englobée, comme on sait, dans un système de plans fibreux qui lui sont exactement appliqués et qui lui constituent comme une sorte de coque ou d'enveloppe spéciale, la couche fibro-celluleuse prostato-périnéale en arrière, l'aponévrose moyenne ou les aponévroses dites de Carcassonne et de Denonvilliers en bas, en haut l'aponévrose supérieure ou pubio-vésicale, enfin les aponévroses pubio-rectales latéralement, se prête d'autant plus difficilement au libre développement du travail phlegmoneux et surtout à la facile issue des collections purulentes qui en sont la conséquence. Dans ces conditions, que va-t-il arriver lorsqu'il vient à se former un abcès prostatique? De deux choses l'une : ou l'inflammation va se développer et le pus se collecter dans la partie qui avoisine l'urèthre, et dans ce cas il y aura rétention d'urine jusqu'à ce que l'abcès s'ouvre spontanément dans la vessie ou dans l'urèthre, ou par l'intervention voulue ou inconsciente du chirurgien. Il n'est pas rare, en effet, dans ces circonstances, et l'on en trouve plus d'un exemple dans les annales de la science, qu'en voulant uniquement pratiquer le cathétérisme, le chirurgien, pressant avec le bec de la sonde sur l'obstacle qu'il rencontre, ouvre sans s'en douter le phlegmon qui proéminait dans le canal. Ou bien la partie enflammée de la prostate est voisine du rectum et l'abcès, dans ce cas, a de de la tendance à se développer dans cette direction et à se frayer une voie à travers la paroi rectale, soit sur la ligne médiane du rectum, soit sur l'une de ses parois latérales, comme cela a eu lieu chez ce malade.

Il arrive quelquefois, lorsque l'abcès se développe au niveau de l'une des parois latérales, qu'il descend plus bas, fuse le long de cette paroi pour venir s'ouvrir dans le voisinage de l'anus ou quelquefois plus bas, jusque sur la cuisse, ainsi que M. Guyon en a cité un exemple.

Étant donné un abcès aigu de la prostate, à moins que cet abcès ne vienne saillir dans des parties très-éloignées comme dans les cas que nous venons de citer, le diagnostic en est, en général, assez facile. C'est ce qu'on a vu dans ce cas-ci.

Ici l'indication était formelle. Il n'y avait pas lieu de s'arrêter à des moyens abortifs ou palliatifs, comme lorsqu'on assiste au début de la phlegmasie. La suppuration était formée. Il n'y avait pas d'autre pratique à suivre que de faire l'incision. On en a vu l'heureux résultat.

### Faits cliniques divers.

Le service de M. Terrillon renferme en ce moment plusieurs cas intéressants que nous nous bornerons pour le moment à signaler. Tels sont, entre autres :

Un cas de hernie épiploïque de la ligne blanche dans la région épigastrique ayant donné lieu, lorsqu'elle faisait saillie au dehors, à tous les symptômes de la hernie stomacale ; douleurs épigastriques vives, vomissements, anorexie, lesquels ont complètement cessé depuis que la hernie a été réduite et est maintenue par un appareil approprié.

Un cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte d'un volume considérable, presque égal à celui d'une tête d'adulte, soumis à l'électrolyse. Trois séances d'électrolyse, à huit jours de distance l'une de l'autre, avaient déjà eu lieu la dernière fois que nous avons vu le malade, et il y avait déjà eu une diminution appréciable dans les principaux symptômes, douleur, oppression, gêne de la respiration, etc.

Un cas de kyste hydatique du foie opéré depuis un mois, qui a donné issue à plus de 300 hydatides, actuellement en voie de guérison.

Un cas d'ankylose de la hanche, suite de coxalgie, et qui, rapproché de quelques autres cas semblables actuellement dans le service, a fait le sujet de plusieurs conférences sur l'origine et les symptômes des diverses variétés connues de coxalgie. La rupture des adhérences a été faite sous nos yeux avec le secours d'un appareil de contention du bassin, de l'invention de M. Terrillon, et qui nous a paru, dans cette circonstance, d'une complète efficacité.

Enfin un cas de contusion avec rupture du foie, suivie d'épanchement sanguin dans le péritoine et de péritonite consécutive, actuellement en voie de guérison.

Un mot à cette occasion sur quelques-uns des effets des ruptures du foie, que nous emprunterons à la *Revue générale du dernier cahier des Archives générales de médecine*, où est analysé un travail d'un médecin viennois, M. Klob, sur ce sujet.

Les ruptures proprement dites du foie, embrassant la capsule et le parenchyme de la glande, dit M. le docteur Klob, siègent de préférence dans le lobe droit, et ont une direction parallèle à celle des côtes. Les surfaces de rupture sont granuleuses, cependant assez unies. Très-rarement la plaie est béante. Hémorrhagie presque toujours insignifiante, rarement mortelle. Péritonite consécutive rarement mortelle, même avec un épanchement considérable de bile. Ce dernier point seul pourra être vérifié, chez le malade de M. Terrillon, dont la guérison paraît assurée.

A ce groupe de ruptures, auquel se rattache le fait qui nous intéresse, M. Klob ajoute quatre autres groupes : l'un consistant en un soulèvement de la capsule par un épanchement sanguin avec ou sans déchirure de cette membrane. Cette lésion se rencontre presque exclusivement chez les nouveau-nés morts par asphyxie ; un autre, consistant en ruptures du foie sans déchirure ni soulèvement de la capsule, survenant à la suite de congestion ou d'un œdème aigu quand des altérations parenchymateuses sont venues diminuer l'extensibilité normale de la substance hépatique ; un troisième groupe, dans lequel se rangent les plaies par instruments tranchants et piquants ou par armes à feu. A ce groupe se rattachent les déchirures du foie, suite de fracture de côte, avec enfoncement des fragments ; enfin un dernier groupe comprend les solutions de continuité à la suite d'abcès du foie ou de néoformations dégénérées.

Ce qui ressort de l'ensemble des faits qui ont servi à édifier cette classification, c'est la bénignité relative des traumatismes du foie, dont le fait de M. Terrillon serait un nouvel exemple confirmatif. Voici, en effet, quelles sont les conclusions du travail de M. Klob.

Le pronostic est bénin, même dans les cas de ruptures étendues. La mort, quand elle survient, est causée le plus souvent par les désordres concomitants ; très-rarement elle est amenée par la rupture elle-même. M. Klob a eu plusieurs fois l'occasion d'observer des cicatrices de rupture ayant passé presque inaperçues pendant la vie. Le tissu cicatriciel est constitué par du tissu conjonctif avec cellules fusiformes

n'ayant ni les propriétés ni les caractères anatomiques des cellules hépatiques, et subissant dans la suite l'atrophie simple ou graisseuse. Dr Brochin.

## REVUE DE LA PRESSE

**Degrés de gravité du delirium tremens.** — Le delirium tremens se montre dans un si grand nombre de circonstances et avec une gravité si différente, qu'il est très-important de pouvoir apprécier cette gravité. Il peut en effet rester apyrétique, et guérit alors toujours; il peut être accompagné de fièvre, et est alors le plus souvent mortel; il peut enfin survenir à titre de complication dans une maladie.

Le délire simple, qui est très-fréquent, peut exister avec toutes les apparences d'un délire grave : injection des yeux, langue sèche, sueur, apparences d'un état fébrile intense. On pourrait donc se tromper gravement si l'on n'avait des signes précis pour établir son diagnostic. Le premier de ces signes est l'élévation de la température ; celle-ci doit être prise, autant que possible, dans le rectum. Si elle s'élève à 39° ou 40°, c'est qu'il s'agit presque sûrement d'un cas grave. Mais ce signe observé seul pourrait induire en erreur. Il y a un second signe qui vient confirmer le premier, c'est un tremblement particulier. Tous les malades, en effet, présentent un tremblement en masse qui n'a pas de caractère spécial de gravité. Ce qu'il y a d'important surtout, c'est la trémulation qui occupe tous les muscles du corps, qui s'empare aussi bien des muscles profonds que des muscles superficiels ; la palpation permet de reconnaître facilement ce tremblement profond, cette vibration générale de toute l'économie. On trouve enfin, comme troisième signe impliquant la gravité du délire, un affaiblissement musculaire plus ou moins prononcé ; mais ce signe, ne se produisant, en tous cas, qu'après les autres, présente une importance beaucoup moindre au point de vue du diagnostic.

M. Magnan a insisté sur quelques indications du traitement que l'on doit toujours remplir en satisfaisant à certaines conditions, quel que soit le moyen que l'on emploie pour cela.

Tout d'abord, pour remédier à cette agitation extrême, et pour mettre les malades à l'abri des accidents, on est forcé de recourir à une contention plus ou moins exacte. La camisole de force, que l'on emploie le plus souvent, présente des inconvénients.

Avec cet appareil, l'application des bras sur la partie inférieure du thorax amène aussi l'immobilité de sa partie supérieure. Au bout d'un temps assez court, on voit alors survenir la congestion de la face, puis une demi-asphyxie qui détermine souvent la mort. Quelquefois même on observe la fracture du larynx. M. Magnan se sert, pour ses malades, d'une sorte de maillot.

Une autre indication à remplir consiste surtout dans l'élimination du poison. Pendant longtemps, en effet, on a cru que l'alcool se transformait rapidement dans l'économie, ce qui rendait cette élimination beaucoup plus difficile, tandis que les recherches de MM. Lallemand et Perrin ont montré, au contraire, qu'il restait en nature dans l'organisme et s'éliminait de même. Les expériences que M. Magnan a faites lui ont démontré, dans un cas, qu'il y avait encore, trois jours après l'absorption, dans le cerveau et dans le foie, une quantité d'alcool suffisante pour brûler dans un appareil.

Il faut donc en provoquer l'élimination par tous les moyens possibles, et avec autant d'activité que cela peut se faire ; les boissons abondantes et diaphorétiques sont pour cela le meilleur moyen.

Enfin, comme c'est la période de dépression, succédant à la période d'excitation, qui est la plus dangereuse pour le malade, on ne doit pas négliger, même pendant cette dernière, l'emploi des toniques et des aliments les plus nutritifs. (*Journ. de méd. pratique.*)

**Traitement de la constipation.** — Nous extrayons les détails suivants d'une conférence dans laquelle M. Dujardin-Beaumetz a passé en revue les principales ressources fournies par l'arsenal thérapeutique pour combattre l'atonie du tube digestif.

Il y a d'abord les eaux minérales purgatives, dont l'emploi tend à se généraliser de jour en jour. En France : Cransac (Aveyron), Chatel-Guyon (Puy-de-Dôme), Brides (Savoie). A l'étranger : Carlsbad et Marienbad (en Bohême), sources thermales.

L'eau de Carlsbad contient par litre 2gr,16 de sulfate de soude, et 0gr,16 de sulfate de potasse. L'hygiène des hôtels favorise encore les cures d'affections intestinales et de constipation : partout on fait manger aux malades une soupe spéciale préparée avec l'eau purgative.

L'eau de Marienbad contient par litre 4gr,95 de sulfate de soude, et 0gr,40 de sulfate de potasse.

Viennent ensuite les eaux sulfatées magnésiennes non thermales, qui se prennent loin de la source. Les eaux de Püllna, Sedlitz et Saidchutz (en Bohême) contiennent de 10 à 12 grammes de sulfate de magnésie par litre, et et 0gr,50 à 0gr,60 de sulfate de potasse. Quant au sulfate de soude, la proportion est variable : tandis que l'eau de Püllna est très-riche en sulfate de soude (16 grammes par litre), l'eau de Sedlitz n'en renferme que 5 grammes, et l'eau de Saidschutz 0gr,50 seulement. Toutes ces eaux de Bohême se donnent par verre ordinaire chaque matin aux personnes qui souffrent d'une constipation opiniâtre.

En Hongrie, les sources purgatives sont très-nombreuses : elles se rencontrent toutes autour de Buda-Pesth. La plus connue est celle d'Hunyadi-Janos, qui contient par litre 22 grammes de sulfate de magnésie et 22 grammes de sulfate de soude. Un verre à bordeaux chaque matin suffit pour amener des selles ; un verre ordinaire produirait un effet purgatif.

Outre les eaux minérales purgatives, le médecin possède encore, pour combattre la constipation, de nombreux purgatifs végétaux et minéraux.

Les purgatifs sucrés agissent en exagérant la sécrétion du mucus intestinal. De ce nombre sont la manne, le miel, la casse, le tamarin et le pruneau.

La manne provient d'un arbre, le *fraxinus ornus*, qui croît surtout en Sicile. Pour la retirer, on fait à l'écorce une incision transversale dès que l'arbre est en fleurs ; tous les jours on fait une nouvelle incision, et le suc de l'arbre se dépose sous la forme de stalactites, qui constituent la manne en larmes. La manne doit ses propriétés laxatives à un principe sucré qu'elle renferme, la mannite ; elle se donne, chez l'adulte, à la dose de 40 à 60 grammes. Le meilleur excipient est le lait, dans lequel la manne se dissout facilement. Mais il est impossible de faire prendre pendant longtemps la manne aux personnes constipées, parce qu'elle ne tarde pas à affadir l'estomac.

Le miel possède également des propriétés laxatives qu'on utilise peu en médecine. Parmi les différents miels, il faut citer le miel fin de Narbonne, le miel du Gâtinais et le gros miel de Bretagne. Le gros miel entre dans la composition du pain d'épices ; de là, les cures bien connues que l'on obtient par l'usage du pain d'épices. Le miel s'emploie surtout sous forme de lavement ; on l'associe d'habitude à une plante également purgative, la mercuriale annuelle, de la famille des euphorbiacées. Le mellite de mercuriale s'administre à la dose de 30 à 50 grammes par lavement.

La casse a joui d'une grande vogue au XVIIe et au XVIIIe siècle : la pulpe de casse figurait dans les préparations complexes inventées par les médecins et pharmaciens de l'époque, la marmelade de Tronchin, le catholicum, etc., toutes préparations tombées en désuétude.

Le tamarin est fourni par le tamarinier, arbre très-élevé, originaire de l'Égypte et des Indes-orientales, et naturalisé en Amérique. La pulpe de tamarin contient un principe sucré. On prescrit le tamarin en tisane : 30 grammes de pulpe dissous dans un litre d'eau bouillante fournissent une excellente tisane laxative. Le *tamar indien* n'est autre chose qu'un mélange de tamarin et de séné enrobé dans du chocolat.

Les pruneaux cuits dans du vin forment aussi une préparation laxative très-agréable à prendre.

Enfin il y a des sirops laxatifs qui amènent également une sécrétion exagérée du mucus intestinal : tels sont les sirops de fleurs de pêcher et le sirop de roses pâles, que l'on prescrit à la dose de 10 à 60 grammes.

Il est une autre catégorie de purgatifs qui agissent en augmentant la sécrétion de la bile ; on les appelle cholagogues. Ces purgatifs comprennent le calomel, la rhubarbe et le podophyllin.

Le calomel, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, produit des selles vertes. Il offre quelques inconvénients sérieux à cause de la facilité avec laquelle il se transforme en bichlorure de mercure ou sublimé corrosif, qui est un caustique dangereux. Aussi faut-il bien se garder de donner le calomel avec un acide ; on ne doit jamais le faire prendre dans de la confiture ni le placer dans un looch. Le calomel dans un looch produirait un cyanure de mercure, poison très-énergique.

La rhubarbe est un des médicaments les plus habituellement employés pour combattre la constipation ; elle produit des selles bilieuses. On l'emploie en poudre, en potion ou en sirop. M. Beaumetz recommande la potion suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Rhubarbe concassée. . . . . | 4 | grammes. |
| Manne en sorte . . . . . . . | 60 | — |
| Eau bouillante . . . . . . . | 120 | — |

Le sirop de chicorée, que l'on administre aux enfants, contient autant de rhubarbe que de chicorée. C'est d'ailleurs, d'après M. Beaumetz, une mauvaise préparation. Mieux vaut donner aux enfants la magnésie lourde ou magnésie anglaise.

Le podophyllin est une résine extraite du *podophyllum peltatum.* Il produit des effets différents selon les doses. A la dose de 2 centigrammes, il amène des garde-robes régulières ; c'est un véritable régulateur des garde-robes. A la dose de 5 à 10 centigrammes, ses effets deviennent purgatifs : le podophyllin détermine des selles bilieuses. Ce qui nuit au podophyllin, c'est qu'il donne des coliques aux malades. Les différentes pilules de podophyllin, composées d'après la formule anglaise et d'après la formule de Trousseau, contiennent de 2 à 3 centigrammes de cette substance, que l'on associe à la belladone ou à la jusquiame.

Dans une troisième classe, on range les purgatifs qui agissent en excitant les contractions du tube digestif : ce sont les purgatifs drastiques. On ne les emploie pas dans le traitement de la constipation, à cause des troubles graves qu'ils amènent parfois : après l'administration d'un drastique, les coliques sont constantes. Cependant le séné peut rendre des services dans la constipation. Il suffit de faire passer le séné dans l'alcool pour lui enlever la propriété de produire des coliques. Quelques malades se trouvent très-bien de l'usage quotidien de la tisane de séné, connue sous le nom de tisane de l'hôpital Saint-Louis. On prépare cette tisane de la manière suivante : on fait infuser pendant une heure dans un litre d'eau bouillante un mélange de 4 grammes de pensée sauvage et de 4 à 8 grammes de follicules de séné, et l'on édulcore avec du gros miel. Il suffit de faire prendre un grand verre de cette tisane chaque matin.

Tous les thés et cafés purgatifs ont pour base le séné ; il y a surtout un café au lait au séné, qui n'inspire aucune répugnance aux malades. On prépare une tasse de café avec 10 grammes de café torréfié et 12 grammes de follicules de séné ; on ajoute 120 grammes de lait, et l'on sucre le tout. Cette boisson est d'un goût agréable ; elle produit toujours un effet laxatif.

En dehors du séné, on ne se sert pas des autres purgatifs drastiques dans le simple but de régulariser les selles, parce que leur action est trop énergique. Parmi ces drastiques, les uns, comme le turbith, le jalap, la scammonée, appartiennent à la famille des convolvulacées : l'eau-de-vie allemande n'est autre chose qu'une teinture de jalap composée ; les autres font parties de la famille des cucurbitacées : tels sont la coloquinte, le cayapona, dont le principe actif injecté, sous la peau, aurait, d'après Gubler, la propriété d'amener des garde-robes. Enfin le croton tiglium, de la famille des euphorbiacéess donne une huile qui est un drastique puissant : les gouttes amères de Baumé, que l'on donne avant chaque repas, aux malades constipés, contiennent de l'huile de croton.

Une dernière classe de purgatifs comprend toutes les substances qui, introduites dans le tube digestif, y jouent le rôle de corps étrangers.

La moutarde blanche n'agit pas autrement que les grains de plomb.

On peut ranger dans cette classe l'aloès, qui agit surtout sur la muqueuse du rectum, mais qui peut, à la longue, amener des hémorrhoïdes, et détermine toujours une sensation de chaleur désagréable autour de l'anus. (*Rev. méd. fr. et étr.*)

**Desquamation épidermique chez un fœtus vivant.** — M. Charrier a présenté à la Société de médecine pratique l'observation d'un enfant qui avait à sa naissance l'aspect d'un fœtus mort macéré depuis longtemps, et qui cependant était vivant. Le cordon est verdâtre et rougeâtre, aplati et comme rubané. Tout l'épiderme du corps s'en alla à la moindre friction, et il se soulevait comme chez un fœtus macéré dont la mort remonte à six ou huit jours. L'épiderme du pied se détacha absolument comme un gant. Le lendemain, l'épiderme était entièrement tombé, excepté à deux ou trois petites places sur la jambe gauche, le dos et le bras droit. L'enfant avait alors la coloration normale, la chaleur habituelle ; depuis, sa santé est restée florissante.

On n'avait observé aucune maladie éruptive, ni rougeole, ni scarlatine autour de la mère pendant la grossesse.

Il n'y a eu non plus aucune trace de syphilis. Les eaux de l'amnios avaient une coloration normale.

Il paraît plus rationnel de rattacher cette desquamation épidermique à quelque état morbide survenu du côté de l'enfant pendant les derniers temps de la vie intra-utérine, que de l'attribuer à une sorte de macération, inadmissible avec la persistance de la vie chez le même enfant. (*Le Praticien.*)

**Cloaque vésico-vagino-rectal.** — Le docteur Consalvi a publié, dans le *Giornale internazionale delle scienze mediche*, l'observation d'un cas rare emprunté à la clinique du professeur Morisani (de Naples).

Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, bipare, qui eut un accouchement laborieux ; la tête s'arrêta dans son trajet. On laissa la tête fœtale séjourner dans l'excavation pendant au moins *six jours.* Au bout de ce temps, l'accoucheur se décida à appliquer le forceps.

Après le premier septénaire, la malade s'aperçut que ses matières fécales et ses urines sortaient par la vulve, et non par leurs voies naturelles.

L'examen des organes génitaux fait constater les particularités suivantes : les parties externes paraissent normales ; la vulve est régulière, l'orifice anal et son sphincter sont entièrement sains. Un périnée, haut d'environ un centimètre, sépare l'anus de l'orifice vulvaire. Si l'on dilate les grandes lèvres, on découvre l'entrée du vagin, à travers laquelle on pénètre sur un corps à surface rugueuse, d'une couleur rougeâtre, qui remplit presque en entier le vagin, et qui se réduit quand on le déprime. Ce corps n'est autre chose que la muqueuse de la partie antérieure de la vessie. Le doigt introduit par la vulve permet de constater l'absence du méat, du canal de l'urèthre, de la cloison vésico-vaginale, de la cloison recto-vaginale, en même temps que l'union du rectum avec le fond de la vessie. On a donc derrière la vulve une cavité limitée : en haut, par la partie antérieure de la vessie ; en arrière, par le fond de la vessie qui se continue directement avec le rectum ; en bas par la partie postérieure de cette dernière partie de l'intestin, latéralement par des brides cicatricielles plus ou moins nombreuses, et en avant par les orifices anal et vulvaire, la femme étant considérée couchée.

Au fond de ce grand cul-de-sac on sent un corps dur entouré d'un lacis de brides cicatricielles nombreuses. Il est probable que ce corps est l'utérus, mais il est impossible d'en découvrir l'orifice externe. En face d'une aussi grande perte de tissus, le pro-

fesseur Morisani ne pouvait songer à reconstituer les cavités ainsi fusionnées en une seule.

Il pratiqua l'avivement de la partie interne de la vulve et des commissures antérieure et postérieure.

Six points de suture réunirent ces surfaces avivées, de telle sorte que la vulve fut entièrement obturée. On plaça dans le rectum une sonde à demeure pour permettre aux matières fécales et à l'urine de s'écouler au dehors sans irriter la plaie. La malade fut tenue couchée sur le dos.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Un seul orifice était conservé, l'anus, et comme le sphincter anal existait toujours et était dans un état d'intégrité complète, la malade put arriver à le contracter ou le relâcher à volonté, ou, autrement dit, à tenir clos et à ouvrir suivant ses besoins son cloaque vésico-rectal. (*Lyon méd.*)

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 octobre 1879. — Présidence de M. Tillaux.

### PRÉSENTATIONS

M. Larrey offre en hommage à la Société plusieurs portraits de chirurgiens français et étrangers.

M. Terrier présente la 6e édition du *Manuel de petite chirurgie*, de Jamain.

M. Verneuil présente, au nom de M. Julien (de Lyon), un volume sur les maladies vénériennes.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'OVARIOTOMIE

M. Terrier, à l'occasion du procès-verbal, fait connaître les résultats de sa pratique relativement à l'ovariotomie. Il a pratiqué vingt-deux fois cette opération, quatorze fois pour des kystes multiloculaires portant sur un seul ovaire, une fois pour un kyste uniloculaire, deux fois pour des kystes dermoïdes et cinq fois pour des kystes multiloculaires portant sur les deux ovaires. Dans dix-huit cas il a fixé le pédicule au dehors, à l'angle inférieur de la plaie; sur ces dix-huit cas il a eu deux décès. Chez quatre malades il a rentré le pédicule dans le ventre après l'avoir lié; ces quatre malades ont guéri.

M. Terrier, se basant sur ces faits, s'applique à démontrer les inconvénients de la méthode qui consiste à laisser le pédicule en dehors. D'abord, si celui-ci est court, il exerce des tiraillements douloureux. Souvent aussi il s'enflamme et devient le point de départ d'une suppuration fétide; alors même que les fils sont tombés, la surface qui reste se met parfois à bourgeonner au point de nécessiter plusieurs applications de chlorure de zinc. Ces phénomènes de suppuration, dont le pédicule laissé en dehors peut devenir le siège, apparaissent habituellement du quatrième au huitième jour. Si l'on observe la courbe thermométrique de ces opérées, on voit que ces symptômes de suppuration coïncident toujours avec une certaine élévation de température; en outre, on voit souvent réapparaître au même moment la rétention d'urine. Le pédicule ne tombant habituellement qu'entre le onzième et le vingt-huitième jour, on ne peut permettre que très-peu de mouvements aux opérées pendant ce laps de temps; la chute plus ou moins tardive du pédicule retarde donc le moment où l'on peut faire lever les malades, qui peuvent être ainsi obligées de rester au lit jusqu'au-delà du trentième jour.

Dans tous les cas, au contraire, où M. Terrier a réduit le pédicule, il a obtenu une guérison très-rapide. Enfin, quand on laisse le pédicule au dehors, tout n'est pas fini lorsqu'il est tombé, car il reste souvent une plaie fistuleuse qui nécessite longtemps encore les soins du chirurgien. Rien de tout cela n'a lieu lorsque le pédicule est réduit et laissé dans l'abdomen, car alors les malades peuvent se lever très-rapidement et complètement guéries.

### COMMUNICATIONS

**Inversion utérine complète; ablation; guérison.** — M. Cazin (de Boulogne), après avoir rappelé le rapport de M. Guéniot sur une observation de M. Hue et l'observation communiquée par M. Forget, rapporte à son tour un nouveau fait qui ne lui permet de conserver aucun doute sur la possibilité d'une inversion totale de l'utérus.

Il s'agit d'une jeune femme de dix-neuf ans, femme de chambre, bien réglée, mariée à dix-huit ans, étant devenue enceinte et ayant accouché à sept mois d'un fœtus mort. Les douleurs de l'accouchement avaient duré près de douze heures; la délivrance se fit attendre deux heures. Le neuvième jour, pendant des efforts pour aller à la garde-robe, elle sentit une grosseur qui sortit du vagin et lui pendit entre les jambes. La sage-femme, aussitôt appelée, réduisit cette grosseur. Depuis, cette femme perdit beaucoup de sang. Au toucher vaginal, on sent une tumeur globuleuse, dure, turgescente, ayant la forme d'une poire, à grosse extrémité en bas. On ne sent nulle part le col; à gauche et en avant on sent un petit repli de la muqueuse, absolument semblable à celui qui est décrit à la partie postérieure de la matrice. Au toucher rectal, on constate l'absence de l'utérus à son siège normal.

L'opération fut pratiquée : M. Cazin appliqua une ligature sur la masse introversée à l'aide du serre-nœud de de Graefe, après s'être assuré qu'aucune portion intestinale ni vésicale n'était prise dans la ligature; puis il réséqua la tumeur. Les suites de l'opération furent des plus simples : sauf les douleurs déterminées par la constriction du lien, il n'y eut rien de particulier à noter; le pédicule tomba le neuvième jour, et la malade fut rapidement guérie. M. Cazin met sous les yeux de ses collègues la matrice ainsi enlevée.

M. Guéniot insiste sur l'importance d'un signe qu'il a indiqué depuis longtemps, de l'acupuncture au point de vue du diagnostic différentiel entre un utérus introversé et un polype; dans ce dernier cas, en effet, l'aiguille à acupuncture rencontre un tissu dur, résistant; dans le premier, au contraire, elle s'enfonce facilement dans un tissu mou. En outre, les douleurs déterminées par la constriction, signe indiqué dans l'observation de M. Cazin, sont un précieux élément de diagnostic en faveur de l'utérus.

M. Guéniot demande à M. Cazin pourquoi il a préféré le serre-nœud de de Graefe à la ligature élastique, qui a bien réussi à M. Hue et qui aurait évité la nécessité de laisser pendant neuf jours un instrument dans la cavité vaginale.

M. Cazin répond que sa malade a guéri bien plus rapidement que celle de M. Hue, qui a eu une hémorrhagie et chez laquelle la tumeur a mis quarante-deux jours à tomber.

M. Desprès, en examinant la pièce présentée par M. Cazin, pense que l'utérus n'a pas été enlevé en totalité et qu'il est resté un peu du col.

**Tumeur artérioso-veineuse du plancher de la bouche; ligature des deux linguales.** — M. Desprès a pratiqué récemment une opération très-ancienne, très-classique, mais dont cependant la Société ne possède pas d'exemples dans ses bulletins; il s'agit de la ligature des deux artères linguales pour une tumeur sanguine du plancher de la bouche.

La malade est une jeune fille de seize ans, d'une bonne santé habituelle, chez laquelle s'est développée, il y a plusieurs années, une de ces tumeurs désignées sous le nom de grenouillettes, et qui s'était aperçue, il y a seulement un an, de la présence d'une tumeur indolente au-dessous de la branche horizontale du maxillaire du côté gauche. Lorsqu'elle se présenta, il y a peu de temps, à l'hôpital Cochin, la langue sortait un peu au-dehors de la cavité buccale. Sur le côté gauche du cou existait une tumeur très-appréciable à la vue, qui était le siège de battements isochrones au pouls, de mouvements d'expansion et d'un double bruit de souffle facilement perceptible à l'auscultation. Du côté de la bouche, la tumeur présentait également tous les caractères d'un anévrysme artérioso-veineux. Comment expliquer qu'une grenouillette sanguine soit ainsi devenue le siège d'un anévrysme artérioso-veineux? Le seul antécédent qu'il ait été possible de trouver est le fait suivant :

cette jeune fille se rappelle avoir eu la joue traversée par une aiguille à tricoter. Soumise à l'expectation, cette tumeur ne tarda pas à augmenter de volume. La compression fut appliquée à l'extérieur et dans la bouche; mais elle était mal supportée et n'amena pas de résultats satisfaisants. C'est pourquoi M. Desprès, après avoir hésité quelque temps, se décida à pratiquer la ligature des deux linguales. C'est là une opération que l'on fait rarement sur le vivant, et, sauf une observation de Demarquay qui manque de détails, on ne trouve pas de documents relatifs à cette opération. Aussi M. Desprès s'attendait-il à quelques difficultés; or il n'est pas d'opération plus simple. Après avoir fait une incision à un travers de doigt au-dessous de la branche horizontale du maxillaire, recherché et relevé la glande sous-maxillaire, relevé également les muscles digastrique et stylo-hyoïdien, suivant le procédé décrit dans tous les traités de médecine opératoire, M. Desprès, au lieu de couper le hyo-glosse, comme l'indiquent ces traités, se contenta d'écarter ses fibres et put ainsi facilement arriver sur l'artère. Il procéda de même, séance tenante, sur le côté droit; mais, ayant de ce côté rencontré la veine faciale, il dut la lier. Ces deux opérations furent faites ainsi sans difficultés. Immédiatement après l'opération, tous les phénomènes précités ont disparu. Huit jours après, il y eut plusieurs hémorrhagies secondaires du côté droit, facilement arrêtées par la compression et le tamponnement de la plaie largement ouverte. La guérison était complète après le vingt-cinquième jour. Mais, à partir du quarantième jour environ, le menton est de nouveau devenu saillant et il se produit un thrill sous l'influence des mouvements de déglutition. Mais il n'y a plus de tumeur du côté de la bouche et la langue n'est plus soulevée. L'opération a donc rendu service à cette malade, que M. Desprès présente à ses collègues.

**Ovariotomie.** — M. DEZANNEAU (d'Angers) lit un travail dans lequel il fait connaître les résultats de sa pratique concernant l'ovariotomie. Il a pratiqué quinze fois cette opération; quatre opérées succombèrent, deux au défaut de résistance ou au choc, deux à une péritonite aiguë. L'une de ces péritonites s'est déclarée à la suite d'un abcès des parois abdominales qui s'est ouvert dans la cavité péritonéale, l'autre chez une femme qui avait eu des péritonites antérieures et dont le kyste avait présenté de nombreuses adhérences. Chez ces deux opérées la méthode antiseptique n'avait pas été employée dans toute sa rigueur.

M. Dezanneau fait connaître les procédés auxquels il a recours: voici, par exemple, les règles qu'il suit pour détacher les adhérences: dans dix cas il trouva des connexions intimes de la paroi du kyste, soit avec l'épiploon, soit avec les intestins, soit avec l'estomac. Il attaque toujours l'adhérence du côté du kyste, sans se servir du bistouri ni des ciseaux; il laisse les parties adhérentes aux organes. Par ce moyen il a pu terminer des opérations qu'on aurait laissées inachevées. Jusqu'ici il a constamment laissé le pédicule à l'extérieur; mais il n'hésitera pas dans l'avenir à le réduire.

Les soins consécutifs ont consisté dans l'emploi des opiacés à doses fractionnées ou des injections de morphine pour rétablir les selles, le cathétérisme toutes les quatre heures et les pansements antiseptiques. Mais M. Dezanneau insiste particulièrement sur les bons effets qu'il a obtenus et la parfaite innocuité des ponctions capillaires de l'intestin et de l'estomac dans les cas de tympanite. Il a pu dans la même séance plonger l'aiguille dans quatre points différents.

Dans les suites éloignées de l'opération, deux malades seulement ont succombé à une généralisation cancéreuse. Trois opérées ont eu des enfants depuis l'opération, et l'une d'elles a même épousé l'un de nos jeunes confrères qui avait été l'un de mes aides les plus habiles et les plus dévoués pour son opération.

**Exostose du fémur.** — M. VEDRENES présente un jeune soldat atteint d'une exostose de la partie inférieure du fémur, dont il voudrait être débarrassé par l'opération.

Plusieurs membres, consultés sur l'opportunité de cette opération, ne sont pas d'avis qu'elle soit pratiquée.

### ÉLECTION

M. TERRILLON est élu, à l'unanimité, membre titulaire de la Société.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'externat.* — Question donnée le 23 octobre : *Os maxillaire inférieur.*

— Par décret en date du 21 octobre 1879, M. Erdinger (Joseph-Daniel), médecin de première classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal.

— *École de médecine de Dijon.* — Par décret en date du 20 octobre 1879, il est créé à ladite école: 1° une chaire d'anatomie, par dédoublement de la chaire d'anatomie et physiologie; 2° une chaire de chimie et toxicologie; 3° une chaire d'histoire naturelle.

La chaire d'histoire naturelle et thérapeutique prend le titre de chaire d'hygiène et thérapeutique.

La chaire de pharmacie et toxicologie prend le titre de chaire de pharmacie et matière médicale.

— *Corps de santé militaire.* — M. le médecin principal de 1re classe Armieux, MM. les médecins majors de 1re classe Janin, Reboud et Chailan, M. le pharmacien principal de 1re classe Roussin, prennent leur retraite.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Sont nommés internes titulaires: MM. Denarié, Audry, Lemoine, Bordet, Goullioud, Durand, Montgolfier, Lacour, Billioud, Blanc, Boyer et Imbert.

— M. le docteur Louis Choussy, dont le nom est inséparable de celui de la Bourboule, vient de succomber à Gignat, son pays natal, dans la force de l'âge et du talent.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8804.

SEUL FERRUGINEUX
Honoré nominativement d'une
Médaille à l'Exposition universelle de Paris 1878.

**Fer de Quevenne.**

*Approuvé par l'Académie de médecine.*

« ..... C'est, de toutes les préparations ferrugi« neuses, celle qui, à poids égal, introduit le plus « de fer dans le suc gastrique. »

(*Rapport de l'Acad. de méd.*, Bull., t. XIX, 1854.)

La signature : T. A. QUEVENNE et l'étiquette ronde en *petits caractères* de *quatre couleurs*, distinguent le VRAI FER QUEVENNE des imitations et substitutions impures et inactives.

DÉPÔT : Pharmacie E. GENEVOIX, 14, rue des Beaux-Arts, Paris.

**Rob Lechaux**

Le ROB LECHAUX est une simple concentration des principes actifs du *cresson*, de la *salsepareille*, du *quina* et de l'*écorce d'oranges amères*. Il en a par conséquent au plus haut degré les propriétés dépuratives et toniques.

Il stimule l'appétit et active la nutrition.

On l'emploie avec succès contre les maladies diathésiques (*syphilis*, *herpétisme*, *tuberculose*). Le flacon, 4 fr. Dép. gén., Bordeaux, ph. Lechaux.

**Solution Bourguignon**

**au chlorhydro-phosphate de chaux.**

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie ; deux cuillerées à chaque repas. — Dans toutes les pharm.

**Maltine Gerbay,**

*Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées*

TITRÉE PAR LE D[r] COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

*Dépôt dans toutes les pharmacies.*

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

**Sirop de digitale de Labélonye**

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropysies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Le SIROP DE LABELONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

**Vin bi-digestif de Chassaing**

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le* 29 *mars* 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

**Boldo Verne** AMER AROMATIQUE

Expérimenté dans les hôpitaux de Paris par MM. GUBLER, DUJARDIN-BEAUMETZ, BOURDON, etc. *Tonique, digestif, stimulant général et spécifique contre les maladies du foie.*

Dose : 20 à 40 gouttes par jour. — Ph. VERNE, à Grenoble (Isère), et toutes les pharmacies.

VIANDE, FER ET QUINA.

**Vin ferrugineux Aroud**

AU QUINA

*et aux principes nutritifs solubles de la* VIANDE.

Ce MEDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu*, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger*.

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

**Eaux-Bonnes** (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches ; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

**Antiseptique de J.-A. Pennès**

*Rapport favorable de l'Académie de médecine* (11 *février* 1879).

**Désinfectant, détersif, cicatrisant, conservateur.**

Expérimenté avec succès *dans vingt hôpitaux*.

Le flac., 2 fr. ; le lit., 10 fr. (Ex. le timb. de l'Etat.)

Gros : r. de Latran, 2, Paris. Détail toutes ph.

**Elixir** CHLORHYDRO-PEPSIQUE **Grez**

Nouvelle préparation TONI-DIGESTIVE, d'un goût agréable, basée sur les dernières découvertes de la physiologie, contenant les principes actifs des amers (QUINAS-COCA) associés aux ferments digestifs, PEPSINE CHLORHYDRIQUE et PANCRÉATINE. Employée avec succès contre *dyspepsies*, *anémies*, et dans les *convalescences*, à la dose de 1 à 2 cuillerées à bouche aux repas. — Gros : LAYAT, r. Rambuteau, 26. Détail : phar.

**Sirop et Pâte Lebeault**

AUX FRUITS BÉCHIQUES

Les seuls pectoraux exempts de narcotiques.

COCA FIEVET. Vin tonique, réparateur, fébrifuge et digestif.

Pharmacie LEBEAULT, FIÉVET successeur, 53, rue Réaumur, Paris, et pharmacies.

**Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de Médecine de Paris**

*N. B.* L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons*.

*Pharmacien, r. Bonaparte*, 40, *Paris*.

**Coqueluche guérie sûrement**

et promptement par le **Sirop Benzoïque** au *Bromure d'ammonium*, de Ch. SERRES. — Dépôt : 31, rue d'Amsterdam, Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies.

**Rhumatismes. Guérison par la**

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. RENAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

**Vin du docteur Forestier**

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

VIN FORESTIER A LA VIANDE.

VIN FORESTIER A LA GLYCÉRINE PURE.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

PRIX MONTYON décerné par L'INSTITUT DE FRANCE

**Phénol-Bobœuf,** DÉSINFECTANT,

**antiépidémique, antiputride.**

Le **Phénol-Bobœuf** est un agent *préservatif très-précieux* contre les épidémies. Son emploi est *indispensable* pour l'*assainissement* des hôpitaux et hospices, chambres de malades, casernes, ateliers, usines, navires, et de tous les lieux insalubres où il est nécessaire de détruire des ferments de mauvaise nature. — Le flac. : 1 fr. 50.

Dépôt : dans toutes les pharm[ies] et drogueries.

**Épilepsie. Hystérie. Névroses**

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A. Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

**Baume de Tolu Le Beuf**

(*Émulsion concentrée et titrée, non alcaline.*)

L'émulsion de Tolu Le Beuf est la *seule préparation* qui contienne sans *altération*, ni *modification aucune*, **tous les principes actifs** du Baume de Tolu.

A la dose de 6 à 12 cuillerées à café par 24 heures (2 *cuillerées à café par tasse d'infusion sucrée chaude ou froide*), **la toux** est toujours victorieusement combattue, les sécrétions sont rendues plus faciles, cessent rapidement et les malades sont admirablement soulagés.

PRIX DU FLACON : 2 FR. 50.

Dépôt à Paris, 25, rue Réaumur, et dans les princip. pharmacies de France et de l'étranger.

**Losange purgatif**

anciennement GANGE PURGATIF

*à l'Évolvuline, jalapine purifiée*, Codex 443).

Très-facile à prendre, sans saveur aucune, ne donnant ni coliques, ni nausées, ni constipation. Pharmacie TRICOT, 39, rue des Saints-Pères.

Prix : 1 fr. 20 les deux purgations ; par la poste, 1 fr. 35.

PHTHISIE PULMONAIRE, BRONCHITES, CATARRHES, etc.

**Vin et Huile de foie de Morue**

**CRÉOSOTÉS** du D[r] G. FOURNIER, pharmacien de 1[re] classe, ex-interne des hôpitaux, contenant chacun 0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe. (*Exiger sa signature.*)

**Capsules d'Huile créosotée à 0,05.**

Préparations créosotées SEULES récompensées à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, et 10, rue de l'Arcade (Paris).

**Capsules Gardy** D'HIULE DE **Gabian**

(*Medicinal-naphta*)

contre *Maladies des voies respiratoires*, *Bronchite chronique*, *Asthme*, *Bronchorrhée*, *Toux*, *Rhume*, *Catarrhe pulmonaire*.

Dépôt général : Pharmacie, 45, rue Caumartin, Paris. (Dans toutes les pharmacies.)

Prix du flacon, avec notice : 3 francs.

**Maison de santé du D[r] Carles**

Ancienne maison du D[r] Duval, 34, avenue du Roule, Neuilly-Paris, pour opérations, maladies aiguës et chroniques, orthopédie. — Les médecins peuvent y soigner leurs malades.

**Vin Mariani à la Coca du Pérou**

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

**La Bauche,** MÉDAILLE D'OR PARIS 1874.

Eau minérale digestive, reconstituante, la plus riche en protoxyde de fer. Entrepôt, 33 r. St-Jacques.

**Quinoïdine Duriez.** D'un prix bien inférieur

à celui du sulfate de quinine et des préparations de quinquina ; la quinoïdine est le dérivé du quinquina, accessible à tous les malades.

**Tonique, fébrifuge, antinévralgique.**

Consulter : le *Bull. de l'Acad. de méd.*, an. 1878, p. 509, et l'*Union médicale*, an. 1878, p. 823.

**Les Dragées de quinoïdine Duriez** contiennent chacune 10 centigrammes de quinoïdine.

*Teinture alcoolique, à l'usage des médecins, contenant par gramme* 10 *centigr. de quinoïdine.*

Paris, 20, place des Vosges.

N° 125. — MARDI 28 OCTOBRE 1879. 52e ANNEE. MARDI 28 OCTOBRE 1879. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. — Six mois... 16 — — Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



---

### HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Duplay.

#### Rétrécissement cancéreux et rétrécissement syphilitique du rectum.

Nous venons d'examiner dans la salle Sainte-Anne deux malades couchées aux nos 12 et 13, et qui sont toutes deux atteintes d'une affection grave du rectum.

Au n° 12, vous avez vu une femme âgée de vingt-sept ans ; elle raconte qu'elle souffre déjà depuis trois ans de constipation habituelle, ayant succédé à de la diarrhée, et ordinairement accompagnée de selles sanglantes. Elle ne pouvait plus aller à la selle qu'à l'aide de lavements répétés et d'efforts très-pénibles. Il y a six mois elle a eu deux abcès au pourtour de l'anus; on trouve sur la marge de l'anus une petite fistule d'un ou deux centimètres, fistule complète et intersphinctérienne, qui d'ailleurs ne joue aucun rôle dans la maladie présente.

A deux centimètres au-dessus de l'anus, on trouve un rétrécissement considérable, un infundibulum très-serré, qui admet à peine une sonde de femme; le petit doigt ne peut le franchir. Il est exactement annulaire et présente une dureté fibreuse qu'il est impossible de vaincre. On sent au pourtour deux ou trois tubercules. On conçoit combien cette lésion doit causer de gêne : en effet, la malade souffre de coliques violentes; elle ne peut plus rendre de matières solides. Sa santé générale a été troublée par des gastralgies, une dyspepsie déjà ancienne; le teint est pâle, des palpitations de cœur ont apparu, et l'on entend un bruit de souffle dans les vaisseaux.

Notre diagnostic a donc été : rétrécissement du rectum, siégeant à 2 centimètres au-dessus de la marge de l'anus, sur une étendue de 2 centimètres environ. Il est, en certains cas, très-utile de chercher la longueur d'un rétrécissement. J'ai fait autrefois construire pour cela une sonde terminée par une boule olivaire; quand elle a franchi le rétrécissement et que l'on retire la sonde, cette olive vient buter contre la partie supérieure, et l'on peut mesurer la hauteur et la limite du rétrécissement.

C'est ce qu'on fait aussi pour les rétrécissements de l'urèthre.

Les rétrécissements du rectum peuvent être de trois sortes : traumatiques, inflammatoires ou organiques.

1° Une plaie à la suite d'une chute sur le rectum, d'une balle, etc., peuvent amener un rétrécissement. Mais, en général, on observe dans ces cas de véritables brides, pas d'infundibulum et pas de rétrécissement annulaire. Quant au traumatisme produit par la sodomie, il amène plutôt une dilatation, et, s'il cause une rectite ou une blennorrhagie rectale, on constate des rétrécissements d'une autre nature que ce que nous observons ici.

2° Les rétrécissements inflammatoires sont assez fréquents; à la suite de rectite, dysenterie, on voit des rétrécissements du rectum et de l'S iliaque. C'est surtout dans certains climats qu'on les observe; des cas sporadiques, seulement dans nos pays, en amènent quelques exemples. J'en ai vu ainsi deux cas chez deux Américains. Il faut se défier des rétrécissements étendus, et, dans ces cas, employer des instruments de longueur appropriée. Chez notre malade, je ne pense pas qu'il s'agisse de rectite ni de dysenterie antérieures.

Nous arrivons à la troisième catégorie :

3° Les rétrécissements organiques, cancéreux ou syphilitiques.

Vous avez vu, à côté de cette malade, au n° 13, une autre femme qui est atteinte d'un rétrécissement cancéreux. Elle est âgée de cinquante-trois ans, et a passé la période de la ménopause. Il y a deux ans, elle a eu une perte de sang par l'anus, et, depuis trois mois, elle a remarqué qu'elle en perdait une certaine quantité à chaque garde-robe. Elle présente un écoulement ichoreux, fétide, que nous n'avons pas trouvé chez sa voisine du n° 12, qui n'a que des troubles fonctionnels. Celle-ci, au contraire, souffre de douleurs spontanées, constantes, dans le rectum, et irradiant dans le membre inférieur gauche. Par le toucher, on constate des différences encore plus sensibles : ce n'est plus un rétrécissement fibreux et régulier, infundibuliforme, avec une coarctation considérable; c'est un rétrécissement moins accusé, une plaque indurée, largement ulcérée, occupant seulement la cloison recto-vaginale, saignant facilement, et produisant un écoulement sanieux; il s'élève à 6 centimètres au-dessus de la marge de l'anus.

Les troubles généraux que présente cette malade, et l'altération de sa santé, sont un indice de la nature cancéreuse de son rétrécissement; toutefois il est des cas où

l'état général est profondément altéré sans que le rétrécissement soit cancéreux, et par le seul fait des troubles de la défécation et de la digestion.

Nous sommes donc en présence, d'une part, d'un rétrécissement cancéreux, et, d'autre part, d'un rétrécissement qui n'est ni inflammatoire ni cancéreux, et qui est par conséquent syphilitique. La malade a avoué, d'ailleurs, qu'il y a neuf ans elle a eu une syphilis caractérisée par des plaques muqueuses et de la roséole. Souvent les malades vous nieront sciemment la syphilis; souvent aussi ils sont atteints de syphilis ignorée.

Au début d'un rétrécissement il est important d'en établir la nature; aujourd'hui, depuis une étude faite par M. Fournier, on sait bien la pathogénie des rétrécissements syphilitiques. On avait dit qu'ils étaient le résultat d'accidents locaux, de plaques muqueuses ou de chancres phagédéniques de l'anus. Mais, en les suivant avec soin, on a vu que jamais les rétrécissements n'ont cette origine. Les ulcérations syphilitiques ont des cicatrices peu rétractiles. J'ai vu, par exemple, deux chancres de l'angle interne de l'œil; leur cicatrice ne menace jamais d'entropion. M. Gosselin (voir *Gaz. des Hôp.*, 1879, page 763) a cherché le mode de développement des rétrécissements syphilitiques, mais il n'en a pas dégagé une théorie bien nette. M. Fournier a mieux établi cette pathogénie en disant qu'il se produit dans le rectum les mêmes phénomènes que dans la langue : il se développe dans l'épaisseur des tuniques du rectum une sorte de tissu anomal, une sorte de gomme, un « syphilome » ano-rectal, qui suivrait une évolution régulière, passerait de l'état de tumeur molle à la rétraction et à la transformation fibreuse. Quoique l'histologie n'en soit pas faite, cette théorie paraît une conception satisfaisante pour ceux qui en ont observé les premiers stades. Elle a une très-grande importance pratique : lorsque le diagnostic de syphilis est posé, un traitement général spécifique peut amener l'amélioration et la guérison du rétrécissement rectal, aussi bien que lorsqu'il s'agit de nodosités analogues de la langue. Il semble qu'il en est de même pour le rectum : si l'on agit dès le début, si la lésion ne fait que commencer, on peut guérir les malades; mais, lorsque la maladie a évolué, lorsqu'elle a transformé les tuniques en tissu fibreux, on n'a plus sur elle aucune action.

Quant au pronostic, je n'insiste pas sur celui de la malade du nº 13. Il s'agit d'un cancer du rectum (généralement d'un épithélioma), nous ne pouvons y opposer qu'un traitement palliatif seul; cependant je crois que, dans les conditions actuelles, nous pouvons pratiquer l'opération.

La seconde malade présente un rétrécissement très-serré, qui est justiciable exclusivement d'un traitement chirurgical mécanique. On pourrait songer à la dilatation lente ou forcée ou à la rectotomie. Ces différentes opérations réussissent beaucoup moins bien qu'à l'urèthre; il ne faut pas en espérer beaucoup de résultats satisfaisants, ni un rétablissement complet des fonctions de l'organe. Si, d'ailleurs, on laissait les choses en l'état actuel, des accidents inflammatoires graves pourraient survenir. Toutes les fois qu'un conduit naturel est rétréci, il se produit au-dessus du rétrécissement une dilatation; cette cavité s'enflamme facilement, et elle amènerait des abcès périrectaux aboutissant à l'anus et provoquant des fistules. Il faut donc intervenir.

Ferons-nous la dilatation ou l'incision?

En général, à moins qu'on ne soit au début, il ne faut pas pratiquer la dilatation; j'ai essayé autrefois la dilatation forcée, et j'ai même employé un instrument spécial; c'est une mauvaise opération. J'en dirai autant de la dilatation lente, qui ne vaut pas mieux : elle est douloureuse et pénible, et ne réussit pas. Elle ne peut être très-utile qu'au début, quand elle est aidée par le traitement général.

Reste la rectotomie. On pourrait être tenté de respecter l'anus et le sphincter. C'est une détestable pratique. Il faut toujours conserver une porte de sortie, un écoulement libre aux matières et surtout au gaz; sinon l'on s'expose aux infiltrations gazeuses ou stercorales, qui amènent d'immenses phlegmons des fosses ischio-rectales. Il faut inciser le sphincter toutes les fois que l'on fait une plaie au rectum, dont il faut annihiler le sphincter. C'est pour ce motif que j'ai renoncé à la divulsion. Je me propose donc de faire la rectotomie : je choisis le point où il y a le moins de vaisseaux, la face postérieure, entre la pointe du coccyx et l'anus. J'incise la peau, le sphincter, puis le rétrécissement, que je sectionne en un, deux ou trois autres points encore, si c'est nécessaire. J'emploie le thermocautère pour ces sections. S'il y avait beaucoup de fistules, je les fendrais, et je me servirais d'un trajet fistuleux pour atteindre le rétrécissement.

J'opérerai de la même façon la malade au rétrécissement cancéreux; je fendrai le rectum sur sa partie médiane postérieure et je disséquerai la tumeur. Le rectum décollé, je ferai la section avec l'écraseur linéaire, pour éviter l'hémorrhagie des artères hémorrhoïdales, ou j'en ferai les ligatures, si c'est nécessaire.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Vidal.

### Des syphilides cutanées (1).

II

L'anatomie pathologique du chancre induré est, à peu de chose près, celle de la roséole, celle de la gomme et des divers produits syphilitiques. Dès que le chancre infectant est induré, la vérole est faite; s'il y a des exemples d'auto-inoculation de chancres infectants, c'est avant la période d'induration.

La syphilis, dans ses manifestations, est faite par un néoplasme qui tient le milieu entre la tumeur et l'inflammation : il y a une grande analogie entre ces tumeurs et le lupus. Le chancre est la première manifestation cutanée; à la suite de la contagion, on voit apparaître une papule à peine érosive, puis viennent ce qu'on appelle les accidents secondaires. Un certain temps après le chancre, six semaines, deux à trois mois, et, par exception, six mois après, on constate le début de ces accidents, et surtout les accidents ganglionnaires (pléiade ganglionnaire), qui sont un remarquable signe pathognomonique. Ensuite les manifestations secondaires apparaissent sur la peau et sur les muqueuses, ayant pour caractère d'être superficielles, tandis que les lésions seront de plus en plus profondes à mesure qu'elles seront plus tardives, et envahiront les tissus fibreux et osseux, et les viscères. Ces accidents, on le sait, sont nommés syphilides, ou manifestations cutanées de la syphilis.

Ce nom de syphilides a été créé par Alibert pour désigner les dermatoses développées sous l'influence de la syphilis.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 23 octobre 1879.

Ce qui est remarquable, c'est que, par les caractères objectifs, sans recourir à l'examen histologique, toutes ces variétés si nombreuses, qui en rendent l'étude si compliquée, toutes ces syphilides se rattachent à des types simples. C'est la classification de Willan qui a servi de base (exanthème, vésicule, bulle, etc.). On a voulu faire entrer la syphilis dans ce cadre, de sorte qu'on fait entrer les syphilides dans les mêmes classes, au nombre de huit, et l'on a dit : psoriasis syphilitique, impétigo syphilitique, etc. Or il n'y a pas de pemphigus ou d'impétigo syphilitiques, il y a des tubercules syphilitiques ; il n'y a pas de psoriasis syphilitique, il y a des syphilides psoriasiformes.

Biett n'admet que six ordres. Hardy admet neuf variétés : pigmentaires, exanthémateuses, papuleuses, végétantes, etc. Bazin décrit les syphilides résolutives (précoces), qui répondent aux accidents secondaires, et les syphilides tardives ou ulcéreuses ; classification excellente qui fournit une sorte de dichotomie pouvant être utilisée dans les indications du traitement. Mais il admet dans les syphilides résolutives des manifestations exanthémateuses, érythémateuses, et des syphilides circonscrites qui laissent des cicatrices. Je préférerais la classification suivante : 1° manifestation primitive (chancre) ; 2° syphilides résolutives, dont le caractère est d'être disséminé ; 3° syphilides ulcéreuses, circonscrites, superficielles et profondes, manifestations tardives.

Les syphilides résolutives disséminées, qui font le sujet de cette étude, répondent aux accidents de la période secondaire ; elles sont la première section de Bazin (syphilides exanthémateuses).

La première manifestation survient au bout de six semaines, précédée, chez les sujets délicats, de symptômes fébriles, avec état d'affaiblissement et de tendance à l'anémie; la syphilis, en effet, amène la déglobulisation du sang. La fièvre a surtout le caractère vespéral ; elle s'accompagne de sueurs, de céphalée, qui est fréquente chez les femmes, avec des douleurs névralgiques. Certains hommes présentent les mêmes symptômes de céphalalgie, soit spontanément, soit vers l'influence occasionnelle d'excès alcooliques, de bains froids, etc. La roséole n'apparaît qu'au bout de quinze jours environ ; quand elle arrive à sa période d'état, elle ne disparaît plus sous la pression du doigt. On voit que la roséole est une sorte de papule très-superficielle ; il y a un peu de soulèvement, une petite saillie visible quand on regarde obliquement.

Cette manifestation débute ordinairement sur le tronc (tandis que la rougeole commence par le cou), et a de la tendance à la dissémination vers les cuisses, etc.

Si l'on fait la coupe d'une de ces taches de roséole, on trouve la lésion syphilitique. Ceci avait déjà été indiqué, il y a longtemps, par Baresco, bien avant Virchow, Neumann et Caposi. Dans la roséole, la néoplasie est superficielle et n'atteint pas au-delà du corps papillaire ; il y a cependant quelquefois épaississement et quelquefois exfoliation de la couche épidermique. Ces lésions plus accentuées constituent la papule. La roséole est, si l'on veut, la papule moins accentuée.

Après cette première manifestation syphilitique, on observe ensuite la papule miliaire ou lenticulaire, ou devenue exubérante, et formant une saillie prenant la forme d'un tubercule, de sorte que la lésion, comme dit Willan, sera papulo-tuberculeuse. C'est simplement une néoplasie plus abondante. Dans cette période, les accidents sont résolutifs, tandis qu'à une époque plus avancée, on verra la marche répressive suivie d'ulcération.

L'anatomie pathologique de cette papule est presque identique à celle du chancre induré ; ces plaques syphilitiques de la peau sont identiques aux plaques muqueuses. Il y a une néoplasie qui a déterminé l'induration, comme dans le chancre. Au milieu, il tend à se faire et une exfoliation et une petite suppuration. On voit des croûtes au centre de la plaque, le fond étant rougeâtre, rose cuivré, et les bords formant saillie; les tissus sous-jacents sont infiltrés. On pourrait facilement en faire des plaques muqueuses si on les recouvrait de cataplasmes et si on les exposait à l'humidité. Ces plaques ont en effet la même structure ; seulement la desquamation, au lieu d'être sèche, est remplacée par des croûtes et de la suppuration. On voit le même phénomène dans les syphilides papuleuses des sujets atteints de séborrhée, sur le cuir chevelu, dans le soi-disant pityriasis syphilitique.

Nous trouvons encore dans ces papules les mêmes caractères que nous verrons plus tard dans la gomme, le dépôt en nodules, d'une part (gomme simple), et, d'autre part, la syphilide diffuse ou en plaques (gomme diffuse ou gomme en nappe).

Dans son plus simple degré, cette papule bombe au-dessus de la surface de la peau, elle est à peine le siège d'une desquamation. A un degré de plus, il y a constamment exfoliation, et cette exfoliation ressemble à celle du psoriasis ; mais les squasmes du psoriasis s'enlèvent plus facilement. Celles de la papule syphilitique sont minces, et à peu près aussi minces au centre que sur les bords ; les squasmes du psoriasis sont plus épaisses au centre que sur les bords. Cette desquamation toutefois est encore une altération superficielle.

A un degré plus avancé, on observe diverses modifications, qui dépendent surtout de la constitution des malades. Ce qui, en effet, rend difficile l'étude des syphilides, c'est leur modalité, si variable suivant le terrain. Si les individus ont de la tendance à la suppuration, on verra l'acné, l'impétigo, l'ecthyma, prendre une marche compliquée. Chez les individus vigoureux, bien développés, la période secondaire va durer des mois, des années même ; chez d'autres, les accidents ulcéreux apparaîtront dès le sixième mois, et arriveront les gommes, les gommes cérébrales. Il en est de la syphilis comme du cancer ; le cancer encéphaloïde évolue si rapidement chez l'enfant, tandis que le squirrhe peut durer dix à quinze ans chez la femme. Chez les sujets affaiblis par des excès quelconques, chez les vieillards, on verra souvent des syphilides malignes précoces.

Ces dispositions individuelles vont donc modifier considérablement la papule. Au cuir chevelu, la papule est recouverte d'une croûte formée par la séborrhée que fournissent les glaires pileuses, et par des globules de pus et des cellules épithéliales. Chez un sujet moins disposé à la suppuration, la papule reste surmontée d'une croûte sèche. L'érosion se fait à la surface de la papule, comme une petite excoriation ; il y a régression et passage à la suppuration de la superficie de la couche papillaire. Il ne restera pas de cicatrice, à moins que le malade n'ait écorché et gratté ; la lésion est tout à fait résolutive. Dans certains cas, on peut observer un soulèvement de l'épiderme par un peu de liquide séro-purulent, par exemple dans les croûtes du cuir chevelu qu'on appelle impétigo syphilitique. On pourra voir d'autres papules avec des croûtes sur les bords ; mais

ce n'est plus une pustule ni une vésicule véritable.

Si l'on fait la section d'une papule pour en faire l'anatomie pathologique, on trouvera la couche cornée augmentée de volume, ainsi que le réseau de Malpighi et la couche granuleuse; les papilles sont allongées, les vaisseaux dilatés; puis, autour de ces vaisseaux, on voit une prolifération des cellules embryonnaires, des globules blancs et de plus grosses cellules qui envahissent le derme. On les voit dans la couche profonde du derme et, dans certains cas, autour des glomérules graisseux, et surtout autour des vaisseaux, dont la paroi est épaissie. Les globules sanguins se sont échappés par diapédèse, et leur présence explique la coloration et la production d'une plus grande quantité de pigment. La rénovation de l'épiderme devient plus active; le pigment est repoussé vers la surface et disparaît avec l'exfoliation épidermique; sur les bords l'exfoliation est plus active, aussi l'on y trouve une pigmentation plus intense. Autour des follicules pileux, l'atmosphère vasculaire est plus riche, et par suite la néoplasie syphilitique s'y développe facilement; il se fait une petite pustule, qui est presque sèche, ce qui distingue l'acné syphilitique des autres formés d'acné. Quand la desquamation a eu lieu, on trouve tout autour la collerette. Les papules peuvent se disposer en corymbe, et simuler des pustules, des vésicules, de l'eczéma même. D'autres simulent la varicelle. En un mot, un des caractères des syphilides secondaires est d'être polymorphes, tandis que les syphilides tertiaires de la peau ne produisent qu'un seul accident.

Y a-t-il des syphilides bulleuses? y a-t-il un pemphigus syphilitique? Je puis répondre : non; du moins il est très-rare chez l'adulte, je n'en ai vu qu'un seul cas. Chez le nouveau-né atteint de syphilis intra-utérine, les accidents syphilitiques du pemphigus apparaissent promptement. On voit dans la paume de la main des bulles soulevées, remplies d'un liquide séro-purulent, parfois purulent; la bulle est jaune et repose sur un fond induré. Si l'on fait une coupe, on trouve à la base des altérations anatomiques caractéristiques, des cellules embryonnaires typiques, cellules assez grosses, ternes, qui se distinguent très-bien de celles du lupus. Sur les bras et les jambes, on a de grandes plaques avec soulèvement de l'épiderme, formant des bulles très-développées chez l'enfant. Ces bulles ne sont autre chose que des soulèvements de l'épiderme sur les papules, soulèvements facilités par l'imbibition, et l'infiltration des tissus, chez le jeune enfant. C'est dans les parties dépourvues de glandes sébacées que l'on trouve ces bulles de pemphigus. Quand on rencontre ces lésions, on peut diagnostiquer des accidents syphilitiques, mais ce n'est pas le pemphigus véritable. C'est l'opinion de MM. Parrot et Cornil, professée d'ailleurs par moi depuis longtemps.

Les syphilides végétantes sont une modalité nouvelle; ce sont encore des papules végétantes, et plus ou moins confluentes ou disposées en nappe.

---

## DES TROUBLES TROPHIQUES DES TÉGUMENTS

### DANS LES PARALYSIES DE L'ENFANCE

Par M. le docteur Croneau (de Pauillac.)

Maurice P..., aujourd'hui âgé de trois ans, fut frappé, en juin 1877, à la suite d'une fièvre qui dura vingt-quatre heures, d'une paralysie essentielle qui, occupant d'abord tout le membre inférieur droit, se localisa, au bout de quelques jours, aux muscles immersés par le poplite externe. L'atrophie fit de rapides progrès. Les moyens employés en pareil cas furent tous mis à contribution par le médecin très-éclairé qui soignait alors cet enfant. Appelé en janvier 1878, j'instituai le traitement par l'électricité (courants intermittents). Mais le pied bot paralytique qui existait déjà, malgré l'emploi d'un appareil orthopédique assez mal fait, il est vrai, gênait considérablement l'action de ce moyen. En novembre, le pied bot augmentant toujours, je pratique la section du tendon d'Achille, et un nouvel appareil remplace l'ancien, qui ne remplissait pas les conditions voulues. Les courants continus sont substitués aux courants intermittents.

Le pied et la jambe malades sont habituellement froids; on est obligé de les envelopper d'ouate. Le 16 janvier, la température s'étant considérablement abaissée, les trois derniers orteils du pied malade deviennent rouges, douloureux, tuméfiés, la moitié externe du pied présente ensuite les mêmes phénomènes, ainsi que la partie antéro-externe du bas de la jambe : c'est une véritable engelure se produisant sur les tissus de moindre résistance vitale. Rien, en effet, de semblable ne se montre sur le pied sain; et il est à remarquer que, même sur le membre malade, l'engelure n'atteint que les tissus innervés par les branches du sciatique poplité externe. Le lendemain on voit sur le quatrième orteil une tache violacée, arrondie, de 1 centimètre de diamètre; sur le dos du pied, au milieu de tissus dont la coloration se rapproche du violet, on aperçoit une tache noirâtre, arrondie et mesurant également 1 centimètre de diamètre; à côté se trouve une toute petite vésicule. Je crus évidemment que ces taches allaient se sphacéler, que des ulcérations se formeraient à leur place. Je conseillai des bains de son, des cataplasmes de fleurs de sureau. Malgré ces soins, l'état était à peu près le même trois ou quatre jours après, lorsque, la température s'étant assez vite relevée, l'engelure disparut presque aussitôt. Je n'hésitai pas à attribuer cette disparition à la modification atmosphérique. Quelques jours après, le 26, nouvel abaissement de la température, retour de l'engelure et des deux plaques qui deviennent absolument noires et insensibles : aucune phlyctène cette fois, et toujours rien sur le membre sain. Bains de son; cataplasmes arrosés d'eau blanche. Quatre jours après, le froid devenant moins vif, l'engelure, qui n'avait nullement diminué, disparaît du jour au lendemain. Environ quinze jours après, la même scène se reproduit dans les mêmes conditions. Jamais heureusement il n'y a eu d'ulcérations, probablement à cause du peu de durée de la réfrigération. Je dois dire que l'électricité a été suspendue pendant les trois périodes de froid, pour ne pas augmenter les douleurs, et, bien que l'on ait dit que l'électricité favorisait la guérison de ces troubles trophiques, mon malade n'en a pas moins guéri, mais sous l'influence d'une température meilleure : je ne crois pas que l'électricité (courants intermittents ou continus) eût pu l'emporter sur le refroidissement de l'atmosphère.

Ainsi voilà un membre atteint de paralysie essentielle de l'enfance, qui, à trois reprises différentes, est atteint de lésions trophiques caractérisées surtout par des plaques d'apparence gangreneuse se développant sur des tissus gonflés et rougis par le froid. Ces symptômes durent avec une exactitude thermométrique tant que dure le froid, ne se développent pas sur le membre sain, et même ne frappent qu'une partie du membre malade, celle qui est atteinte d'atrophie. Il est à remarquer que les points sur lesquels siègent ces altérations n'appuyaient pas sur le sol : on ne peut même pas ici invoquer l'action de la chaussure, le pied restant hors de l'appareil dès que commence le gonflement.

Ces faits prouvent évidemment deux choses : 1° que les lésions médullaires, si tant est qu'elles existent, agissent à titre de cause prédisposante en diminuant la résistance vitale des tissus; 2° que la cause efficiente n'est autre que le froid. Les troubles trophiques ne seraient autre chose que

des engelures, justiciables comme elle des mêmes moyens thérapeutiques et aussi des mêmes caprices atmosphériques.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 octobre 1879. — Présidence de M. HERVIEUX.

### COMMUNICATIONS

**Érythème papuleux généralisé des jambes et de la conjonctive.** — M. GOUGUENHEIM a observé une femme atteinte de cette affection. Elle avait eu, trois semaines auparavant, des douleurs vives de la jambe et du coude droit, avec fièvre et œdème du cou-de-pied droit. Le 22 avril apparut une éruption papuleuse disséminée sur la face dorsale des mains, du bras et du tronc. Cette éruption disparaissait le 1er mai, puis, deux jours après, des plaques d'érythème noueux apparaissaient aux jambes. Le 10 mai, les yeux devenaient rouges et larmoyants. Le lendemain la conjonctive était le siège de papules avec œdème périkératique. Le 25 mai, il y avait encore des douleurs dans les jambes, mais il n'y avait plus d'éruption.

M. Gouguenheim rappelle que Bazin attribuait ces éruptions à la diathèse rhumatismale, tandis que d'autres médecins, MM. Hardy, Besnier, Hébra, émettent quelques doutes sur la parenté de ces érythèmes avec le rhumatisme. Dans le cas actuel, la diathèse rhumatismale semble bien exister.

**Cancer des lymphatiques pulmonaires.** — M. DEBOVE a étudié les lésions lymphatiques du poumon dans certains cas de cancer. Ses nouvelles recherches semblent confirmer l'opinion qu'il a déjà émise, contrairement à celle de MM. Raynaud et Cornil, à savoir que ces lésions ne sont pas de nature purement inflammatoire, mais de nature spécifique. Il s'agit, cette fois, d'une femme de quarante-huit ans, entrée à l'Hôtel-Dieu pour un cancer de l'estomac. Cette femme, qui toussait depuis longtemps, ressentait depuis trois mois dans le côté gauche de la poitrine une douleur qui s'accentuait de plus en plus. Puis survinrent une dyspnée très-intense et un ictère très-prononcé. L'émaciation était extrême. A l'épigastre, on sentait une masse empâtée, irrégulière. Il y avait des ganglions gros comme des noisettes dans le creux sus-claviculaire, à droite et à gauche. A l'auscultation, de nombreux râles ronflants, sans souffle ni retentissement exagéré de la voix. Cette femme mourut trois jours après son entrée.

A l'autopsie, on trouva au pylore une masse grosse comme un œuf, ayant contracté des adhérences avec les organes voisins. Les deux faces du diaphragme présentaient des dépôts cancéreux sous forme de traînées blanchâtres. Sous la plèvre pulmonaire on voyait également un réseau blanchâtre rappelant par sa disposition le réseau des lymphatiques sous-pleuraux ; dans les poumons existaient deux ou trois noyaux cancéreux. Enfin, sur les surfaces de section se voyaient les petits nodules dus à la section des lymphatiques pulmonaires envahis par le cancer.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un carcinome. On put se rendre compte que la lésion avait envahi tout le système lymphatique du poumon. M. Debove conclut de ce fait que, dans certains cas de cancer viscéral, il peut se développer un véritable carcinome envahissant tout le réseau lymphatique, sans intéresser beaucoup le parenchyme ambiant.

**Pemphigus des nouveau-nés.** — M. HERVIEUX communique les observations de deux nouveau-nés jumeaux, atteints dès leur naissance d'un pemphigus généralisé à toute la surface du corps. Dans le pemphigus ordinaire des nouveau-nés tel que l'a décrit M. Besnier, l'éruption se localise habituellement à la paume des mains et à la plante des pieds. Le pemphigus généralisé est donc, selon M. Hervieux, une forme très-rare. Chez ces deux enfants il le croit d'origine syphilitique. L'un d'eux présentait sur divers points du corps des vésicules miliaires remplies de pus.

M. DUMONT-PALLIER pense que la maladie dont vient de parler M. Hervieux diffère du pemphigus syphilitique, qui ne se développe généralement que huit ou quinze jours après la naissance.

M. FÉRÉOL fait remarquer qu'il est bien difficile de distinguer cliniquement le pemphigus simple du pemphigus syphilitique des nouveau-nés.

M. QUINQUAUD regarde la présence du pus apparaissant dans les vésicules au bout de quarante-huit à soixante heures, comme un signe de syphilis. Il attribue également une certaine importance à la présence de nucléine, qui est très-abondante dans le pemphigus syphilitique et qui fait défaut dans le pemphigus simple.

M. BESNIER fait observer que la détermination des maladies désignées sous le nom de pemphigus est toujours assez difficile. Les vésicules du pemphigus sont toujours, au début, remplies d'une sérosité limpide ; lors donc qu'il s'agit d'une affection récente et que l'on trouve des bulles remplies de pus, on peut admettre qu'il s'agit d'une maladie syphilitique, et non d'un pemphigus.

Quant aux malades de M. Hervieux, peut-être s'agit-il d'un pemphigus cachectique. Il serait à désirer que M. Hervieux voulût bien compléter ces deux observations.

M. RATHERY a observé un enfant né d'une mère syphilitique et présentant aux mains et aux pieds des bulles qui devinrent rapidement purulentes. Cependant pendant trois semaines cet enfant ne présenta aucune autre manifestation syphilitique.

---

Séance du 24 octobre 1879. — Présidence de M. HERVIEUX.

### COMMUNICATIONS

**Rapport trimestriel sur les maladies régnantes.** — M. BESNIER donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes. Dans le troisième trimestre de l'année 1879, la mortalité générale a notablement dépassé celle de la période correspondante des sept années précédentes.

Nous reviendrons ultérieurement sur quelques points de ce rapport.

**Scrofule vaccinale.** — M. CONSTANTIN PAUL présente un enfant de six ans et demi, qui a été vacciné au mois de juillet dernier, en même temps que son petit frère âgé de six mois. Pendant trois semaines l'évolution de la vaccine a été identique chez ces deux enfants. Chez le plus âgé, le vaccin a laissé des plaies qui ne sont pas encore cicatrisées. S'agit-il de syphilis? M. Constantin Paul croit pouvoir répondre négativement, cet enfant n'ayant présenté aucune trace de chancre ni d'accidents secondaires, et l'évolution, au lieu d'être de vingt-quatre à trente jours, ayant été de cinq jours, comme pour la vaccine normale. La seule hypothèse acceptable, selon M. Paul, est qu'il s'agit de pustules d'ecthyma développées chez un enfant lymphatique. Cet enfant, en effet, présente les caractères du lymphatisme : grosse tête, petite taille pour son âge, etc.

**Kyste hydatique du foie.** — M. GÉRIN-ROZE présente un jeune homme de dix-neuf ans qui a été opéré, il y a deux mois, d'un kyste hydatique du foie par une large incision. Ce malade a été successivement dans plusieurs services, en particulier dans celui de M. Péan, qui en a fait l'objet d'une leçon clinique ; ce chirurgien en a fait prendre le moule, que l'on peut voir dans son musée de l'hôpital Saint-Louis. Après avoir été ponctionné deux fois, ce kyste s'est ouvert spontanément dans les bronches, et, au moment où M. Péan allait pratiquer une troisième ponction, le malade eut une vomique à la suite de laquelle il parut guéri. Malgré plusieurs vomiques consécutives et deux nouvelles ponctions, la maladie se reproduisit encore, et M. Gérin-Roze, pensant que ces ponctions avaient dû déterminer des adhérences suffisantes, se décida à ouvrir largement le kyste, et en fit sortir un grand nombre d'hydatides et de fausses membranes, qu'il met sous les yeux de la Société. La première ponction avait donné issue à 30 grammes d'un liquide clair

comme de l'eau de roche. Les ponctions suivantes avaient donné du pus.

**Appareil pour injections sous-cutanées.** — M. DAMASCHINO présente, au nom de M. Gabriel Bay, étudiant en médecine, un nouvel *appareil à injections hypodermiques*, construit sur ses indications par M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie.

Ce petit appareil se compose d'un flacon pouvant contenir une vingtaine d'injections, et dans lequel plonge un corps de pompe aspirante et foulante, muni de deux soupapes qui déterminent la direction du liquide.

La soupape inférieure permet l'accès du liquide dans la pompe, et la supérieure, s'ouvrant dans un tube de dégagement, s'oppose au retour de l'injection dans le corps de pompe. Le tube de dégagement est terminé par une aiguille creuse semblable à celle des seringues de Pravaz.

Une graduation ménagée sur la tige du piston permet d'injecter une quantité déterminée de solution médicamenteuse, soit 10 centigrammes par division. Les différentes parties de cet appareil sont en verre et en caoutchouc, ce qui permet de les entretenir toujours en parfait état de propreté.

Cet appareil, toujours chargé, permet de faire un grand nombre d'injections successives, tout en maintenant le liquide à l'abri du contact de l'air et des poussières atmosphériques.

M. Damaschino fait remarquer combien les seringues actuellement en usage sont d'un entretien difficile dans les services où ce mode de traitement est fréquemment employé. On a, en outre, beaucoup de peine à obtenir des solutions de morphine qui se conservent pures et ne laissent pas déposer de cristaux ou ne soient pas envahies par des algues. Les diverses eaux distillées successivement conseillées et l'addition d'une certaine quantité de glycérine sont en grand partie insuffisantes. On est donc obligé d'avoir recours à des filtrations fréquentes, et il n'est pas toujours facile d'obtenir ces précautions nécessaires des élèves chargés de ce service.

Il est pourtant indispensable d'employer des solutions parfaitement limpides, pour éviter la formation de phlegmons et d'abcès. On peut, en effet, considérer comme une loi sans exception aucune, l'innocuité locale absolue des injections, à la seule condition que la limpidité du liquide soit parfaite. Inversement les abcès ne se développent que lorsqu'on a négligé cette précaution, pourtant bien simple. Or M. Damaschino espère que ces inconvénients seront évités par l'appareil de M. Bay, qui, entre autres avantages, ne puise pas le liquide au fond même du flacon, mais à 1/2 centimètre de ce fond : c'est une bonne condition pour éviter l'introduction des poussières qui auraient pu pénétrer dans l'appareil.

**Maladie d'Addison.** — M. BUCQUOY présente un malade atteint d'une maladie d'Addison des plus accusées. C'est un jeune homme de dix-neuf ans, apprenti relieur, qui entra au mois de juillet à l'hôpital Cochin. Ce jeune homme, qui passe actuellement à l'état de nègre, est né de père et mère blancs, a des frères et des sœurs ne présentant aucune pigmentation; comme maladies antérieures, il n'accuse qu'une arthrite de l'épaule, qui lui est survenue à la suite d'une chute et qui a laissé une ankylose presque complète. Il a pris graduellement une teinte bistre générale, mais beaucoup plus accusée en certains points, à la face et à la verge, par exemple. Les muqueuses participent à cette pigmentation, dont le début remonte à dix ans. L'examen de la poitrine n'a donné que des signes très-douteux qui ne permettent pas d'admettre l'existence de lésions tuberculeuses. Cependant ce malade se cachectise; il présente une diarrhée habituelle, un amaigrissement notable, des vomissements. En outre, il accuse une douleur fixe au niveau de la capsule surrénale du côté droit; c'est de ce côté, suivant M. Bucquoy, qu'il faut chercher une lésion tuberculeuse.

**Des hémianesthésies accompagnées d'hémiplégie motrice, d'hémichorée, de contracture, guéries par l'application de substances æsthésiogènes.** — M. DEBOVE fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

---

## PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

*Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1879.*

Par M. le docteur PASSANT.

| Arrondissements. | Hommes. | Femmes. | Enfants au-dessous de 3 ans. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| 1er | 12 | 17 | 3 | 32 |
| 2e | 9 | 21 | 4 | 34 |
| 3e | 26 | 28 | 7 | 61 |
| 4e | 24 | 33 | 10 | 67 |
| 5e | 44 | 30 | 16 | 90 |
| 6e | 15 | 20 | 9 | 44 |
| 7e | 14 | 14 | 7 | 35 |
| 8e | 10 | 17 | 5 | 32 |
| 9e | 18 | 17 | 4 | 39 |
| 10e | 26 | 19 | 3 | 48 |
| 11e | 37 | 52 | 25 | 114 |
| 12e | 25 | 15 | 12 | 52 |
| 13e | 16 | 26 | 22 | 64 |
| 14e | 28 | 43 | 14 | 85 |
| 15e | 24 | 42 | 13 | 79 |
| 16e | 5 | 9 | 2 | 16 |
| 17e | 40 | 54 | 14 | 108 |
| 18e | 29 | 48 | 15 | 92 |
| 19e | 18 | 29 | 11 | 58 |
| 20e | 48 | 57 | 18 | 123 |
| | 468 | 591 | 214 | 1273 |

La moyenne des visites par nuit est de quatorze; elle était de onze pour le trimestre correspondant de l'an dernier.

MALADIES OBSERVÉES.

| | |
|---|---|
| A. — Angines et laryngites | 72 |
| Croup | 38 |
| Coqueluche | 1 |
| Ophthalmie | 2 |
| Otite | 1 |
| Corps étranger de l'œsophge. | 2 |
| B. — Asthme | 36 |
| Affections du cœur | 27 |
| Bronchites aiguës et chroniques | 51 |
| Pleuro-pneumonies | 39 |
| Congestion pulmonaire | 11 |
| C. — Affections et troubles gastro-intestinaux | 126 |
| Cholérine | 40 |
| Dysenterie | 2 |
| Athrepsie | 5 |
| Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines | 65 |
| Hernie étranglée | 13 |
| Rétention d'urine | 9 |
| D. — Métrite. Métro-péritonite | 29 |
| Métrorrhagie | 18 |
| Fausse couche | 38 |
| Accouchement. Délivrance. | 81 |
| E. — Affections cérébrales. Paralysie | 67 |
| Tétanos | 1 |
| Convulsions. Éclampsie | 69 |
| Névralgies | 67 |
| Névroses | 54 |
| Épilepsie | 24 |
| Aliénation mentale | 6 |
| Alcoolisme. Delirium tremens | 18 |
| F. — Rhumatisme | 11 |
| Affections éruptives | 24 |
| Fièvre intermittente | 2 |
| Fièvre typhoïde | 19 |
| Hémorrhagies de causes internes et externes | 58 |
| G. — Plaies et contusions | 65 |
| Fractures. Luxations. Entorses | 23 |
| Brûlures | 7 |
| Empoisonnements | 15 |
| Asphyxie par le charbon | 3 |
| Suicide | 1 |
| H. — Mort à l'arrivée et pendant la visite du médecin | 33 |
| Total | 1273 |

| | |
|---|---|
| Visites du troisième trimestre de 1878 | 1,022 |
| Visites du troisième trimestre de 1879 | 1,273 |
| Différence en plus | 251 |

Les hommes entrent dans la proportion de 37 p. 100;
Les femmes — — 46 —
Les enfants — — 17 —

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Une statue en marbre, due au ciseau de M. Kràuk, vient d'être élevée, par une souscription publique, dans la cour d'honneur de l'école d'Alfort, à Claude Bourgelat, fondateur des écoles vétérinaires.

Le jour de son inauguration est fixé au jeudi 30 octobre à une heure précise.

— *Concours de l'externat.* — Question donnée le 25 octobre : *Muscles de la région antérieure de l'avant-bras.*

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Stapfer est autorisé à faire à l'École pratique un cours libre d'obstétrique pendant le premier semestre de l'année scolaire 1879-1880.

M. le docteur Cadier est autorisé à faire, à l'École pratique, un cours libre sur les maladies du larynx, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1879-1880.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Lagardelle, docteur en médecine, est chargé du cours complémentaire de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Auzouy, décédé.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le professeur Moitessier est nommé doyen de ladite Faculté, pour une période de cinq ans, en remplacement de M. Bouisson, qui est relevé de ses fonctions, sur sa demande, et nommé doyen honoraire.

M. Blaise (Henri-Joseph), né à Vesoul (Haute-Saône) le 26 mars 1854, est chargé, pendant l'année scolaire 1879-1880, des fonctions de chef de clinique des maladies des vieillards.

M. Zolotovitz (Lubomir), né à Constantinople le 23 janvier 1857, est chargé, pendant l'année scolaire 1879-1880, des fonctions de chef de clinique des maladies des enfants.

M. Guibal (Charles-Henri-Marie), né à Florensac (Hérault) le 17 mai 1853, docteur en médecine, est chargé, pendant l'année scolaire 1879-1880, des fonctions de chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

M. Joullié (Marie-André), né à Montpellier le 12 mars 1854, est nommé prosecteur pour une période de trois années, à dater du 1er novembre 1879, en remplacement de M. Lannegrâce.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Rohmer (Joseph), né le 2 avril 1856 à Lorentzen (Bas-Rhin), est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Gross, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Bert, professeur de physiologie, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1879-1880, par M. Dastre, docteur ès sciences.

— *École de médecine d'Arras.* — M. Baudoin, docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques pour une période de dix années.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Tixier, professeur d'histoire naturelle, est transféré sur sa demande, dans la chaire d'anatomie à ladite École, en remplacement de M. Boudant, décédé.

M. Lamotte, professeur de pharmacie et matière médicale, est transféré, sur sa demande, dans la chaire d'histoire naturelle à ladite École, en remplacement de M. Tixier, appelé à d'autres fonctions.

M. Rocher, suppléant pour les chaires de chimie et de sciences accessoires, est chargé du cours de pharmacie et matière médicale à ladite École, en remplacement de M. Lamotte, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Reims.* — M. Valser (Alfred), né le 18 février 1837 à Châlons-sur-Marne, pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de chimie et de pharmacie, pour une période de neuf années.

— *Comité consultatif de l'enseignement public.* — M. Parrot, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, pour cinq ans, membre du Comité consultatif de l'enseignement public (section de l'enseignement supérieur), en remplacement de M. Gavarret, nommé, comme inspecteur général, membre dudit Comité.

M. Parrot siégera à la commission spéciale de scolarité et de discipline et à la commission spéciale de médecine et de pharmacie.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — Le docteur Jules Simon commencera ses conférences sur les maladies des enfants et la thérapeutique infantile, le mercredi 12 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — Consultation clinique tous les samedis.

---

**Anatomie descriptive et dissection**, comprenant la structure microscopique des organes et celle des tissus, avec un précis d'embryologie, des renseignements variés et précis sur la préparation des pièces fraîches et sèches, des tableaux synoptiques des muscles, des vaisseaux et des nerfs, par M. le docteur Fort. 3 vol. in-12, 3e édition contenant 1,267 figures, dont un grand nombre de *schémas* intercalées dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Manuel de physiologie**, par le docteur Fort. 1 vol. in-18 avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Étude sur la contagiosité de la phthisie pulmonaire**, par le docteur de Musgrave Clay. In-8°. — Prix : 2 fr. 50 — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8810.

N° 126. — JEUDI 30 OCTOBRE 1879. 52e ANNEE. JEUDI 30 OCTOBRE 1879. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas samedi.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Verneuil a ouvert hier la discussion au sujet des deux communications faites dans les deux précédentes séances par MM. Tillaux et Duplay sur l'hystérectomie. M. Verneuil n'a trouvé que des approbations et des éloges à donner à ses deux collègues pour les succès remarquables qu'ils ont obtenus et l'habileté dont ils ont fait preuve. Aussi n'est-ce pas sur les faits qu'ils ont exposés devant l'Académie, mais à l'occasion de ces faits et sur l'opinion que l'on doit se faire d'une manière générale de cette opération, qu'a porté son argumentation.

Moins absolu et moins exclusif que ne l'avait été, il y a quelques années, celui de ses collègues qui avait formellement condamné l'hystérotomie (disons hystérectomie, puisque tout le monde est d'accord aujourd'hui sur cette dénomination), M. Verneuil ne condamne pas cette opération. L'hystérectomie, comme l'ovariotomie, a-t-il dit, sont aujourd'hui des opérations acquises et qui resteront. Mais ce contre quoi il s'est élevé avec une sorte d'indignation émue, c'est l'abus que l'on aurait fait de cette opération, suivant lui, dans ces dernières années, c'est ce qu'il a appelé ce vertige, cette folie opératoire, qui ont entraîné depuis quelque temps quelques chirurgiens à entreprendre des opérations audacieuses... Ce sont là des paroles graves, prononcées du haut de la tribune et sorties de la bouche d'un maître tel que M. Verneuil. De semblables paroles avaient été prononcées aussi au sein de l'Académie de médecine, il y a quelque vingtaine d'années, au sujet de l'ovariotomie, et l'on sait ce que l'Académie et ce que M. Verneuil lui-même pensent aujourd'hui de cette opération. Nous ne méconnaissons pas, sans doute, la distinction qu'il y a à faire, à cet égard, entre l'ovariotomie et l'hystérectomie, la première s'appliquant à une lésion à peu près nécessairement mortelle à plus ou moins longue échéance et contre laquelle les moyens médicaux sont absolument impuissants; la seconde applicable à une affection qui n'est pas toujours mortelle, qui ne l'est même pas le plus souvent, qui peut s'arrêter d'elle-même dans son évolution sous l'influence de conditions physiologiques spéciales, et qui est accessible, enfin, dans de certaines limites, à l'action de la thérapeutique.

Mais cette distinction, ainsi que les contre-indications de l'hystérectomie, que M. Verneuil a formulées avec tant de raison, comme l'avait déjà fait M. Tillaux avant lui, qui lui dit que les chirurgiens qui ont pratiqué l'hystérectomie avant MM. Tillaux et Duplay n'en aient point tenu compte et qu'ils n'aient point débattu, avant de se décider à l'opération, les chances de succès ou d'insuccès que pouvaient présenter les autres méthodes curatives ou l'expectation elle-même? C'est ce dont il eût été peut-être convenable de s'assurer avant de lancer une sorte d'appel d'abus.

Quant au reproche plus grave encore de vertige et de folie opératoire, nous n'oserions pas répondre que de par le monde il ne se soit trouvé et il ne se trouve peut-être encore quelques chirurgiens pour l'endosser; mais nous chercherions vainement en France à qui il peut s'adresser.

Il restera, d'ailleurs, de cette brillante argumentation, qui a valu à M. Verneuil les applaudissements de l'assemblée, un encouragement, que nous appuyons de toutes nos forces, à poursuivre des tentatives de thérapeutique qui paraissent de nature à donner des espérances, et dont quelques-unes ont donné même déjà des succès. Dr Brochin.

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Le Dentu.

### Indications thérapeutiques des rétrécissements du rectum.

Le traitement des rétrécissements du rectum comporte des différences dans les indications thérapeutiques, aussi bien que le traitement des rétrécissements de l'urèthre. Ici encore, il y a les méthodes de douceur et les méthodes violentes.

1° Les méthodes de douceur comprennent plusieurs catégories, l'emploi des émollients, des antiphlogistiques et des divers modificateurs agissant par leur simple contact.

Les antiphlogistiques sont rarement indiqués; ils ne le sont que dans les cas où l'inflammation existe aussi dans la

partie supérieure du tube intestinal, dans le péritoine, ou au pourtour de l'anus. On peut y avoir recours lorsqu'il s'agit d'un individu vigoureux, qui n'est pas encore épuisé par les troubles consécutifs à son rétrécissement; on peut songer alors aux émissions sanguines, mais il est rare qu'on soit en droit d'employer cette méthode.

On trouvera bien plus généralement l'indication des émollients; les cataplasmes sur l'abdomen rendent service, parce qu'il y a toujours une lésion au-dessus du rétrécissement, congestion et ulcération. Bains généraux, cataplasmes sur l'abdomen ne doivent pas être négligés, malgré leur banalité apparente.

Les applications directes sont aussi possibles pour les cas de rétrécissement du rectum. On ne peut guère les utiliser pour les rétrécissements de l'urèthre, mais ici on peut atteindre facilement l'anus et le rectum : on peut même franchir le rétrécissement et porter au-dessus les liquides modificateurs.

Les révulsifs peuvent aussi être très-utiles; de même que dans certains rétrécissements de l'urèthre les phénomènes inflammatoires sont seuls en cause, ici l'inflammation est souvent aussi tout ou presque tout. Dans la première période, dans la période inflammatoire, les révulsifs peuvent être utilisés. Vous en avez vu un bon résultat chez cette femme dont l'état grave menaçait de produire un étranglement interne; nous avons appliqué plusieurs vésicatoires dans la région de la fosse iliaque interne, et la guérison fut prompte. J'ai vu de même un jeune homme venant des Antilles, où il avait eu la dysentérie : il porta une tumeur dans la région iliaque gauche, pendant quatre ou cinq ans : il se forma un rétrécissement du gros intestin, avec un noyau d'inflammation périphérique. J'appliquai un certain nombre de vésicatoires et je prescrivis le régime lacté. La guérison fut aussi obtenue.

Je vous recommande donc ce traitement révulsif toutes les fois que vous aurez affaire à un rétrécissement accompagné de phénomènes inflammatoires un peu intenses.

On ajoute à ces procédés l'introduction quotidienne des mèches, vieux moyen qui n'est pas à dédaigner, et qui n'agit pas seulement par la dilatation, mais aussi en déterminant une sorte de dégorgement, de la même façon qu'une petite bougie dans le canal de l'urèthre, après quatre ou cinq jours, permet d'introduire une bougie trois ou quatre fois plus grosse. Dupuytren avait déjà indiqué ce mode d'action. Du côté du rectum on obtient le même résultat. Les mèches ne doivent pas remplir complètement le rétrécissement; je n'appelle pas cela de la véritable dilatation, pour moi, la mèche est un irritant, un modificateur, et non un dilatateur.

Il y a des moyens de dilatation véritables : des canules peuvent être introduites, dans ce but, tous les deux ou trois jours. Elles facilitent en même temps l'évacuation des matières. On a alors pour but d'écarter peu à peu les bords du rétrécissement, et d'amener la dilatation en forçant un peu tous les jours le calibre de ces canules.

Notons que l'usage des caustiques est actuellement rejeté complètement.

2° Nous arrivons maintenant aux procédés opératoires proprement dits. On a proposé l'excision d'une partie des lèvres du rétrécissement. M. Richet a fait construire dans ce but une sorte d'emporte-pièce. Mais, dans les rétrécissements très-fibreux, les tissus sont très-durs, et je doute de l'efficacité de ce moyen.

D'autres ont proposé la section de la lèvre postérieure du rétrécissement, parfois même de la lèvre antérieure.

Pour faire la rectotomie, on a imaginé différents instruments. Amussat avait jadis son scarificateur. M. Tillaux a fait construire un instrument comprenant deux lames que l'on peut faire saillir dès qu'elles ont franchi le rétrécissement; elles coupent le rétrécissement en descendant. On peut introduire cet instrument une deuxième fois, et sectionner de nouveau, pour avoir une incision cruciale.

Les autres moyens sont plus simples. On fait maintenant la rectotomie à ciel ouvert, ou rectotomie externe. M. Panas l'a beaucoup pratiquée. Avec un bistouri, on dissèque du côté de l'anus jusque près du coccyx; on sectionne dans la profondeur jusque sur le rétrécissement. On prolonge l'incision à 1 ou 2 centimètres au-dessus du rétrécissement. On a reproché à ce procédé de produire des hémorrhagies, puis d'exposer une plaie fraîche au contact des matières putrides, du pus de la partie supérieure du rétrécissement, etc.; on craignait la fièvre, la résorption putride. Mais on a exagéré ces accidents; Nélaton et M. Panas ont obtenu un bon nombre de guérisons.

C'est alors que M. Verneuil a proposé la rectotomie linéaire. Avec un trocart courbe on pénètre à 2 ou 3 centimètres en arrière de l'anus, et on fait sortir la pointe du trocart dans le rectum au-dessus du rétrécissement. On peut ordinairement ramener la pointe de l'instrument par l'anus en le faisant basculer. Par la canule du trocart on passe la chaîne de l'écraseur linéaire, et l'on sectionne tous les tissus compris entre le coccyx et le rectum. On fait une brèche considérable, détruisant la partie postérieure du rétrécissement. Ce procédé met à l'abri des hémorrhagies; les tissus ainsi mâchés par l'écraseur sont moins aptes à l'absorption putride.

On a objecté à ce procédé la difficulté de faire passer la pointe du trocart au-dessus du rétrécissement. Il suffit, en général, que le rétrécissement soit assez large pour laisser passer l'index de la main gauche, vers lequel on prend un point d'appui pour faire sortir la pointe du trocart. Sinon, l'on ponctionne à l'aveuglette : ainsi j'ai cru une fois avoir fait passer le trocart dans le rectum, il n'y avait point pénétré : j'ai achevé l'opération avec le thermocautère. C'est une combinaison du procédé linéaire avec le procédé à ciel ouvert. C'est, en effet, ce que l'on fait souvent : on se sert du thermocautère et de l'écraseur.

Il y a une importante précaution à prendre : il faut laisser un gorgeret en corne dans le rectum pour protéger la paroi antérieure du rectum.

Nous acceptons donc, parmi les méthodes opératoires, le procédé de la rectotomie linéaire, tout en remarquant que, dans certains cas, il faut recourir à la rectotomie à ciel ouvert; on préférera alors le thermocautère au bistouri.

Nous devons maintenant fixer les cas auxquels convient chacun de ces moyens de traitement. Au début, quand les troubles fonctionnels sont peu intenses, on se bornera à l'emploi des émollients et des révulsifs. Il y a des cas où les malades sont d'une sensibilité extrême aux explorations : il est des malades que l'on ne peut toucher sans les exposer à des accidents graves. J'ai vu ainsi, il y a quatre ou cinq ans, à Lariboisière, une jeune femme qui portait un rétrécissement très-serré et ancien; elle accusait des douleurs abdominales insignifiantes. Je crus pouvoir faire la dilatation avec le dilatateur métallique à deux branches de Nélaton; j'avais à peine écarté les deux branches que la

femme se plaignit immédiatement de douleurs atroces, et fut prise d'une péritonite suraiguë qui l'emporta en trente-six heures. A l'autopsie, nous trouvâmes une vieille péritonite chronique, très-ancienne, avec des abcès anciens contenant des débris caséeux et de nombreuses adhérences intestinales. Il aurait suffi d'un toucher rectal pour réveiller l'inflammation latente aussi bien que l'a fait la dilatation.

Il faut toujours se méfier d'un rétrécissement du rectum : j'ai vu, en 1864, une perforation de l'intestin produite par un chirurgien qui a cependant la main très-douce. La paroi était réduite à l'état d'une très-mince pellicule.

Le chirurgien devra donc toujours procéder avec la plus grande prudence : faire d'abord un simple toucher rectal, et, s'il ne produit aucune réaction, commencer seulement l'intervention. Vous avez vu, chez une malade de nos salles, que le passage d'une seule canule a déterminé des symptômes d'étranglement interne.

Les moyens doux, les émollients, les révulsifs, l'emploi des mèches, sont suffisamment efficaces dans un certain nombre de cas. S'ils ne suffisent pas, et lorsque le rétrécissement commence à devenir un peu fibreux, il faut avoir recours aux canules en caoutchouc, et même au dilatateur, mais agir en plusieurs séances.

Si l'on est obligé de pratiquer une opération pour un rétrécissement fibreux résistant au doigt et datant depuis longtemps, on pourra le faire quand il n'y aura pas menace de péritonite, et que les manœuvres d'exploration auront été bien supportées. Vous ferez alors, à mon avis, la rectotomie linéaire ou combinée avec le thermocautère.

Il est bien entendu que, dans les cas de rétrécissements syphilitiques non encore parvenus à la période fibreuse, vous administrerez le traitement spécifique.

---

## HOPITAL TENON (Ménilmontant). — M. Strauss.

### Retard de la sudation provoquée de la face, comme un nouveau signe pouvant servir au diagnostic différentiel des diverses formes de paralysie faciale.

Les modifications apportées à la sécrétion de la sueur par les altérations du système nerveux, central ou périphérique, n'ont été jusqu'à présent qu'un objet d'étude accessoire et fragmentaire. Les documents relatifs à ce sujet sont très-pauvres et se bornent, en général, à une simple constatation, sans analyse physiologique approfondie.

Cette lacune, selon M. Strauss, tient à différentes causes, et surtout à l'opinion dans laquelle on a vécu si longtemps et qui consistait à ne voir dans la fonction sudorale qu'un phénomène de filtration, sous la dépendance nécessaire et presque absolue de la circulation cutanée.

L'existence de nerfs sécréto-sudoraux avait été cependant admise *théoriquement* par plusieurs physiologistes, notamment par M. Vulpian dans ses *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*. Ce n'est cependant que récemment, à la suite des recherches de MM. Goltz, Luchsinger, Ostroumow, Vulpian, Adam Kiewicz, Nawrocki, etc., qu'elle a été expérimentalement et nettement établie.

D'autre part, la pilocarpine constitue un agent diaphorétique précieux et dont M. Strauss compare, dans une certaine mesure, l'action à celle exercée par l'électricité sur les muscles ou sur les nerfs moteurs.

Il pense donc que le temps est venu d'étudier, dans les diverses maladies du système nerveux, dans les hémiplégies, les paralysies, etc., les modifications de la sécrétion sudorale d'une façon méthodique, et de préférence à l'aide de la sudation provoquée par la pilocarpine; il faut *interroger* les glandes sudoripares comme on explore les muscles ou les nerfs à l'aide de l'électricité. La séméiologie et la physiologie de la fonction sudoripare elle-même gagneront peut-être à cette étude.

A l'appui de ces vues, M. Strauss communique le résultat de ses recherches sur les modifications de la sueur provoquée dans les *différentes espèces de paralysie faciale.*

Ces recherches ont porté : 1° sur la paralysie faciale d'origine cérébrale (hémorrhagie, ramollissement, etc.); 2° sur les paralysies périphériques.

Dans les paralysies faciales d'origine cérébrale, il n'y a *aucune différence appréciable* entre la sudation de la moitié paralysée et de la moitié saine de la face, ni pour le moment de l'apparition de la sueur, ni pour sa quantité, ni pour sa durée. De même que l'exploration électrique des nerfs et des muscles ne donne aucune différence entre le côté paralysé et le côté sain, de même « la réaction sudorale » à l'aide de la pilocarpine est normale des deux côtés.

M. Strauss n'a malheureusement pas eu occasion d'expérimenter sur des cas de paralysie faciale périphérique de la forme *légère* (Erb), c'est-à-dire avec intégrité des réactions faradique et galvanique des muscles paralysés. C'est une lacune qu'il espère pouvoir bientôt combler; théoriquement, il incline à croire que la fonction sudorale s'y comporterait comme du côté sain.

En revanche, il a pu étudier cinq cas de paralysie faciale de la forme *grave*, avec perte de la contractilité faradique, exagération de la contractilité galvanique des muscles ou disparition des deux modes de contractilité à la fois. Un grand nombre d'expériences à l'aide d'injections sous-cutanées de pilocarpine ont été instituées. Dans toutes (sauf un malade atteint de paralysie faciale à la suite d'otite interne, où les résultats ont été moins nets) on a constaté *un retard* de l'apparition de la sueur, du côté paralysé, sur le côté sain, retard variant d'une à trois minutes.

La sueur, au bout de ce temps, était égale, quantitativement parlant, des deux côtés; parfois même elle parut devenir plus abondante du côté paralysé, et, surtout dans nombre d'expériences, elle dura plus longtemps du côté malade que du côté sain. Mais le phénomène le plus significatif et presque constant, c'est le *retard de la sudation du côté paralysé.*

M. Strauss rapproche ce fait des phénomènes électro-musculaires observés parallèlement. Il estime qu'il y a une « réaction de dégénérescence pour la fonction sudorale », comparable à « la réaction de dégénérescence » signalée pour les nerfs moteurs et les muscles par Baierlacher, Erb, Vulpian, Onimus, etc. Il en conclut qu'il y a là, au point de vue de la physiologie pathologique, un trait commun de plus entre l'appareil névro-musculaire et les appareils névro-glandulaires.

Quant aux signes fournis par l'écoulement de la salive à la suite de l'administration de la pilocarpine, les résultats sont beaucoup moins nets. Quelle que soit la variété de paralysie faciale observée, l'écoulement de la salive, *de visu*, n'offre pas de différence des deux côtés. Toutefois, dans plusieurs cas de *paralysie grave* (avec participation probable de la corde du tympan), le malade, interrogé à ce sujet, déclarait invariablement que la salive commence à couler du côté non paralysé. Mais ce n'est là qu'un signe subjectif et d'une valeur restreinte.

---

## HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. Combalat.

### Anévrysme artérioso-veineux de l'aisselle (1).

(Observation recueillie par M. G. Cousin, interne du service.)

G... (Alexandre), âgé de cinquante-cinq ans, marin, entre le 13 août 1879 à l'hôpital. Il est couché au n° 10 de la salle Mouland.

(1) Cette communication nous a été adressée de Marseille le 21 septembre dernier. (*Note de la Rédaction.*)

Cet individu, robuste et vigoureux, n'a jamais été gravement malade. Pas d'antécédents morbides héréditaires ou acquis à noter; ni syphilis ni alcoolisme antérieurs à son affection.

La maladie qui nous l'amène a débuté il y a dix-sept mois environ; il faisait une manœuvre, lorsque, le filet qui le soutenait venant à se rompre, il fit une chute de 6 mètres de haut et vint tomber les bras étendus sur un compas de charpentier; la pointe de l'instrument pénétra profondément dans le bras gauche, l'hémorrhagie qui s'en suivit fut considérable; la perte d'un sang rouge vermeil sortant en jet saccadé amena une syncope qui se dissipa quelque temps après.

Comme il était en pleine mer, on lui fit une forte compression du bras. L'épaule, nous dit G..., devint noire, gonflée et douloureuse. Six jours après, il tombe à Sainte-Hélène, où un médecin lui propose la désarticulation du bras; il refuse, et voit en quelques jours son épaule diminuer de volume et l'ecchymose disparaître. Depuis le bras est revenu à peu près à son état normal; notre marin a repris son service; mais une chose l'inquiète, ce sont les battements continuels qu'il ressent à l'extrémité inférieure du creux axillaire; aussi vient-il consulter le docteur Combalat pour savoir s'il serait possible de faire cesser « ce mouvement perpétuel ».

Comme signes locaux, voici ce que nous constatons : Il existe sur la face interne du bras gauche, à 2 centimètres du bord inférieur du grand pectoral, une cicatrice horizontale de 1 centimètre d'étendue. Au niveau du bord inférieur du grand pectoral, près de son insertion humérale, on voit une tumeur à peu près globuleuse formant sous la peau une saillie plus qu'hémisphérique, grosse comme une noix; elle a 3 centimètres de long sur 2 de large. Dans le sens de la longueur, le bras étant appliqué contre le tronc, 1 centimètre de la tumeur apparaît sur la face interne du bras; les deux autres centimètres remontent sur la face externe du creux axillaire. Cette tumeur a un mouvement expansif régulier, ses battements sont isochrones à la systole ventriculaire, c'est-à-dire à la diastole artérielle. En dedans de cette tumeur, il en existe une autre moins saillante, molle, aplatie, fusiforme, grosse comme une amande, remontant moins haut, mais descendant 1 centimètre plus bas; cette dernière a bien des battements réguliers, mais ils sont moins prononcés que les précédents et ne paraissent dus qu'au voisinage de la première tumeur. La peau est soulevée à chaque diastole artérielle, au niveau des artères carotide primitive, sous-clavière et la partie de l'axillaire comprise dans l'intervalle qui existe entre le grand pectoral et le deltoïde.

La première tumeur est dure, rénitente, mais un peu dépressible à son centre. Si l'on applique le doigt sur cette tumeur pulsatile, on découvre un frémissement particulier, frémissement cataire auquel on a donné le nom anglais de *thrill*. Ce bruit vibratoire est continu, mais il a des intermittences, des renforcements qui coïncident avec la diastole artérielle. Nous avons aussi observé ce thrill sur la deuxième tumeur, et surtout sur l'espace compris entre celle-ci et la première. A mesure que l'on éloigne le doigt de ce point, le frémissement va s'affaiblissant, et, avant d'atteindre l'endroit où il cesse complètement, on passe par plusieurs points intermédiaires où on ne le distingue plus que pendant la diastole artérielle. Ce frémissement vibratoire se prolonge à la fois sur les artères et les veines; on le perçoit encore en bas sur l'humérale au niveau de sa bifurcation; sur les veines il ne descend qu'à 6 centimètres; ce thrill ne se propage en haut qu'à 3 centimètres. La compression, qui est très-douloureuse pour le malade à cause du voisinage du médian, fournit des données importantes à connaître. Si l'on comprime la première tumeur, elle ne disparaît pas; en la réduisant un peu, on constate qu'il y a quelque chose à l'intérieur, comme des caillots plus ou moins indurés; la seconde tumeur, au contraire, disparaît complètement par la compression directe; elle diminue beaucoup par l'élévation du membre, tandis que la première ne change pas d'aspect. La compression de la veine basilique seule entre la tumeur et le cœur redouble l'énergie des battements de celle-ci; le thrill est aussi plus prononcé; la compression de la veine au-dessous de la lésion n'en modifie pas les caractères. Si l'on comprime à la fois l'artère axillaire et la veine basilique au-dessus des tumeurs, on remarque que la tumeur située sur le trajet artériel diminue un peu, tandis que la tumeur veineuse augmente très-sensiblement, surtout si, comprimant moins l'artère, on presse davantage sur la basilique. La compression des deux vaisseaux au-dessous de la lésion rend moins sensible la tumeur veineuse et ne modifie pas beaucoup la tumeur artérielle.

Si l'on ausculte la région malade, l'oreille distingue un bruit de souffle à double courant, dont le maximum est dans l'intervalle compris entre les deux tumeurs; ce bruit de souffle si caractéristique est tout à fait comparable au bruit produit par un soufflet de forge ou au bruit d'un fer rouge plongé brusquement dans l'eau. Il est continu et saccadé; je veux dire à redoublements, et chaque renforcement qui correspond à chaque diastole artérielle est caractérisé par un son plus aigu et plus intense. Ce bruit de souffle se propage surtout suivant la direction des vaisseaux; continu lorsqu'on ausculte au niveau des tumeurs, il devient intermittent lorsqu'on s'en éloigne, et finit par cesser complètement en bas à 15 centimètres de la lésion. Ce bruit isochrone à la diastole artérielle est plus intense si l'on comprime au-dessous de la tumeur artérielle. Il s'entend également en haut, mais avec un caractère moins accentué dans l'axillaire au-dessous de la clavicule et dans la sous-clavière.

Dans la carotide primitive gauche, on ne constate plus que le bruit intermittent, c'est-à-dire le renforcement. L'oreille ne perçoit rien dans les vaisseaux du côté droit. Les veines du bras surtout et de l'avant-bras gauche sont très-apparentes, dilatées, ampullaires, tortueuses, comme des veines affectées de varices. Je dois signaler les pulsations que j'ai constatées sur le trajet des veines faites au niveau de la tumeur veineuse; elles se propagent au-dessous et au-dessus à 4 ou 5 centimètres environ.

L'artère radiale du côté gauche bat aussi régulièrement que la radiale du côté droit, mais ses battements sont moins forts et moins prononcés. Les artères ne nous paraissent pas plus dilatées à gauche qu'à droite.

Outre les caractères que nous avons relatés plus haut, nous avons encore à indiquer les troubles fonctionnels que nous avons découverts du côté de la sensibilité, de la motilité, de la nutrition et de la calorification.

Il y a une atrophie assez prononcée du bras et de l'avant-bras gauche, de la région palmaire moyenne et surtout de l'éminence thénar. Le creux palmaire est beaucoup plus prononcé à gauche qu'à droite; les phalangettes du médius et de l'annulaire gauche sont à demi fléchies sur les phalangines sous-jacentes, lesquelles sont un peu fléchies sur les phalanges des mêmes doigts. Les mouvements du bras gauche sont plus limités qu'à l'état normal; le mouvement d'opposition du pouce est très-peu prononcé; le malade nous accuse un engourdissement qui se fait sentir sur le trajet des nerfs et est surtout prononcé à l'extrémité des doigts; l'engourdissement augmente dès que la main est portée dans sa position naturelle, c'est-à-dire en bas. Notre sujet éprouve des crampes et des douleurs qui irradient suivant le trajet des nerfs. Il y a de l'anesthésie dans le pouce, l'index et le médius gauche. Cette anesthésie s'étend et les douleurs augmentent si l'on comprime indirectement les troncs nerveux, surtout le médian en comprimant directement les tumeurs. Le malade a un affaiblissement musculaire si notable qu'il n'est plus occupé comme marin qu'à des travaux peu fatigants; tandis que la main gauche ne peut solidement saisir ce que l'on y place, la main droite serre vigoureusement l'objet qu'elle saisit. Nous n'avons pas noté de différence entre les deux côtés au point de vue de la calorification, mais le malade nous dit qu'en hiver surtout, ou dès que la pluie arrive, la main gauche se refroidit, se glace et finit par revenir sur elle-même, tandis que la droite garde une température normale.

Comme signes généraux, nous n'avons rien à noter; l'appétit est bon, ainsi que le sommeil; rien du côté de l'appareil circulatoire ni du système sécréteur. En présence de ces symptômes, à quelle maladie aurions-nous affaire? Nous discuterons plus loin le diagnostic; disons seulement que le docteur Combalat porta le diagnostic d'*Anévrysme artério-veineux de l'aisselle.*

Le traitement, dans ce cas, fut très-simple; les deux tumeurs étaient d'un petit volume. G... pouvait se servir de son bras gauche, il ne se plaignait que de fourmillements dans les doigts et de battements dans l'aisselle. En face de ces symptômes, il n'y avait rien à faire. Nulle opération n'était commandée; aussi, après quelques jours de repos, le 21 août, G... sort de nos salles, promettant de revenir nous voir si son état venait à empirer au point de réclamer une intervention chirurgicale.

Les anévrysmes artério-veineux de l'aisselle sont chose si rare à observer que nous avons cru devoir publier le cas que l'on vient de lire. En effet, il n'y a pas, que nous sachions, d'observation bien complète d'anévrysme artério-veineux de l'aisselle. Larrey (1) en a bien publié deux cas, mais ses deux observations sont, l'une fausse au point de vue du diagnostic, puisque le malade avait un anévrysme variqueux de la sous-clavière, et l'autre trop incomplète pour être utilement relatée. Nott (2), au contraire, a publié un cas d'anévrysme de l'axillaire, pour lequel on fit, mais inutilement, la ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes. Cet anévrysme, dû à un coup de feu, était probablement un anévrysme artério-veineux, car Nott observa un frémissement cataire qui devint si prononcé que le blessé finit par s'en alarmer. Nous avons dit que nous avons eu affaire à un anévrysme artérioso-veineux de l'aisselle. Cette espèce d'anévrysme, en effet, est assez facile à reconnaître. Le récit de l'accident, cause de la tumeur pulsatile, met sur la voie du diagnostic. Le frémissement cataire, c'est-à-dire le *thrill* continu avec renforcement dont le maximum d'intensité est au niveau d'une cicatrice et qui se propage de là suivant le trajet des artères et des veines, ce frémissement vibratoire, disons-nous, n'existe que dans l'anévrysme-artério-veineux. Ce sont là les caractères du frémissement que nous avons noté.

Notre anévrysme caractérisé par son frémissement et son bruit de souffle continu avec renforcement ne saurait être confondu avec un simple anévrysme artériel de l'aisselle qui a des battements et un bruit de souffle intermittents. A quelle variété d'anévrysme artério-veineux axillaire avons-nous eu affaire? Ce n'est pas à une *varice anévrysmale*, car celle-ci n'a pas de tumeur anévrysmale circonscrite; dans l'anévrysme artério-veineux, au contraire, il existe une tumeur dans laquelle pénètre le sang artériel; cette tumeur est-elle formée par la dilatation d'une ou de deux veines, on a affaire à un *anévrysme variqueux par dilatation simple ou double;* dans un autre cas, dans l'*anévrysme variqueux enkysté*, le sac formé par une membrane de formation nouvelle est en rapport immédiat avec l'artère, on a alors l'*anévrysme variqueux enkysté artériel*, sinon l'anévrysme variqueux enkysté sera *veineux* ou *intermédiaire*, selon que le sac sera situé sur la veine ou entre l'artère et la veine.

Aucune de ces variétés ne répond au cas que nous avons observé. Notre anévrysme, en effet, était caractérisé par deux tumeurs, l'une artérielle, l'autre veineuse; l'une grosse comme une noix, l'autre du volume d'une amande; chaque tumeur avait ses caractères particuliers que nous avons consignés; mais, comme nous l'avons dit, la première, l'artérielle, était plus prononcée que la seconde. Pour nous, nous croyons avoir eu sous les yeux un cas d'*anévrysme variqueux enkysté de l'axillaire, compliqué d'anévrysme variqueux par dilatation simple de la basilique.*

Nous ne nous arrêterons pas à la symptomatologie des anévrysmes artério-veineux de l'aisselle. Les signes et les symptômes que nous avons relatés dans notre observation typique suffiront largement. Le pronostic de notre anévrysme n'est pas grave, il est même moins grave que celui d'un anévrysme ordinaire de l'axillaire.

Le traitement, dans ces cas, est très-simple: si l'anévrysme artério-veineux est peu prononcé, si la varice anévrysmale ou l'anévrysme variqueux reste stationnaire, on peut, suivant le conseil de Hunter, ne faire aucun traitement; mais si avec la communication artérioso-veineuse existe une tumeur anévrysmale augmentant de jour en jour, on devra intervenir. Dans ces cas, la compression directe sera indiquée par elle; on se proposera un but pratique, c'est-à-dire la transformation de l'anévrysme artério-veineux en anévrysme artériel. Quant au traitement de cette dernière affection, le chirurgien aura à choisir surtout entre deux méthodes, à savoir: la ligature avec ses variétés et la compression, qui donne beaucoup plus de succès.

(1) Larrey, *Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, t. III, p. 27.
(2) Nott, *American Journal of the med. science*, 1841, t. II, p. 111.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 octobre 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

Elle comprend: 1° une note de M. le docteur Queirel (de Marseille), qui rapporte deux observations relatives à des malades auxquelles il a pratiqué l'ablation de l'utérus et des ovaires en suivant les principes formulés par M. Péan, et qui n'en ont pas moins continué à être bien réglées; 2° une lettre de M. Bouley, qui informe l'Académie de l'inauguration de la statue de Bourgelat à Alfort: M. le Président nomme une députation composée de MM. Bergeron, Magne et Leblanc pour représenter l'Académie à cette solennité; 3° une lettre de M. Fonssagrives, qui se porte candidat au titre d'associé national; 4° des lettres de candidature de MM. Constantin Paul, Dumontpallier et Féréol, qui se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique, Blachez et Lecorché, qui se portent dans la section de pathologie médicale.

### LECTURE

M. Maurel, médecin de la marine, lit en son nom et au nom de M. Hardy, chef des travaux chimiques à l'Académie, un mémoire sur l'hygrométrie, la pluviométrie et l'hydrologie de la Guyane française.

La pauvreté, dit en terminant M. Maurel, des eaux de la Guyane en substance calcaire jointe à celle de la terre, m'a vivement frappé, et je me suis demandé s'il ne fallait pas lui accorder une partie de l'influence débilitante que ce pays exerce sur tous ses habitants, particulièrement sur les jeunes enfants qui ont à suffire aux frais de l'ossification. Plusieurs faits d'ordre différents avaient suffi pour me faire considérer les préparations de chaux comme un complément indispensable de tout traitement tonique chez les enfants; ce sont:

1° L'évolution tardive et la marche lente de l'ossification chez les enfants;

2° La fréquence de la carie dentaire chez les populations ne buvant que de l'eau et ne mangeant que des végétaux et du poisson de rivière;

3° La lenteur de la formation du cal dans les fractures. (Commissaires: MM. Rochard, Leroy de Méricourt et Bouis.)

### ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un trésorier en remplacement de M. Poggiale.

Sur 62 votants, M. Caventou obtient 42 suffrages, M. Woillez 17, M. Oulmont 1 et M. Magne 1.

En conséquence M. Caventou est proclamé élu.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'HYSTÉROTOMIE

M. VERNEUIL ne veut pas faire ombre au tableau ni critiquer l'hystérotomie ou l'*hysterectomie* applicable au traitement des fibromes utérins ; il ne peut qu'adresser des félicitations à MM. Tillaux et Duplay pour leurs intéressantes communications ; il est même satisfait d'avoir vu s'élever à la tribune académique de légitimes protestations contre l'opinion par trop exclusive qui avait été généralement adoptée, au sein de l'Académie, relativement à l'hystérotomie.

Mais ne craignez-vous pas, dit-il, que les sectateurs de nos collègues n'aillent un peu trop loin et ne veuillent mettre l'hystérotomie sur le même pied que l'ovariotomie! Ces deux opérations, ou plutôt les deux affections qu'elles sont appelées à combattre, sont pourtant bien différentes : la thérapeutique non sanglante des fibromes utérins a réalisé de tels progrès dans ces derniers temps qu'elle a pu donner lieu à des cures non-seulement palliatives, mais même radicales très-remarquables. D'autre part, une opération qui donne encore 65 p. 100 de mortalité doit être considérée, ainsi que l'a dit justement M. Duplay, comme une mesure exceptionnelle à n'adopter que comme dernière ressource.

M. Verneuil croit que, dans bon nombre de cas, on a pratiqué l'ablation partielle de l'utérus avant d'avoir épuisé toute la liste des moyens de douceur. Il existe en ce moment, ajoute-t-il, une véritable folie opératoire dont il faut se méfier: je vois extirper le larynx, la rate, le rein, non-seulement le rein kystique, mais même le rein simplement mobile ; on résèque l'estomac, des tronçons d'œsophage ou de côlon ; enfin, l'année prochaine, je ne désespère pas de voir pratiquer l'extirpation du foie ou du bulbe rachidien! Il n'est pas d'opération sur le cadavre que l'on ne tente aujourd'hui sur le vivant. Pour en revenir à l'hystérotomie, c'est certainement une bonne opération entre certaines mains ; mais gardons-nous d'un enthousiasme qui nous conduirait trop loin. Cette sorte de vertige des opérateurs trouve d'ailleurs son explication dans les progrès accomplis ces derniers temps dans la médecine opératoire, et cependant il faut bien reconnaître que la méthode antiseptique, qui constitue l'un de ces progrès, n'a rien à faire avec ce genre d'opérations.

Quoi qu'il en soit, on a bien fait d'en appeler de la condamnation de l'ovariotomie, mais il n'existe aucune assimilation entre cette opération et l'hystérotomie.

Le kyste de l'ovaire, en effet, est au-dessus des ressources de la thérapeutique ordinaire; l'ovariotomie est le seul moyen d'en débarrasser définitivement les malades. Mais il est bien loin d'en être de même pour les corps fibreux utérins, avec lesquels les malades peuvent vivre fort longtemps, comme le prouvent les nombreuses autopsies faites à la Salpêtrière. Si l'on arrive à gagner du temps, on est à peu près certain de sauver les malades sans opération. Il y a plusieurs moyens d'arriver à ce résultat: d'abord la méthode d'Hildebrandt, qui consiste à donner l'ergot de seigle ou des injections sous-cutanées d'ergotine; M. Verneuil y ajoute les injections de morphine pour combattre les douleurs. Il a vu ainsi disparaître complètement des fibromes utérins qui étaient aussi gros qu'une tête d'adulte. On peut ainsi rendre la santé aux malades tout en leur laissant leur fibrome dans le ventre. Il y a ensuite les courants continus. M. Verneuil cite l'exemple d'une malade qu'il a soignée avec MM. Brouardel et Chéron; cette malade portait un énorme fibrome, qui a presque complètement disparu sous l'influence des courants continus. Cette malade supportait très-mal le seigle ergoté et les injections d'ergotine; c'est ce qui a décidé à recourir à l'électricité. Il y a trois mois, elle pouvait à peine monter ses deux étages; aujourd'hui elle supporte à merveille les fatigues d'un long voyage au fond de la Russie.

RAPPORTS

M. RICHE, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

La séance est levée.

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 octobre 1879. — Présidence de M. MALASSEZ.

COMMUNICATIONS

**Influence de la section des nerfs mammaires sur la sécrétion lactée.** — M. DE SINÉTY, à l'occasion de la communication faite dans l'avant-dernière séance par M. Lafont, rappelle les différents travaux qui ont été faits sur ce sujet, en particulier ceux d'Eckart en 1878, les expériences de Claude Bernard, celles de Reurisch publiées dans les Archives de Virchow en 1876, enfin les expériences qu'il a faites lui-même en 1876 et en 1878. Il a sectionné sur des cobayes le tronc nerveux qui se rend à la mamelle; il est très-facile chez ces animaux d'isoler le nerf mammaire. Il a réséqué les deux nerfs mammaires chez des animaux en gestation ; chez d'autres il a sectionné un seul nerf : il n'y a pas eu de différences dans les résultats obtenus, ces résultats ayant toujours été négatifs. Il est vrai que M. Lafont a fait ses expériences sur des chiennes. MM. Eckart et Reurisch sont arrivés aux mêmes résultats négatifs sur des chèvres, et M. de Sinéty sur des cobayes. Quoi qu'il en soit, il peut conclure de ses expériences que, si dans le cobaye il existe un nerf sécréteur, ce nerf n'est pas compris dans le gros tronc nerveux qui, chez cet animal, se rend à la mamelle et qui est très-facile à isoler.

**Hémorrhagie cérébrale expérimentale.** — M. LABORDE présente un chien chez lequel il a produit une hémorrhagie cérébrale du côté droit. Ce chien est hémiplégique gauche, présente une déviation conjuguée des yeux et une rotation de la tête vers le côté de sa lésion. Il montrera les pièces anatomiques de cet animal dans une prochaine séance. Il présente également un chat qui offre un mouvement de manège et tourne continuellement du côté gauche. Chez cet animal l'hémorrhagie a probablement atteint les pédoncules cérébraux.

M. LANDOUZY demande quelques renseignements sur la disposition des muscles du cou chez le chien. On sait, en effet, que chez l'homme la rotation de la tête se fait à l'aide de différents muscles. Il serait donc bien important de savoir quels sont les muscles paralysés chez ce chien, qui regarde du côté de la lésion cérébrale.

M. TRASBOT répond que, dans ces cas, la déviation a toujours lieu du côté où les muscles restent actifs.

**Retard de la sudation provoquée de la face, comme signe de la paralysie faciale.** — M. STRAUSS fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Émile Molland, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, décédé le 26 octobre 1879, à l'âge de cinquante-trois ans.

— *Concours de l'externat.* — Question donnée le 27 octobre : *Rapports de la vessie.*

— *Distinctions honorifiques.* — Est nommé officier de l'instruction publique : M. le docteur Jules Worms, médecin en chef de la compagnie du chemin de fer du Nord, médecin de la préfecture de la Seine.

Sont nommés officiers d'Académie :

MM. les docteurs Boureau, médecin en chef de l'hôpital Saint-Lazare; Bouteillier, conseiller général, délégué cantonal, maire de la Ferté-Fresnel (Orne); Clérambault (Jules-Pierre), médecin-major de première classe au 64e de ligne ; Dupuy (Leopold-Eugène) et Weiss (Charles), docteurs en médecine, professeurs à l'Association philotechnique de Saint-Denis ; Galand (Henri-Émile), médecin-major de première classe, professeur à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires ; Garrigou-Désarènes, docteur-médecin ; Lacassagne (Jean-Alexandre-Eugène), médecin-major de seconde classe, professeur agrégé à l'École d'application de méde-

cine et de pharmacie militaires; Laurent (Henri), médecin-major de seconde classe, professeur à l'École militaire supérieure; Laveran (Charles-Louis-Alphonse), médecin-major de seconde classe, professeur à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires; Marmonier (Charles-Melchior-Joseph), aide-major de première classe au 4e régiment du génie; Péruy (Charles), médecin principal de première classe, secrétaire du conseil de santé des armées, directeur du *Bulletin de médecine et de pharmacie militaires;* M. Ricque, médecin-major de première classe au 5e régiment d'infanterie; Vasseur, préparateur de pièces anatomiques; Mlle Nicolle (Léontine), surveillante à l'hospice de la Salpétrière.

— Dans sa séance du 23 octobre, la Société d'Anthropologie, fondée en 1859, a décidé qu'en commémoration du vingtième anniversaire de sa fondation, elle se réunirait en un banquet qui aura lieu le jeudi 20 novembre, à l'issue de la séance ordinaire. Le prix de la souscription est fixé à 20 francs.

Comme le choix du lieu de la réunion dépend en partie du nombre des souscripteurs, les membres de la Société sont invités à faire connaître leur intention le plus tôt possible, soit au bureau de l'École d'anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine, soit à M. Drouault, agent de la Société, 76, rue de Rennes, soit à l'un des Commissaires : MM. Dally, 5, rue Legendre; Magitot, 8, rue des Saints-Pères; Topinard, 97, rue de Rennes.

— M. le docteur Ch. Abadie commencera ses leçons cliniques d'ophthalmologie mardi 4 novembre, à deux heures, à sa clinique, 17, rue Séguier, et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Berrut fera, le jeudi 6 novembre, à onze heures, sa première leçon, à sa policlinique de chirurgie des femmes, 29, rue de Bellechasse. Le jeudi à neuf heures : consultation. Le même jour, à onze heures, leçon à laquelle sont admis les médecins, élèves et sages-femmes.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Pathologie et clinique chirurgicales**, par M. le docteur Fort. 2e édition, 2 vol. in-8o avec 542 figures intercalées dans le texte. — Prix : 25 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie**, par le docteur P. Tillaux, directeur des travaux anatomiques à l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris. Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée, avec 260 figures tirées en noir et en couleur intercalées dans le texte. 1 vol. grand in-8o cartonné à l'anglaise. — Prix : 26 francs. — Paris, Asselin et Ce.

**Traité élémentaire d'histologie**, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger, par M. le docteur Fort. 2e édition entièrement refondue, 1 vol. in-8o avec 522 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Traité pratique et clinique des blessures du globe de l'œil**, par le docteur A. Yvert, médecin aide-major, précédé d'une introduction de M. le docteur Galezowski. 1 fort volume in-8o de 750 pages.— Prix : 12 francs.— Paris, Germer Baillière et Ce.

**Manuel de petite chirurgie** de A. Jamain, 6e édition par le docteur Félix Terrier, professeur agrégé de la Faculté de médecine. 1 fort volume in-12 de 1060 pages, avec 521 figures dans le texte. — Prix : 9 francs, broché. — Paris, Germer Baillière et Ce.

**Manuel de pathologie interne**, par le docteur Fort, fait en collaboration avec le docteur Guichet, médecin aide-major. 1 vol. in-18 avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 7 francs, cartonné. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Annuaire de l'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris**, depuis son origine (an IX) jusqu'en 1878 inclusivement. Troisième édition. 1 joli volume in-12, cartonné à l'anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, Asselin et Cie.

**Essai sur la réaction de la sueur**, par le docteur Tourton. In-8o. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**De l'Influence du traumatisme accidentel, considéré comme cause occasionnelle des kystes hydatiques en général**, par le docteur Danlos. In-8o.— Prix : 1 fr. 50.— Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8820.

N° 127. — SAMEDI 1er ET MARDI 4 NOVEMBRE 1879. 52e ANNEE. SAMEDI 1er ET MARDI 4 NOVEMBRE 1879. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

#### I. Traitement d'un goître suffocant par les injections parenchymateuses de teinture d'iode. — II. Traitement des hémorrhoïdes; cautérisation du bourrelet interne seulement.

I. Nous avons dans notre service une jeune fille, âgée de quinze ans, qui est entrée à l'hôpital pour se faire traiter d'une tumeur du corps thyroïde.

Nous avons reconnu d'abord que cette tumeur appartenait au corps thyroïde, parce qu'elle avait un mouvement d'ascension et de descente suivant que le larynx s'élevait ou s'abaissait; toutefois ce mouvement n'existe pas toujours, et surtout quand la tumeur est volumineuse.

La ponction n'a donné issue à aucun liquide : nous n'avions donc pas affaire à un kyste.

La jeune malade, au moment de son entrée, présentait du cornage et de la dyspnée, deux phénomènes caractéristiques du goître suffocant, c'est-à-dire de ce goître qui comprime la trachée parce qu'il se développe autant par sa face postérieure que par la partie antérieure de la glande. C'est le goître en dedans, comme disait Fodéré; il comprime la trachée progressivement, et diminue son calibre. Le bruit du cornage en est la conséquence; il se produit par le passage de l'air d'un conduit plus large dans un conduit rétréci en un point.

Une question se posait à propos de cette maladie : ici, ces symptômes de goître suffocant, cornage et dyspnée, se produisaient-ils à cause de l'augmentation de volume de la glande, ou bien étaient-ils dus à une inflammation de son parenchyme, à une thyroïdite surajoutée, dans laquelle des vaisseaux anomaux se seraient développés, puis une prolifération cellulaire, qui auraient, en définitive, amené la formation de produits nouveaux, ce qui ne constitue plus dès lors l'hypertrophie simple de l'organe?

Il y a certainement des thyroïdites (Velpeau) qui arrivent sur des glandes qui ne sont pas hypertrophiées; mais on les observe aussi souvent sur des goîtres, sur des glandes déjà hypertrophiées ; or, ici, est-ce ce travail inflammatoire qui, surajouté à l'hypertrophie simple, détermine les accidents?

Récemment nous avons eu, dans nos salles, un jeune homme (quoique le goître soit plus fréquent dans le sexe féminin) qui nous a présenté précisément cette thyroïdite surajoutée au goître : traité par les applications de cataplasmes, il guérit en quinze jours; le cornage avait disparu. Dans ce cas, le cornage était causé par la thyroïdite, et cette thyroïdite s'est terminée par résolution.

Mais, chez cette jeune fille, nous ne sommes pas autorisés à affirmer la même origine : la suffocation est survenue lentement, progressivement; le cornage se produisait surtout quand elle montait les escaliers. La maladie n'est pas arrivée franchement.

Quoi qu'il en soit, nous la combattons par le moyen thérapeutique le plus moderne, et, en tous cas, le plus inoffensif : par les injections parenchymateuses de teinture d'iode.

On a bien eu de la peine à arriver à un traitement heureux du goître : on a d'abord pratiqué des opérations dangereuses pour déterminer des inflammations suppuratives (Bonnet, de Lyon). Mais souvent l'inflammation se propageait aux voies aériennes, et surtout au larynx, où se produisait la laryngite sous-muqueuse ou œdème de la glotte. Ces procédés ne sont pas restés dans la pratique. Cependant, quand un goître suffocant est de nature kystique, on peut le faire suppurer. Bonnet pensait que le goître devenait suffocant parce qu'il se développait au-dessous du sternum ; il proposait une sorte de crochet pour le soulever hors de cette région. Enfin les cautérisations diverses n'ont pas non plus donné des résultats satisfaisants.

On a beaucoup de peine à guérir le goître suffocant : d'abord il est certains goîtres qui sont suffocants parce qu'ils sont de nature carcinomateuse : on comprend qu'ils résistent aux traitements les plus ingénieux et les plus variés. Ici nous n'avons pas affaire à une affection de ce genre; c'est pourquoi je me suis décidé à employer la méthode des injections de teinture d'iode, préconisée par le docteur Luton (de Reims). Ces injections, en effet, ne sont pas aussi irritantes qu'on pourrait le supposer au premier abord : Luton souvent injectait en une fois tout le contenu d'une seringue de Pravaz, soit 1 gramme de teinture d'iode. Cependant il a eu quelquefois des abcès, ce qui, d'ailleurs,

ne constitue pas un danger bien grave, sauf les inconvénients des cicatrices et ceux de la période de formation du pus.

Suivant cette méthode, nous avons pratiqué aujourd'hui la neuvième injection de teinture d'iode : mais nous n'injectons à la fois que la moitié du contenu de la seringue de Pravaz. Ces injections n'ont pas provoqué de thyroïdite intense, et la légère inflammation que cela a pu déterminer s'est terminée par résolution. Après la quatrième ou la cinquième injection, le cornage a cessé. Devons-nous attribuer ce résultat heureux au repos seul, ou bien devons-nous en rapporter une partie à l'injection parenchymateuse? Je pense que l'injection est pour une part dans la disparition des deux symptômes, cornage et inflammation, et je me propose de continuer ce traitement tous les quatre ou cinq jours, sans dépasser la dose d'un demi-gramme.

Notons toutefois que jusqu'à présent nous n'observons guère de diminution de volume de la tumeur : nous n'avons constaté qu'un demi-centimètre de différence, ce qui est bien insignifiant.

II. A propos de l'opération que nous allons pratiquer pour la destruction des hémorrhoïdes chez un homme âgé de cinquante-cinq ans, je voudrais vous rappeler quelques considérations utiles sur ce sujet.

Les hémorrhoïdes externes ne sont gênantes, très-généralement, que par la sortie d'un bourrelet interne; lorsqu'on observe des hémorrhoïdes externes, sans bourrelet interne, elles sont presque toujours passagères et rares, ne reparaissant presque jamais.

Il est donc inutile d'attaquer les hémorrhoïdes externes. Il est aussi très-important de cautériser la muqueuse, non pas dans toute sa circonférence, pour éviter la formation d'un rétrécissement annulaire, mais seulement au niveau des boutons hémorrhoïdaux, en laissant des ponts de substance saine intacte.

Je préfère la cautérisation avec le thermocautère pointu, parce qu'elle est plus superficielle, plus légère que la cautérisation avec le fer rouge, avec les pinces écrasantes, etc., qui souvent agissent à une trop grande profondeur.

Toutefois, lorsque les hémorrhoïdes sont petites, on peut essayer la cautérisation avec l'acide azotique monohydraté. En un mot, il ne faut pas s'astreindre à n'employer qu'un seul et même traitement; il faut le varier suivant le volume des hémorrhoïdes.

On ne devra pas d'ailleurs s'étonner si l'on échoue avec la dilatation forcée dans des cas semblables à celui-ci, où l'anus est très-dilatable.

S'il survenait quelques accidents inflammatoires, on appliquerait des cataplasmes froids de fécule, des bains de siège, etc. Il ne faut pas oublier de surveiller les urines : souvent il y a rétention réflexe, à la suite des diverses opérations de ces régions, anale, périnéale ou uréthrale, surtout chez les gens âgés, dont la prostate est fortement hypertrophiée. Toutefois on ne devra pratiquer le cathétérisme que lorsque la rétention est douloureuse et dure depuis quelque temps déjà : il ne faut jamais exposer un malade inutilement aux dangers qui peuvent survenir à la suite d'un cathétérisme souvent difficile et pénible chez un malade que l'on n'a pas l'habitude de sonder et dont on ne connaît pas la *susceptibilité uréthrale*.

---

## HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. PARROT.

### Relation entre le poids et la température des nouveau-nés; alimentation.

Peser les enfants est un des meilleurs moyens de s'assurer de l'état de leur nutrition. Si l'enfant se porte bien, on le pèse tous les huit jours. S'il est chétif et ne paraît pas jouir d'une bonne santé, on le pèsera plus souvent. Quand le poids de l'enfant s'abaisse, la quantité des urines diminue : celle des selles augmente. « Le poids varie suivant la nature des urines. »

Pendant les cinq premiers mois, on dit que l'enfant doit augmenter de 25 à 40 grammes par jour, chez les beaux enfants. On n'a souvent que de 20 à 30 grammes dans les cas ordinaires. Au sixième, au septième mois, on se contentera d'une augmentation de 15 à 25 grammes, qui sont un indice suffisant de santé incontestable.

Dans l'athrepsie, il y a une diminution considérable de poids : non seulement l'enfant n'augmente pas, mais il diminue encore. Cette perte est variable suivant le poids initial de l'enfant et son volume. Un enfant du poids moyen de 2,500 à 3,500 grammes perd, par une attaque d'athrepsie aiguë, de 40 à 50 et 100 grammes par vingt-quatre heures. Comme il devrait en gagner 30, on atteint de suite le chiffre de 130 grammes de perte. Rarement ce chiffre est dépassé, quand on prend la moyenne des pertes contractées, qui sont ordinairement très-variables; tantôt elles sont de 30 grammes, et tantôt de 120 grammes. Quoi qu'il en soit, si l'athrepsie se poursuit, il y a une décroissance continuelle qui ne s'arrête qu'à la mort : si, au contraire, l'enfant doit s'en relever, il s'accroît rapidement dès qu'il a repris son augmentation de poids ; il gagne souvent 80 à 100 grammes par jour. On aura donc toujours le devoir de consulter la balance pour s'éclaircir sur le mode nutritif du nouveau-né.

La *température* doit aussi être consultée : car, à défaut de la balance, elle peut même donner des renseignements très-utiles. Chez le nouveau-né athrepsique, la température est toujours au-dessous de la normale. Il y a quelques exceptions dans le cours de la maladie, où la température peut s'élever un jour à un chiffre de 38° ou 39°, mais pour redescendre brusquement le lendemain au-dessous du niveau précédent : cette poussée brusque, avec une descente aussi brusque, montre qu'il y a eu en même temps une perte considérable de poids : au lieu d'une perte ordinaire de 30 grammes, par exemple, on constate une perte de 100 grammes. La température oscille donc avec la nutrition, s'abaissant quand elle diminue; et, quand il y a une perte brusque de poids, elle annonce que le petit être se consume d'une façon exagérée.

Par la température, il est très-difficile de déterminer le moment exact de la mort. Chez des enfants de trois à quatre ans qui succombent, par exemple, à la méningite tuberculeuse, la température s'abaisse brusquement aussitôt après la mort; mais, chez l'enfant athrepsique, la température continue à s'abaisser progressivement et successivement, de sorte qu'on ne peut fixer par un graphique le moment où l'enfant a cessé de vivre.

Après avoir ainsi fixé les moyens de juger les résultats de la nutrition, occupons-nous maintenant de l'alimentation des jeunes enfants.

L'enfant doit être nourri immédiatement après sa naissance, lorsqu'il est chétif. Lorsqu'il est bien portant, on peut

ne pas l'alimenter immédiatement. Pour un enfant délicat, chétif, qui est né avant terme, il faut un aliment réparateur immédiat; même en prévoyant que la mère pourra l'allaiter, il est bon qu'une nourrice prête son sein au nouveau-né pour quelques jours, en attendant que la mère puisse la remplacer. On donnera donc immédiatement du lait de nourrice, et pas du lait de vache, ce qui amènerait peut-être l'athrepsie.

Si l'enfant est robuste, pendant les deux ou trois premiers jours on lui fait prendre de l'eau sucrée ou une boisson insignifiante. Cela lui suffit, car il dort beaucoup et ne mange guère. On pourrait lui donner du lait de chèvre, ou mieux d'ânesse, en attendant que sa mère puisse l'allaiter.

Quelle doit être l'alimentation du nouveau-né? Le seul qui convienne à l'enfant est le lait de femme. Que l'enfant soit allaité au sein, c'est absolument indispensable. Les anciens l'avaient déjà bien compris : A. Paré, qui ne connaissait pas encore la physiologie des sécrétions, fait très-justement remarquer que ce lait est le sang montant de l'utérus, où par le placenta il nourrissait le fœtus, vers les mamelles, où il se transforme en « sang blanchi », pour continuer à nourrir le nouveau-né. Donc c'est à la mère que l'enfant doit rester attaché.

C'est la mère qui doit nourrir son enfant, dans l'immense majorité des cas. Il est des exceptions peu nombreuses où la médecine doit retirer l'enfant à sa mère : 1° lorsque, d'après ses prévisions, la mère ne doit pas avoir un lait suffisant; 2° lorsque la mère est menacée de tuberculose ou de toute autre maladie diathésique; 3° lorsque se développent des accidents de fièvre puerpérale, de péritonite partielle, de pleurésie, de pneumonie, des gerçures du sein, etc.

Dans ces cas, le médecin doit employer toute son éloquence et toute son autorité à déterminer la mère à nourrir son enfant. C'est presque de mode aujourd'hui de prendre une nourrice ; on donne l'enfant à une nourrice mercenaire venue de la campagne, où elle a laissé son propre nourrisson à une gardeuse qui le soigne plus ou moins négligemment : on oublie que ce qu'on donne au nourrisson de la ville, on le prend à un autre nourrisson, à celui de la campagne, qui y avait autant de droits. Signalons aussi l'inconvénient de cette pratique qui nous empêche de trouver à la campagne les nourrices qu'il nous faudrait pour sauver nos enfants des hôpitaux. Je ne parle pas de l'intoxication d'un certain nombre de ces femmes par leurs nourrissons.

Il faut que chacun de nous contribue de toutes ses forces à faire disparaître cet oubli des lois de la nature, qui a des inconvénients moraux autant que sociaux.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire les qualités de la femme qu'il faudra choisir comme nourrice lorsqu'on sera obligé de le faire dans l'intérêt de l'enfant. Que la nourrice ait de vingt-cinq à trente-cinq ans, en général; autant que possible, qu'elle ne soit pas primipare, parce que celle qui n'a pas soigné plusieurs enfants ne sait pas comment on gouverne, comment on manipule un nourrisson.

On la choisira ayant un lait vieux de deux mois et demi à quatre ou cinq mois, de sorte qu'elle soit complètement sortie de cet état plus ou moins fâcheux de puerpéralité, et qu'elle soit rentrée dans un état de santé complète. Alors le lait est excellent et parfait, surtout lorsqu'il s'agit d'un enfant chétif.

Il n'est pas besoin de dire qu'il faut que la nourrice présente toutes les apparences de la santé. Je n'aime pas beaucoup les colosses, qui sont de médiocres nourrices, soit parce qu'elles ont les seins trop petits; soit, s'ils sont volumineux, parce qu'ils ne sont constitués que par du tissu adipeux, et pas par le tissu glandulaire. Examinez l'ensemble de la constitution; que la nourrice ne porte pas de cicatrices, pas de gerçures au sein, ni même de crevasses qui pourraient être syphilitiques, et qui, en tous cas, seraient une cause d'inflammation du voisinage. Il ne faut pas oublier l'examen de la région cervicale, des cheveux, de la gorge; de la vulve, si la femme y consent; de la peau, de la poitrine, etc. Fuyez, en un mot, la scrofule, la tuberculose et la syphilis.

Quant aux qualités du sein d'une nourrice qui a du lait, il doit avoir des glandes volumineuses; il doit être mobile sur la poitrine; ce qu'il faut ici, ce n'est pas le sein des statues : ce qui est beau en esthétique serait médiocre au point de vue de l'allaitement. Il faut qu'il ait une certaine mollesse, la surface sillonnée de veines bleues nombreuses et abondantes, qui sont la preuve d'une circulation active et le gage d'une sécrétion abondante. Que le sein présente des qualités uniformes dans toute son étendue, sans points durs, traces d'inflammations anciennes ou récentes. Cherchez les gros mamelons, un peu élastiques, rénitents, glandulaires. Un mamelon volumineux est utile parce qu'il n'a pas de tendance à rentrer dans la profondeur de la glande, et qu'il peut être saisi et retenu facilement par l'enfant dont il remplit la bouche.

Il serait avantageux, mais c'est peu commun, que le mamelon fût plus large à son extrémité qu'à sa base, pour mieux répondre encore à cette dernière indication. Que la peau de ce mamelon soit résistante, solide, épaisse, et sans disposition à se gercer. Que le lait jaillisse, lorsque l'on comprime le sein, par plusieurs orifices à la fois, comme par une pomme d'arrosoir.

Enfin, lorsque toutes ces conditions sont remplies, cela ne suffit pas encore pour qu'on puisse affirmer que l'on a une bonne nourrice. Il faut alors voir l'enfant de cette nourrice, examiner son crâne, sa peau, ses os, chercher les traces de la syphilis, les gerçures et les fissures des lèvres, les plaques muqueuses, etc. S'il est gros, marbré, bien développé, alors on aura le droit de donner la nourrice à la famille qui la demande. Sans doute, nous ne sommes pas prophètes, mais, avec toutes ces précautions, nous avons réuni toutes les chances de pouvoir trouver une bonne nourrice ; nous n'en pouvons prévoir davantage.

Quant à la manière de diriger la nourrice, on la fera sortir tous les jours un certain nombre d'heures de la journée, alors même que l'enfant garderait la chambre.

On lui donnera une alimentation abondante, dans laquelle entreront beaucoup de pain, beaucoup de légumes farineux, et du vin en assez grande quantité. Si l'on est à la ville, il ne faut pas craindre de lui donner de la viande. Comme elle a tendance à boire beaucoup, on la surveillera sur l'usage du vin : toutefois, pour une bonne nourrice, je tolère un litre de vin par jour. La bière peut aussi être recommandée. On lui conseillera de ne pas trop boire, et on lui fera prendre des tisanes amères pour calmer cette soif inextinguible qui dévore toutes les nourrices.

On donnera le sein à l'enfant toutes les deux heures de chaque jour : la nuit, on ne le réveillera jamais pour le faire téter ; il faut le laisser dormir le plus longtemps possible. Jusqu'à la fin des deux premiers mois, chaque tétée représente 100 à 120 grammes de lait; après trois ou quatre mois, l'enfant en prend davantage. On le pèse avant et

après la tétée, sans le déshabiller, pour savoir combien il a absorbé de lait, et si la nourrice est bonne.

A quel âge doit-on sevrer l'enfant? Lorsque l'on est dans les conditions les meilleures, on peut le laisser au sein jusque vers quatorze ou quinze mois; mais alors, on le prépare longtemps auparavant, en lui donnant d'autres aliments, à une transition régulière et progressive. Vers l'âge de sept ou huit mois, on commence à lui donner autre chose. On peut même le faire dès le quatrième mois, si la mère est délicate, si l'enfant boit un lait étranger, etc. Mais, lorsqu'il a une bonne nourrice, on ne lui donne que vers le huitième mois des bouillies fines et claires d'abord, à l'arrow-root, de préférence (une cuillerée, puis deux, puis trois). Ensuite on fait faire deux repas, puis on passe au bouillon gras bien dégraissé, en suivant toujours la susceptibilité de l'estomac du jeune enfant.

Enfin, quand on lui enlève le sein, il ne faut pas le priver de lait : il faut continuer à lui en faire boire un ou deux verres encore tous les jours.

L'allaitement artificiel doit être repoussé en toute circonstance où il y a possibilité de prendre une nourrice. Mais, quand il y a syphilis ou impossibilité absolue de prendre une nourrice, il est permis de recourir à ce genre d'allaitement. En dehors de ces cas, le médecin ne doit pas faire de concessions, surtout à la ville. Pour l'allaitement artificiel, on choisira de préférence le lait d'ânesse, puis celui de chèvre, puis celui de vache. Le *lait pur* est toujours celui qu'on doit donner, même à un nouveau-né, surtout si c'est du lait de chèvre ou d'ânesse. J'admets qu'on ajoute un peu d'eau dans celui de vache, et encore je préférerais même le donner pur.

On donne le lait chauffé à la température qu'il aurait à la sortie du sein maternel.

On donne le biberon autant de fois qu'on donnerait le sein : il faut faire boire à l'enfant de petites quantités de lait à la fois. Si on le fait boire trop, l'estomac, distendu par cette trop grande quantité de liquide, ne le digère pas bien.

Les quantités de lait qu'on fait boire au biberon à l'enfant sont variables : pendant le premier mois, on lui fait prendre 300 à 400 grammes de lait de vache par jour ; de deux à cinq mois, on arrive à 600 grammes. A six mois, on augmente progressivement la dose pour arriver au chiffre de 2 litres à l'âge de quinze mois. Toutefois, à cette époque, on ne donne pas plus d'un litre et demi, parce qu'alors l'enfant prend des bouillies, des potages, etc.

Que l'enfant soit porté, soit promené et distrait par une femme, lors même qu'il n'a pas de nourrice pour s'acquitter de cette tâche importante. S'il est privé du sein d'une femme, qu'il ne soit pas du moins privé de toute l'éducation féminine à laquelle il a droit.

---

## RÉTENTION D'URINE

AYANT NÉCESSITÉ LA PONCTION HYPOGASTRIQUE DE LA VESSIE CHEZ UN VIEILLARD DE QUATRE-VINGT-DEUX ANS ; COMPLICATIONS SURVENUES A LA SUITE DE L'OPÉRATION ; GUÉRISON.

Par M. le docteur Joly (de Fauquembergues).

Le 26 juin 1877, je fus appelé en consultation près d'un vieillard de quatre-vingt-deux ans, souffrant d'une rétention d'urine qui datait de deux jours. Pendant ce laps de temps le médecin traitant, n'ayant pu réussir à pratiquer le cathétérisme et songeant alors à une inflammation de la prostate hypertrophiée, ordonna en vain des applications réitérées de sangsues au périnée et des bains de siège prolongés.

A mon tour j'essayai donc de sonder le patient, d'abord avec une sonde olivaire métallique pédiculée, puis avec une sonde métallique ; dans l'espoir de me faciliter l'introduction de la sonde, j'avais engagé mon confrère à pratiquer le toucher rectal et à soutenir et diriger autant que possible le bec de cette sonde dans la portion prostatique de l'urèthre. Je réussis presque immédiatement ainsi à faire pénétrer dans la vessie la sonde métallique.

Le lendemain, mêmes manœuvres et même succès. Le 28 juin, ce fut autre chose. Toutes nos tentatives n'eurent pour résultat que de fatiguer outre mesure le malade et d'irriter le canal de l'urèthre.

Le 29, toujours même impossibilité d'entrer dans la vessie. Le malade souffre horriblement, tant de sa rétention d'urine que de nos essais de cathétérisme, et il a de la fièvre. Je me décide à ponctionner la vessie par l'abdomen ; une urine limpide s'écoule et le malade est beaucoup soulagé. Je retire la canule du trocart, après avoir introduit à l'intérieur un bout de sonde en gomme élastique, pour maintenir la communication de la vessie avec le dehors. Un quart d'heure après cette petite opération, le patient éprouve quelques frissons qui se calment bien vite. Je lui ordonne 1 gramme de sulfate de quinine en deux doses pour la journée, et je pars.

Le lendemain matin, je trouve un homme très-gai, très à son aise, mais je ne trouve plus la sonde que j'avais laissée dans la paroi abdominale. Inquiet, je cherche dans le lit, je cherche avec un stylet dans la petite plaie de la paroi abdominale, et je ne rencontre rien. Cependant l'urine continue à couler en bavant par la petite plaie extérieure ; le malade est calme, ne souffre plus et demande à manger. Cet état me rassure, et je ne vois rien de mieux à faire que d'attendre les événements.

Au bout de six jours l'urine, qui sortait jusque-là uniquement par la plaie de l'abdomen, coule en même temps par le canal de l'urèthre. Ce n'est que quinze jours après l'opération que, voyant apparaître, à 2 centimètres au-dessus de la plaie faite par le trocart, un petit point d'inflammation ressemblant à un furoncle, je fais une incision en cet endroit, et que je retrouve mon bout de sonde, qui ne demandait qu'à sortir.

J'enlève donc ce corps étranger ; le chemin qu'il s'était frayé se comble rapidement, sans donner aucunement passage à l'urine, qui continue à couler encore pendant trois semaines par le trajet pratiqué dans la paroi abdominale, tout en coulant aussi par les voies naturelles, à des intervalles plus ou moins longs et au gré du malade. Peu à peu le canal artificiel cesse d'être perméable, et l'urèthre reste seul, comme par le passé, chargé de l'excrétion de l'urine.

Le vieillard qui fait le sujet de cette observation a aujourd'hui quatre-vingt-quatre ans ; il se porte très bien et a repris son métier de cordonnier. Il n'est plus obligé de se sonder ou de se faire sonder par son médecin, lui qui, depuis dix-huit années, devait avoir recours au moins une ou deux fois par mois au cathétérisme, qu'il pratiquait presque toujours lui-même.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 octobre 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### COMMUNICATIONS

**Ligature de la linguale.** — M. ANGER, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Desprès (voir *Gazette des hôpitaux*, n° du 25 octobre 1879), demande à faire deux remarques, l'une concernant la ligature de la linguale, en général, l'autre relative à la malade présentée par M. Desprès. Le point qu'a choisi ce chirurgien pour pratiquer son opération est évidemment celui où elle est le plus facile à pratiquer. M. Anger a

fait cinq fois la ligature de la linguale dans le même point, comme traitement préventif du cancer de la langue, et il n'a jamais eu d'hémorrhagies. Mais, en liant la linguale à ce niveau, on ne lie pas l'artère dorsale de la langue, qui est celle qui fournit le plus d'éléments au cancer; pour comprendre dans la ligature cette dernière artère, il faudrait mettre à nu la linguale au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde; M. Anger l'a cherchée une fois en ce point sans pouvoir la trouver; mais il sait que M. Farabeuf doit indiquer un moyen de la découvrir facilement à ce niveau.

Relativement à la malade de M. Desprès, M. Anger déclare ne pas accepter le diagnostic de grenouillette sanguine. Il a observé un cas analogue dans lequel il s'agissait d'une sorte de tumeur érectile artérioso-veineuse.

M. LE DENTU a pratiqué chez trois malades la ligature de la linguale, la première fois sur les deux linguales, les autres fois sur une seule. Dans le premier cas, son but était de déterminer l'atrophie d'un affreux cancer de langue, avec ganglions, absolument inopérable. Voici ce qu'il a observé : la ligature des deux linguales a donné des résultats immédiats très-nets, c'est-à-dire un aplatissement et un ramollissement subits de la tumeur, qui ont eu pour effet d'amener un soulagement notable pour le malade; la déglutition et la phonation étaient rendues plus faciles; la langue avait diminué de moitié dans l'espace de deux ou trois jours; mais cette amélioration ne s'est maintenue que deux mois, puis le cancer a repris sa marche et le malade a succombé quatre mois après l'opération.

Cependant M. Le Dentu a cru devoir essayer le même traitement sur un autre malade atteint d'un cancer de la base de la langue, très difficile à enlever et déjà compliqué d'un ganglion. Chez ce malade une seule linguale a été liée; il eut un érysipèle à la suite de cette opération, mais du côté du cancer a été constatée la même amélioration que chez le premier malade.

Dans le troisième cas, c'est à titre de méthode hémostatique préventive que M. Le Dentu a pratiqué la ligature de la linguale. Il s'agissait d'un malade chez lequel il avait, une première fois, enlevé un cancer de la langue par la ligature élastique, mauvaise méthode dont il n'a pas eu à se louer. Le cancer ayant récidivé, M. Le Dentu fit la ligature de la linguale, comme moyen hémostatique préventif; ce fut une très-bonne opération, qui lui permit de faire avec les ciseaux l'ablation de la tumeur, en ayant seulement quelques petits vaisseaux à lier ou à pincer.

Quant au manuel opératoire, il est des points très-importants avec lesquels il faut être bien fixé pour que l'opération ne soit pas trop difficile : M. Le Dentu l'a toujours faite dans le triangle formé par l'hyoglosse, le mylo-hyoïdien et le ventre antérieur du digastrique. Une fois il a légèrement éraflé la glande sous-maxillaire, dans le cours de l'opération, et cette légère écorchure de la glande a suffi pour donner une petite quantité de sang fort gênante. Une autre fois, le tendon du digastrique a beaucoup gêné l'opérateur; dans un autre cas, il a fait la ligature après avoir sectionné l'hyoglosse; cette section a donné également un peu de sang, et M. Le Dentu pense qu'il y a bien moins d'inconvénients à prendre dans la ligature quelques fibres de ce muscle. Enfin il importe aussi de bien ménager les veines.

M. FARABEUF pense que les inconvénients que vient de signaler M. Le Dentu peuvent être facilement évités par une bonne application des principes qu'il a formulés dans son traité de médecine opératoire. Il conseille tout d'abord de bien fixer le tendon du digastrique avec une érigne; il insiste également sur la nécessité de relever la glande en prenant toutes les précautions possibles pour ne pas la blesser.

Après avoir longuement étudié la question, M. Farabeuf s'est demandé s'il était bien rationnel d'abandonner l'ancien procédé de Blandin et de Malgaigne, qui consiste à lier la linguale au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde. Ce procédé, en effet, n'est pas plus difficile que l'autre et offre sur lui de sérieux avantages. Il importe, en effet, de lier autant que possible en-deçà des collatérales. La linguale fournit, entre autres artères, la dorsale de la langue; or le plus souvent on lie au-delà de cette artère, et dès lors on ischiémie plus la région que l'on veut ischiémier. Or, pour lier en-deçà du point où naît cette artère, c'est au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde, tout près du digastrique, qu'il faut dénuder la linguale.

M. Farabeuf fait passer sous les yeux de ses collègues une planche lithographiée, à l'appui de la description très-détaillée qu'il donne de l'anatomie de la linguale. Il se résume en disant que la ligature de la linguale dans le petit triangle n'est pas rationnelle au point de vue anatomique, puisqu'il ne lie pas l'artère dorsale de la langue et qu'il est beaucoup plus raisonnable de la lier à l'endroit qu'il indique, c'est-à-dire au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde, tout près du digastrique.

M. TERRIER demande à faire deux remarques : l'une relative à la malade de M. Desprès, l'autre au manuel opératoire de la ligature de la linguale. Cette malade était atteinte d'une de ces tumeurs assez mal connues qui tiennent à la fois des tumeurs érectiles et des tumeurs carotides. M. Desprès, pour arrêter cette tumeur dans ses progrès, lie la linguale dans un lieu où cette ligature devait forcément être insuffisante; mais, l'eût-il liée dans un autre point, eût-il lié même la carotide externe, qu'il n'aurait certainement pas obtenu un meilleur résultat au point de vue de la tumeur, à cause des anastomoses faciles et nombreuses qui existent dans ces cas et rendent la ligature de l'artère principale tout à fait inefficace. C'est pourquoi, dans sa thèse d'agrégation sur ce sujet, M. Terrier condamne la ligature seule dans ces cas et préconise l'ablation de la tumeur toutes les fois qu'elle est possible, ou la ligature des vaisseaux suivie d'injections coagulantes dans la tumeur elle-même.

Quant au manuel opératoire, M. Terrier a fait une fois la ligature de la linguale pour un cancer de la base de la langue, en suivant exactement les règles posées par M. Farabeuf, c'est-à-dire au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde. Il déclare que cette opération a présenté de grandes difficultés; après avoir relevé la glande avec une sonde cannelée, il se trouvait à plus de 4 centimètres de profondeur, très-gêné par le sang, bien qu'ayant un triangle largement ouvert, mais insuffisant cependant pour introduire à 4 centimètres de profondeur deux pinces, comme le voudrait M. Farabeuf. Ce qui rendait l'opération aussi difficile, c'était la profondeur même à laquelle il fallait opérer. A aucun moment de l'opération, M. Terrier n'a été gêné par les mouvements de déglutition; il n'est donc pas si nécessaire de faire fixer par un aide l'os hyoïde.

Les résultats obtenus par cette opération, au point de vue du cancer, ont été les mêmes que ceux énoncés par M. Le Dentu. En somme, M. Terrier accorde une valeur très-médiocre à cette opération pratiquée dans le but d'atrophier les cancers de la langue.

M. DESPRÈS fait observer que l'opération diffère beaucoup selon qu'elle est pratiquée sur le cadavre ou sur le vivant, et que les règles si bien formulées par M. Farabeuf sur le cadavre ne sont pas toujours aussi aisées à appliquer sur le vivant. En ne se plaçant même qu'au point de vue purement anatomique, M. Desprès fait remarquer que les dispositions qu'il a rencontrées chez sa malade ne concordent pas entièrement avec celles qu'a indiquées M. Farabeuf sur la figure qu'il a fait passer parmi les membres de la Société.

Quant à la critique qui lui a été adressée de n'avoir pas lié en-deçà de l'origine de la dorsale de la langue, M. Desprès dit qu'il n'avait pas à s'occuper de cette artère, puisque c'était la partie antérieure de la langue qu'il cherchait à ischiémier. Il ajoute qu'il n'a jamais fait et ne fera jamais la ligature de la linguale dans le but d'atrophier des cancers de la langue.

M. TERRIER, contrairement à M. Desprès, admet que cette opération peut être de quelque utilité dans les cas de cancer, et déclare qu'elle ne doit jamais être pratiquée pour les tumeurs érectiles, attendu que, dans ces cas, elle est toujours inefficace.

**Du chlorate de potasse dans le traitement des cancroïdes.** — M. PILATE lit les conclusions suivantes :

Sur 51 cas, il a relevé 24 guérisons, 13 améliorations et 14 insuc-

cès. Il s'agissait principalement de cancroïdes des lèvres, des paupières et des joues. Il faut agir dès que le cancroïde commence à s'ulcérer. On doit administrer, en même temps, le chlorate de potasse à l'intérieur.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Forget, Tillaux et Desprès.

**Onyxis ulcéreux.** — M. MAUREL insiste sur ce fait que cette affection est le point de départ d'ulcères pouvant entraver la perte, non-seulement de l'orteil malade, mais même du métatarse et du pied tout entier, puisque dans un cas il a dû faire la désarticulation tibio-tarsienne. C'est une affection très-rebelle, qu'il a très-fréquemment observée chez des hommes travaillant nu-pieds.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Farabeuf et Terrier.

### PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. PANAS présente, de la part de M. Landolt, un nouveau blépharostat, qui diffère des blépharostats ordinaires en ce que les crochets sont placés du côté de la peau, au lieu d'être placés du côté de la conjonctive.

M. OLLIER (de Lyon) présente une scie qu'il a fait construire par M. Colin dans le but de pratiquer des sections d'os très-nettes.

Cette scie est circulaire et est mise en mouvement par un volant de 60 centimètres de diamètre. La force est transmise par une corde en caoutchouc qui a pour effet de supprimer toute secousse dans la main de l'opérateur. On peut y appliquer des scies de diverses formes, des trépans, des forets, des pinces, etc. Entre autres avantages, cet instrument permet de supprimer la sonde à résection, d'obtenir des lamelles osseuses aussi fines que possible, très-précieuses pour les ostéoplasties, d'éviter toute expression de la moelle quand il s'agit d'os friables et ramollis, de supprimer l'ébranlement auquel donnent lieu la gouge et le maillet; il permet enfin de ne pas décoller le périoste.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous attirons la bienveillante attention des chefs de service de nos hôpitaux sur l'observation suivante, qui nous est présentée par un groupe d'étudiants.

On exige la présence des élèves à l'ancien collège Rollin (école pratique provisoire), à midi et demi.

Or quelques médecins et chirurgiens n'arrivent à leur hôpital qu'à neuf heures et demie, ou même après dix heures. Le service, dans ces conditions, n'est pas terminé avant onze heures et demie ou midi. A quelle heure le malheureux étudiant peut-il déjeuner?

— Les nouveaux pavillons de dissection de l'ancien collège Rollin, 1, rue Lhomond, sont terminés. Les travaux, grâce au zèle et à l'activité de M. Ginain, architecte, et de M. Pinet, secrétaire de la Faculté de médecine, ont marché avec une rapidité surprenante. Nous espérons que l'annonce des travaux de dissection ne se fera pas attendre.

L'aménagement des pavillons nous a paru excellent; les élèves y trouveront beaucoup d'air et de lumière. En entrant par la rue Vauquelin, on se trouve dans une cour longitudinale, de chaque côté de laquelle il y a quatre pavillons, tous semblables. Chacun d'eux, très-vaste, est précédé d'un vestiaire, et renferme, en outre des cabinets particuliers du chef de pavillon, un lavabo pour les élèves.

Presque toutes les parois sont vitrées, et il suffira aux personnes chargées de la surveillance de traverser un couloir perpendiculaire à la cour et séparant les pavillons, pour voir en un instant tout ce qui s'y passe.

— Par décret en date du 30 octobre 1879, la chaire d'accouchement et maladies des enfants et la chaire de clinique obstétricale et gynécologie de la Faculté de médecine de Nancy sont réunies sous le titre de chaire de chirurgie obstétricale et accouchements.

La chaire d'anatomie générale descriptive et topographique de la même Faculté est dédoublée en chaire d'anatomie descriptive et chaire d'histologie.

— Par décret en date du 30 octobre 1879, ont été promus dans le corps de santé militaire :

*Au grade de médecin principal de première classe* : M. Widal.

*Au grade de médecin principal de deuxième classe* : M. Tarneau.

*Au grade de médecin-major de première classe* : MM. Robert, Delmas, Bouchez, Willigens, Bertelé, Taquoy et Corties.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe* : MM. Geniaux, Brisset, Bienvenue, Cluzant, Pilet, Sauzède, Benech, Blanc et Audet.

*Au grade de pharmacien principal de première classe* : M. Schmitt.

*Au grade de pharmacien principal de deuxième classe* : M. Marty.

*Au grade de pharmacien-major de première classe* : M. Lancelot.

— M. Ferret, médecin aide-major de première classe, vient de donner sa démission.

— *Concours de l'externat.* — Question donnée le 28 octobre 1879 : *Conformation extérieure et rapports du poumon.*

Question donnée le 30 octobre : *Os iliaque.*

Question posée le 3 novembre : *Muscles sterno-cléido mastoïdien.*

— *Concours des élèves du service de santé militaire.* — Nous faisons savoir aux étudiants en médecine qu'on n'admet plus à ce concours les élèves avec quatre inscriptions. Les seuls élèves admis sont ceux à 8 et à 12 inscriptions.

— *Stage dans les hôpitaux.* — Nous pensons être utiles aux élèves du service de santé militaire en les avertissant qu'ils n'auront pas de stage à faire dans les hôpitaux civils.

— M. le docteur Léon Calvo, médecin à Paris, est nommé officier d'académie.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Moselle, pharmacien de première classe, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de physique, pendant l'année scolaire 1879-1880.

M. Puel, agrégé, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de chirurgie et d'accouchements, pendant l'année scolaire 1879-1880.

M. Hallez, docteur es sciences, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences d'histoire naturelle, pendant l'année scolaire 1879-1880.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — MM. Gros et Charpentier, agrégés, sont nommés : le premier, professeur de médecine opératoire, le second, professeur d'hygiène et physique médicale.

— *Hospice des Enfants-assistés.* — Une consultation gratuite pour les maladies des enfants est établie audit hospice et aura lieu régulièrement le lundi, le mercredi et vendredi de chaque semaine, à huit heures du matin.

— *Asile Sainte-Anne.* — Le personnel médical et administratif de l'asile est ainsi composé :

*Directeur* : M. Corby, ancien chef du bureau de la comptabilité municipale à la préfecture de la Seine.

*Médecins-chefs de service* : M. Dagonet (division des hommes); M. Bouchereau (division des femmes); M. Magnan (service d'admission).

*Pharmacien en chef* : M. Quesneville, agrégé à l'école de pharmacie.

*Receveur économe* : M. Lobrani.

Le bureau d'admission, qui disposait de trois cents places, n'en disposera plus que de cent.

Les médecins des asiles et le médecin du bureau d'admission ne pourront avoir aucun intérêt dans les établissements privés où sont traités des aliénés.

La clinique des maladies mentales sera installée à l'asile, sous la direction de M. le professeur Ball, assisté d'un médecin-adjoint, chef de clinique. M. Doutrebente, responsable du service, conformément aux prescriptions de la loi du 30 juin 1838.

— *Maison nationale de Charenton.* — Une place d'interne est actuellement vacante. Les candidats sont priés de s'adresser dans le plus bref délai au directeur de l'établissement.

Les conditions exigées sont les suivantes :

1° Avoir pris toutes ses inscriptions et passé un examen de doctorat.

2° Avoir été attaché pendant un an au moins à un service d'aliénés, ou être externe des hôpitaux de Paris.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

*Internes titulaires* : 1° Pour deux ans : MM. Rivière, Moussons, Labadie, Chambrelant, Chevalier et Sébilleau; 2° Pour un an : MM. Dèche, Busquet et Ferré (Étienne).

*Interne provisoire* : M. Ferré (Gabriel).

— A la suite de la session d'examen qui vient d'avoir lieu, M. Prieur, boursier de la Faculté des sciences de Bordeaux, élève de la Faculté de médecine. a obtenu le certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire dans les bibliothèques universitaires.

— M. le docteur Carré recommencera ses conférences publiques et gratuites sur les maladies des yeux, le mardi 4 septembre à trois heures et demi, à sa clinique, rue Git-le-Cœur, n° 11, et les continuera les mardis et lundis suivants.

Exercices pratiques d'ophthalmoscopie et examen des malades, tous les jours de deux heures et demi à quatre heures.

— M. le professeur Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité, le mercredi 5 novembre, à huit heures du matin.

— M. le professeur Brouardel reprendra ses conférences de la Morgue le mercredi 6 novembre.

— M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le jeudi 6 novembre, à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. Duplay, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, commencera ses conférences de clinique chirurgicale le jeudi 6 novembre, à neuf heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. — Visites des malades à huit heures et demie. Opérations à dix heures.

— M. le docteur Lailler, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, le vendredi 7 novembre à huit heures et demie et les continuera tous les vendredis à la même heure.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Necker, commencera un nouveau cours, le lundi, 10 novembre, à quatre heures, dans son laboratoire, 5, rue du Pont de Lodi.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les diverses analyses et manipulations micrographiques qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela ils sont exercés individuellement, et répètent eux-mêmes toutes les expériences.

Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition.

On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de une heure à deux.

— M. le docteur Desmares, 8, rue Hautefeuille, commencera ses leçons cliniques de une heure à deux heures, le lundi 10 novembre, et les continuera les lundis et mercredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Bouchut commencera son cours clinique des maladies de l'enfance et cérébroscopie le mardi 11 novembre à l'hôpital des Enfants-Malades, à huit heures du matin.

La première leçon sera consacrée à l'ophthalmoscopie médicale et à la cérébroscopie à l'aide de projection par lumière oxydrique.

— M. le professeur Charcot reprendra ses conférences cliniques à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 16 novembre à neuf heures et demie.

Des cartes d'entrée seront délivrées, au bureau de la direction, sur la présentation des feuilles d'inscription et des cartes d'étudiants ou de docteur en médecine.

— La Société de médecine légale reprendra ses séances le lundi 10 novembre prochain, à trois heures précises, au Palais de Justice (salle d'audience de la cinquième chambre du tribunal civil. Entrée par le boulevavd du Palais).

La Société reçoit toutes les communications qui lui sont adressées et elle admet même les personnes qui lui sont étrangères à faire des lectures en séance sur les questions afférentes à l'objet de ses études. Elle donne des consultations détaillées et motivées sur tous les cas particuliers de médecine légale qui sont soumis à son examen, à la seule condition qu'on lui communique tous les documents de l'affaire à propos de laquelle on la consulte.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE



Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8835.

N° 128. — JEUDI 6 NOVEMBRE 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 6 NOVEMBRE 1879. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Vraie séance de rentrée. Bureau complet, assistance nombreuse, ordre du jour chargé et bien rempli, assaut de communications et de lectures à la tribune.

Une première communication, faite par M. Maurice Raynaud, tend à démontrer, disons-le même hardiment, démontre la transmissibilité par inoculation de la rage de l'homme aux animaux et, par induction, de l'homme à l'homme. Les expériences faites par M. Maurice Raynaud montrent, en outre, que c'est dans les glandes salivaires et dans la salive de l'homme, et non dans le sang, que réside le principe virulent. Il faut donc se défier, soit dans les soins donnés aux malades, soit dans les autopsies, des organes et des produits de la sécrétion salivaire chez les sujets atteints de rage. C'est la seule conclusion pratique, hélas ! à tirer des faits, très-intéressants d'ailleurs en eux-mêmes, que M. Maurice Raynaud a exposés brièvement devant ses collègues.

Des lectures ont été faites ensuite à la tribune par M. Paul Fabre (de Commentry) sur les manifestations cutanées de la lymphadénie, à propos d'un cas rare de mycosis fongoïde ; par M. Brondel, médecin de la marine, dont l'Académie a déjà entendu une lecture l'année dernière, sur une modification apportée au sphygmographe ; par M. Dumontpallier, sur le fait très-curieux de l'analgésie thérapeutique locale déterminée par l'irritation de la région similaire du côté opposé (nos lecteurs trouveront plus loin le texte complet de ce travail); par M. Javal, sur les livres scolaires considérés comme cause de myopie.

Enfin M. Colin a occupé la dernière heure de la séance par la lecture d'une très-importante étude sur la durée de la conservation du pouvoir virulent des cadavres et des débris cadavériques charbonneux.

Un mot seulement sur chacune de ces deux dernières lectures.

D'études statistiques spéciales faites depuis quelques années dans un grand nombre de pays, il paraîtrait ressortir ces deux faits principaux : que le développement de la myopie chez les enfants n'est pas autant qu'on l'a cru jusqu'à présent le résultat d'une disposition héréditaire, qu'elle est due pour une beaucoup plus large part à la fréquentation des établissements scolaires. Très-rare, en effet, dans la première enfance, la myopie ne se produirait, en général, que pendant l'époque de la fréquentation des écoles. C'est donc dans les mauvaises conditions des établissements scolaires qu'il faudrait en rechercher les causes. Deux conditions principales se présentaient naturellement à l'esprit : le mauvais éclairage des salles d'école, la mauvaise impression et l'exiguïté des caractères des livres scolaires. La première condition, celle de l'éclairage insuffisant ou défectueux, a été déjà l'objet d'une discussion approfondie à laquelle M. Javal a pris une large part à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. Dans la lecture qu'il a faite hier à l'Académie, le savant directeur du laboratoire ophthalmologique de la Sorbonne a appelé l'attention sur cette seconde condition, la défectuosité des livres scolaires et la nécessité d'appeler sur ce sujet des réformes utiles au moment où un grand développement va être donné à l'enseignement primaire en France. Il y a là un sujet de discussion digne de la sollicitude de l'Académie.

Nous n'en dirons pas long sur la lecture de M. Colin, si ce n'est qu'elle nous a paru renfermer, sur le sujet en discussion entre lui et M. Pasteur, des faits et des arguments sérieux, très-habilement exposés, et un programme d'expériences nouvelles à entreprendre dont les résultats, s'ils étaient favorables à la doctrine de M. Pasteur, lui donneraient assurément gain de cause sur son contradicteur. Nous ne tarderons probablement pas à voir relever ce défi.

Dr BROCHIN.

## HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

**Drainage d'un sac pseudo-pleural; injection d'eau dans la cavité; passage du liquide dans les bronches; mort par suffocation.**

Nous allons opérer une jeune villageoise, âgée de vingt-trois ans, venue du Midi pour réclamer nos soins. Il y a quatre ans, elle fut prise d'une maladie aiguë des organes thoraciques, à la suite de laquelle elle rendit continuelle-

ment du pus en abondance par la bouche : dix-huit mois après, elle vit survenir une tuméfaction au-devant du sternum, au niveau du troisième espace intercostal ; l'abcès s'ouvrit à ce niveau. A partir de ce moment, elle cessa de cracher du pus ; la sécrétion purulente sortait par l'ouverture de l'abcès, qui était restée fistuleuse. La sécrétion était abondante, car il s'écoulait une telle quantité de pus que la malade ne pouvait appliquer sur la fistule un simple pansement, qui eût été inondé de pus en quelques intants.

Elle était obligée d'appliquer sur cette ouverture une tasse à café, qui était disposée ingénieusement de façon à recueillir tout le pus, sans qu'il s'écoulât sur les régions voisines et inondât la malade. Elle vidait ainsi cinq ou six tasses par jour, et pouvait à peu près se livrer à ses occupations. C'est pour remédier à cette infirmité qu'elle nous vient à l'hôpital.

Il s'agit évidemment d'un abcès pleural ; mais, en l'examinant, nous avons été fort étonné qu'il ne répandît pas plus d'infection, car ordinairement l'air pénétrant dans l'abcès par la fistule en fait un foyer d'infection repoussante, et les malades y succombent rapidement.

Cette jeune fille n'est pas très-développée : elle a l'air d'une adolescente ; sa menstruation a cessé depuis quelque temps. Elle ne tousse guère : nous n'avons trouvé au poumon que quelques sibilances ; quelques crachats muqueux de bronchite.

A gauche, du côté de la fistule, sur toute la circonférence externe du poumon, on entend à peine la respiration. La sonorité est exagérée du côté droit ; la paroi thoracique est bombée de ce côté, affaissée de l'autre ; matité absolue du côté gauche, et rétraction considérable des côtes. Avec un stylet introduit par la fistule, on pénètre à 13 centimètres de profondeur dans la cavité, dans une direction d'avant en arrière et en bas. On traverse donc la poitrine du sternum à la partie postérieure des côtes ; à ce point, en effet, on s'assure facilement que le stylet repose sur le diaphragme ; dès qu'on le laisse libre, il suit les mouvements de l'inspiration et de l'expiration. Enfin, à la partie postérieure, en appliquant la main sur la paroi thoracique, on sent le choc imprimé à cette paroi par le stylet.

Nous avons injecté de l'eau dans cette cavité : elle en contient deux verres.

Cette malade a donc été atteinte d'une pleurésie purulente, qui s'est longtemps vidée par les bronches ; puis, l'abcès s'étant ouvert au troisième espace intercostal, le pus a cessé de sortir par les bronches, dont l'ouverture de communication avec l'abcès s'est oblitérée. Il est remarquable que l'ouverture des abcès pleuraux se fait toujours au troisième espace intercostal ; j'ai bien des fois remarqué ce point d'élection, dont je ne m'explique guère la cause.

Où est le poumon ? Il paraît être accolé en arrière et en dedans sur la colonne vertébrale, contre laquelle il a été refoulé par l'abcès pleural. Ce sac pseudo-pleural est formé par une membrane pyogénique très-épaissie, doublée d'une couche de bourgeons charnus, avec des adhérences pleurales sur toute la paroi. Elle est un obstacle à l'expansibilité du poumon, qui lui-même est aussi altéré de son côté. D'autre part, la paroi costale maintient cette cavité béante, et empêche le sac pleural de s'accoler et de se refermer : la puissance de rétractilité des adhérences et de la membrane est telle qu'elle attire les côtes et le poumon à son contact. Maisonneuve avait proposé de rompre les côtes pour leur donner une élasticité suffisante : la rétractilité du tissu fibreux suffit cependant à les attirer au contact de la paroi de l'abcès, lorsque la guérison est obtenue.

Nous devons chercher le point le plus déclive en arrière, là où la poche repose sur le diaphragme, pour y faire une contre-ouverture qui permettra le drainage de la cavité, et par suite amènera l'occlusion de la fistule sternale, et progressivement l'accollement de haut en bas des parois de la poche pseudo-pleurale. Ce point postérieur correspond à à quatre travers de doigts en dehors des apophyses épineuses, au niveau du troisième espace intercostal postérieur, en comptant, comme on doit le faire de ce côté, de *bas en haut*. C'est le point où se fait l'opération de l'empyème. C'est par conséquent l'espace intercostal compris entre la dixième et la neuvième côte.

Au lieu d'employer le trocart courbe de Chassaignac, en l'introduisant par la fistule sternale et en conduisant sa pointe dans l'espace intercostal postérieur, je préfère employer le bistouri pour faire cette ouverture postérieure de la paroi thoracique, car le trocart est trop volumineux, et l'on courrait le risque de blesser l'artère intercostale correspondante, qui est volumineuse à cette région, où elle n'est pas encore divisée en deux branches. Il est plus sûr de raser avec le bistouri la côte inférieure sur son bord supérieur, pour éviter l'artère qui est dans la gouttière du bord inférieur de la côte supérieure.

Pour être certain d'agir dans la cavité de la poche, nous la distendrons en y injectant une certaine quantité de liquide. Après avoir introduit la canule du trocart courbe, et appuyé son extrémité sur la paroi thoracique au niveau du point à inciser, je ferai l'incision avec le bistouri, jusqu'à ce que je touche cette extrémité de la canule. Nous passerons alors un tube à drainage. Le sac pseudo-pleural n'étant plus distendu, ses parois s'accolleront vite, et il se rétractera assez rapidement, en deux ou trois mois environ.

Il est impossible de passer le trocart de Chaissaignac dans les intervalles intercostaux, qui sont très-rapprochés : l'opération n'est donc que celle de l'empyème, pratiquée par le procédé ancien.

*Opération.* — L'opération ainsi décrite est précédée de l'injection de liquide avec une seringue dont on injecte à peine la moitié ; une certaine résistance se fait sentir ; puis tout à coup la malade est prise d'une vomique abondante et d'accès de suffocation. Le pus sort en grande quantité par la bouche, mélangé à l'eau injectée. L'injection a rompu les anciennes membranes qui avaient fermé la communication de la cavité du sac pseudo-pleural avec les bronches : l'ouverture étant rétablie, la cavité se vide par la bouche, comme dans les premiers temps de la maladie.

L'injection n'a cependant pas été faite avec force, et surtout elle est moins abondante que précédemment : au lit de la malade, on avait déjà injecté le contenu d'une seringue tout entière.

L'incision de l'empyème est faite pendant ces accès de suffocation ; le liquide sort en grande quantité par cet orifice inférieur, où l'on passe le tube de caoutchouc. Pendant les mouvements respiratoires, l'air et le liquide sortent et se mélangent avec bruit. Cependant la suffocation continue ; la malade est renvoyée dans la salle ; on pense que cela se passera rapidement. Malheureusement il n'en est rien : elle éprouve une difficulté énorme de respirer, demandant de l'air et buvant constamment ; la cyanose s'accentue pen-

dant le reste de la journée, quoique la malade ne rende plus de liquide par la bouche; à quatre heures du matin, la malade succombe absolument suffoquée, et ayant une teinte cyanosée, presque noire.

*Autopsie.* — Nous trouvons le sternum, du côté de la fistule, considérablement augmenté d'épaisseur, ayant au moins une épaisseur triple de celle du côté opposé.

Le sac pseudo-pleural est examiné : il a été exactement traversé par le tube de drainage, qui repose bien sur le diaphragme, sur la partie la plus déclive et postérieure de cette cavité. Ce sac est d'un volume considérable : l'abcès allait jusqu'au sommet du poumon : le poumon gauche n'existe plus : il est réduit à une petite lamelle à peine perméable.

La bronche gauche est à peine d'un calibre égal au tiers du calibre de la bronche droite : la bronche gauche ne servant plus à rien, celle du côté droit s'est progressivement dilatée pour y suppléer. Le poumon droit est très-développé, recouvert partout de fausses membranes et d'adhérences pleurales. Ce fait est très-important, car il montre que le poumon droit ne pouvait se mouvoir dans la cavité pleurale ainsi supprimée; c'est là l'explication de la mort de la malade.

C'est, en effet, une cause d'asphyxie, qui a déjà été signalée. Voici ce qui est arrivé : le liquide purulent et sanguin a passé de la cavité du sac pleural dans la bronche gauche, puis de celle-ci dans la bronche droite. De là il s'est répandu dans toutes les divisions de la bronche droite; or, comme le poumon droit était adhérent à la cage thoracique, il ne pouvait se mouvoir, se rétracter par une forte expiration et expulser tous ces liquides qui obturaient les vésicules pulmonaires. L'asphyxie était dont imminente et inévitable.

Nous ne pouvons expliquer la mort que de cette façon : d'ailleurs, nous avons retrouvé dans le poumon droit les petites bronches encore remplies de ce liquide sanieux et purulent.

Signalons aussi un caillot adhérent dans la cavité de l'oreillette droite, mais il était certainement ancien; il était tout à fait décoloré et blanc comme une aponévrose. Il a peut-être un peu contribué à faciliter l'asphyxie.

Cette observation démontre que les travaux faits sur la constitution du sac pleural ne sont pas suffisamment exacts.

Il faut savoir que ce sac pleural, consécutif aux pleurésies purulentes, n'a pas partout la même épaisseur ni la même résistance. Il n'est pas aussi fortement résistant que l'a supposé Oulmont, du moins en certains points de son étendue. Ici, en effet, nous avons cherché le point par où a pu se faire la communication avec les bronches; nous ne l'avons pas encore exactement trouvé. Je pense que c'est à la suite d'une ulcération du sac pleural au niveau d'une grosse bronche; car à sa portion supérieure ce sac pseudo-pleural est aminci et érodé, tandis que du côté du diaphragme il est solidement résistant et fibreux.

Ce n'est pas la première fois que je vois un accident mortel par ce mécanisme. Chez une femme à qui l'on avait pratiqué l'ouverture d'un kyste hydatique du foie, un tube avait été placé. Puis, deux ou trois jours après, l'interne du service, qui était alors M. Bourdon, actuellement mon collègue des hôpitaux, vit la malade prise subitement de suffocation, à la suite du passage du pus de la poche kystique à travers la cavité pleurale et dans les bronches : elle succomba asphyxiée en très-peu de temps. Détail rémarquable : elle avait aussi des adhérences du poumon à la plèvre, ce qui rendit impossible l'expulsion du pus qui oblitérait les ramifications bronchiques.

---

## RECHERCHES SUR L'HÉMIANESTHÉSIE

ACCOMPAGNÉE D'HÉMIPLÉGIE MOTRICE, D'HÉMICHORÉE, DE CONTRACTURES, GUÉRIE PAR LES AGENTS ÆSTHÉSIOGÈNES.

Par M. le docteur DEBOVE.

(Communication à la Société médicale des hôpitaux.)

M. Debove commence par déclarer que dans les faits qu'il vient communiquer il ne s'agit nullement d'hystérie; la plupart des observations ont trait à des hommes. Il rappelle quelques cas de guérison d'hémianesthésie par l'application d'agents æsthésiogènes. Dans la première observation il s'agit d'une malade hémianesthésique, hémichoréique, atteinte de l'affection désignée par M. Charcot sous le nom de chorée parthénioplégique, qui a guéri, à la Salpêtrière, sous l'influence des applications métalliques.

La deuxième observation, publiée par M. Vigouroux, a trait à un homme atteint d'une hémianesthésie qui a été guérie par l'application d'un électro-aimant. La troisième se trouve insérée dans les Bulletins de la Société médicale des hôpitaux; elle y a été rapportée par M. Proust, qui a obtenu, chez un saturnin hémianesthésique, la guérison temporaire de son hémianesthésie par l'application d'un liniment. La quatrième a été prise dans le service de M. Dumontpallier, chez un homme atteint d'hémianesthésie probablement d'origine mercurielle, qui a guéri sous l'influence de l'application d'un aimant. Dans ces faits il s'agit de la guérison durable d'hémianesthésie d'origines diverses chez des hommes. Dans ceux que vient communiquer aujourd'hui M. Debove, il s'agit de guérison non seulement de l'hémianesthésie, mais aussi de la paralysie de la motricité par les applications d'aimants.

La première observation de M. Debove a trait à un saturnin hémiparétique en même temps qu'hémianestésique, chez lequel M. Debove ne cherchait que la guérison de l'hémianesthésie et qui a guéri simultanément de l'une et de l'autre.

Le second fait est celui d'un homme qui tomba sur la place des Halles d'une attaque d'épilepsie, à la suite de laquelle il se trouva le lendemain hémiplégique et hémianesthésique. M. Debove lui appliqua un aimant, dans le but de faire disparaître l'hémianesthésie seule; à sa grande stupéfaction, la paralysie motrice disparut en même temps, et le lendemain matin, le malade, complètement guéri, sortait de l'hôpital. Ceci se passait au mois d'avril dernier; mais M. Debove s'est bien gardé, à cette époque, de publier l'observation, tant ce fait lui paraissait bizarre et de nature à trouver une grande incrédulité parmi les membres de la Société.

Depuis, cependant, il n'a jamais manqué de rechercher l'influence des aimants sur les paralysies motrices compliquées d'hémianestésie. Une femme, à la suite d'une attaque due probablement à une thrombose cérébrale, présenta tous les symptômes de la chorée posthémiplégique, hémianesthésie, hémiplégie, hémichorée, contractures. M. Debove conduisit cette malade à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, l'aimanta, et une demi-heure après tout avait disparu. Il reste des traces matérielles de cette guérison, sur des tracés obtenus avec l'appareil de M. Marey. Il y eut cependant une petite rechute le lendemain et le surlendemain; la malade fut laissée un mois sans traitement, avec un peu de parésie et de légères contractures. Il y a quelques jours, elle fut soumise de nouveau à l'influence d'un aimant, et cette fois la guérison a été complète et définitive. Il s'agit là d'une femme de soixante-deux ans, n'ayant jamais présenté aucun phénomène d'hystérie.

Autre fait : un homme est adressé à M. Chauffard pour une paralysie de la main gauche, une légère parésie de la jambe. A un certain moment il devint hémiplégique gauche et même paralytique. Ces accidents, attribués par M. Fournier à une syphilis nerveuse, disparurent sous l'influence d'un traitement par l'iodure

de potassium. Il y a un mois, cet homme tomba subitement et resta hémiplégique et hémianesthésique du côté gauche; il avait aussi perdu la vue de ce côté. M. Debove lui appliqua un aimant : après une heure il constata un léger retour de la sensibilité ; il le soumit à une aimantation continue, et après vingt-quatre heures la sensibilité, la motricité et la vue étaient complètement revenues. Mais, depuis, cet homme a conservé des céphalalgies atroces.

Le fait suivant, commun à M. Proust et à M. Debove, est celui d'un saturnin hémianesthésique et hémiparésique qui avait été guéri temporairement dans le service de M. Proust, après une demi-heure d'aimantation. M. Debove avait obtenu la même guérison temporaire dans les mêmes conditions. Il y a deux jours, il lui applique l'aimant pendant vingt-quatre heures, et cette fois la guérison paraît complète et définitive.

M. Debove cite encore deux autres faits observés par M. Vigouroux.

Voilà donc un certain nombre de faits dissemblables, envisagés au point de vue de leur origine, puisqu'il s'agit tantôt d'hémorrhagie, tantôt de syphilis, tantôt de saturnisme, mais ayant tous entre eux ce point commun qu'il existe en même temps de l'hémianesthésie et de l'hémiplégie, dans lesquels on a obtenu constamment le même résultat sous l'influence des agens æsthésiogènes.

M. Debove croit que, dans ces cas, la paralysie de la motricité est sous l'influence de celle de la sensibilité. En effet, les paralysies motrices, sans hémianesthésie, ne sont pas guéries par les aimants. Chez les hystériques, l'hémianesthésie marche de pair avec l'hémiparésie. Lorsque se produit le phénomène du transfert, l'hémiparalysie du mouvement suit celle de la sensibilité. Chez le saturnin observé par M. Proust, l'hémianesthésie s'est toujours accompagnée d'hémiparésie. M. Debove croit aussi que, dans ces cas, l'hémichorée et les contractures sont également liées à l'hémianesthésie. En effet, quand apparaît de la contracture chez une hystérique, celle-ci se produit toujours du côté de l'hémianesthésie, et l'on fait disparaître les deux à la fois par les applications métalliques ou les aimants.

---

## NOTE SUR L'ANALGÉSIE THÉRAPEUTIQUE LOCALE

### DÉTERMINÉE PAR L'IRRITATION DE LA RÉGION SIMILAIRE DU CÔTÉ OPPOSÉ DU CORPS.

Par M. le docteur Dumontpallier.

(Communiquée à l'Académie de médecine dans la séance du 4 novembre 1879.)

Beaucoup de troubles nerveux périphériques ont leur siège dans les centres nerveux. La preuve n'est plus à faire pour les paralysies, les convulsions, les contractures, les hémianesthésies qui ne sont que les symptômes de lésions organiques de la moelle ou de l'encéphale.

Aujourd'hui je désire appeler l'attention de l'Académie sur certains troubles nerveux périphériques, les névralgies en particulier, dont le siège anatomique reste douteux et qui cependant me paraissent devoir être rapportés à des altérations centrales, altérations, il est vrai, de nature encore indéterminée.

Les courants électriques continus ou intermittents, les aimants les plaques métalliques, la chaleur et le froid, peuvent, dans certaines circonstances, modifier favorablement les anesthésies (1). De plus, l'expérimentation a appris que souvent les mêmes procédés thérapeutiques, en faisant disparaître pour un temps variable l'anesthésie hystérique limitée à un côté du corps, ont déterminé l'apparition de l'anesthésie du côté opposé.

A ce double fait expérimental on a donné le nom de transfert de la sensibilité. Ajoutons que chez les hystériques le phénomène du transfert peut aussi être constaté pour la force musculaire et pour la température.

Lorsque je fus chargé par la Société de Biologie de rédiger les rapports sur la métalloscopie et la métallothérapie, je fus conduit à émettre une théorie sur le transfert de la sensibilité.

L'étude des conditions dans lesquelles se produit le transfert me permit de conclure que ce fait expérimental est la conséquence d'une modification des centres nerveux par des excitants périphériques, et, comme partie des résultats obtenus se manifeste du côté opposé à celui sur lequel agissent les excitants périphériques, ces mêmes expériences démontrent l'existence de relations entre les cellules sensitives des deux moitiés latérales, symétriques, des centres nerveux médullaire et encéphalique.

Ces faits et leur interprétation étaient présents à mon esprit, lorsque, dans ces derniers temps, j'eus l'occasion d'étudier l'action thérapeutique des injections sous-cutanées médicamenteuses, employées chaque jour pour calmer la douleur.

Après avoir constaté les dangers des injections d'atropine et les inconvénients des injections de morphine, j'eus recours aux injections sous-cutanées d'eau ordinaire. Mes expériences confirmèrent les résultats publiés antérieurement par M. le professeur Potain, par notre collègue M. Dieulafoy et par le docteur Pasquet-Labroue (1); mais je ne tardai pas à remarquer que souvent les malades étaient soulagés de leurs douleurs lorsque je venais de traverser la peau avec la canule-aiguille de la seringue Pravaz, et cela avant que j'eusse eu le temps de pousser l'injection hydrique dans le tissu cellelaire sous-cutané.

Il convenait donc d'étudier l'action thérapeutique de l'acupuncture cutanée, et bientôt je fus convaincu que la simple piqûre de la peau suffisait souvent pour calmer la douleur, aussi bien que les injections sous-cutanées hydriques ou les injections médicamenteuses. Déjà M. le professeur Jules Cloquet avait étudié avec grand soin la question de l'acupuncture, et, sous l'inspiration de ce savant maître, un traité très-consciencieux de l'acupuncture avait été publié, en 1826, par M. le docteur Dantu (de Vannes). Il y a lieu d'être surpris que ce procédé thérapeutique, parfois très-actif, soit aujourd'hui presque complètement oublié.

Quoi qu'il en soit, je fis dans mon service, à la Pitié, grand nombre d'expériences, avec le concours de mes internes MM. Faisans et Millet, pour reconnaître comparativement l'action des injections médicamenteuses, des injections hydriques et de l'acupuncture. De cet examen expérimental il ressort que l'avantage reste aux injections médicamenteuses dans des conditions déterminées et que parfois les injections hydriques ont une action plus profonde et plus durable que l'acupunture cutanée. Il est juste toutefois de mentionner que l'acupuncture, dans les névralgies et dans le rhumatisme articulaire aigu, donne souvent des résultats complets et durables.

Les avantages relatifs obtenus par ces différents procédés suggéraient cette remarque, à savoir : que *l'injection hypodermique médicamenteuse est un acte complexe, lequel comprend l'action du médicament, l'action irritante du véhicule, c'est-à-dire de l'eau, et enfin l'action irritante de la piqûre de la peau.*

Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'action générale du médicament. L'absorption du médicament injecté sous la peau a ses avantages et ses inconvénients. Quant aux résultats de l'action locale, ils sont dus en partie à l'irritation déterminée par l'eau injectée. En effet, puisque l'on obtient l'analgésie avec l'injection d'eau distillée et avec une simple piqûre de la peau, il faut bien accorder une part importante à l'irritation locale.

Rappelons que M. le docteur de Laurès, en 1869, et M. le docteur Siredey, à la même époque, ont obtenu des résultats favorables dans les névralgies, au moyen d'un procédé irritatif de la peau, auquel le premier de ces honorables confrères a donné le nom d'aquapuncture.

Jusqu'à ce jour, parmi les auteurs qui se sont occupés des injections sous-cutanées de morphine, les uns n'ont considéré dans cette

(1) Ainsi que l'ont démontré les expériences cliniques des professeurs Vulpian, Charcot, les diverses communications des docteurs Burq, Régnard, Gellé, Landolt, Proust, Thermes, et l'enquête expérimentale de la commission de la Société de Biologie.

(1) Pasquet-Labrune. Thèse inaugurale, 6 mai 1870, Paris.

méthode qu'une action calmante locale ou générale, sans rechercher l'interprétation physiologique; les autres ont soutenu que l'absorption du médicament avait pour conséquence l'anémie ou l'hyperémie des centres nerveux, et, secondairement, l'analgésie. Mais cette théorie n'a plus de raison d'être lorsque l'analgésie est obtenue par l'injection d'eau, ordinaire ou distillée, et lorsque l'on pratique seulement l'acupuncture. Il faut donc accepter que, dans ces dernières conditions expérimentales, le système nerveux entre directement en cause de la périphérie aux centres.

De plus, cette action nerveuse est directe ou croisée. L'action directe est prouvée lorsque chaque jour on applique *loco dolenti* un sinapisme, des ventouses ou des sangsues. L'action analgésiante, ai-je dit, peut aussi être croisée : en effet, me rappelant les expériences de Brown-Séquard et Tholozan sur la transmission croisée des modifications périphériques de la température (1) et mes expériences personnelles sur l'insensibilité croisée obtenue par les pulvérisations d'éther (2), j'entrepris de rechercher *si la douleur spontanée d'un côté du corps ne pourrait pas être modifiée par une irritation provoquée du côté opposé.* Voici les faits que j'ai constatés :

Dans les névralgies de siège et de nature divers, dans le rhumatisme articulaire aigu, dans les myalgies rhumatismales ou toxiques, je demandais aux malades de marquer avec le doigt les points douloureux; cela fait, je cherchais les points similaires du côté opposé du corps et au niveau de ces derniers points, non douloureux (3) le plus souvent, je pratiquais des injections d'eau ordinaire ou de simples piqûres. Aussitôt l'irritation produite du côté sain, les malades accusaient un soulagement et souvent une cessation complète de la douleur du côté malade, et cela, je le répète, dans des cas d'arthrite rhumatismale aiguë. J'ai fait choix de ce dernier exemple pour la démonstration, parce que l'on ne pouvait guère en ce cas être trompé par les malades : l'articulation étant rouge, tuméfiée, chaude, douloureuse à la palpation et au moindre mouvement. *Aussitôt* la petite opération terminée, les malades sentaient que la douleur diminuait, disparaissait, et ils pouvaient imprimer à la jointure des mouvements de flexion et d'extension. « La douleur n'existe plus, disaient-ils, et, si je ne remue pas davantage ma jointure, c'est qu'elle est gonflée, mais je ne souffre plus. »

Est-il besoin d'insister sur de semblables faits? Il suffit, je crois, de les énoncer pour qu'on en saisisse toute la valeur, et quiconque voudra se placer dans les mêmes conditions expérimentales pourra confirmer l'exactitude des résultats que je viens d'exposer.

Voilà pour les faits; il nous reste maintenant à leur donner une interprétation physiologique. Comment une irritation périphérique, provoquée d'un côté du corps, peut-elle calmer une douleur qui a son siège du côté opposé, dans une articulation, dans un muscle ou dans la peau? Comment une action croisée analgésiante se produit-elle ?

La moelle épinière est composée de cordons nerveux et d'un centre sensitivo-moteur. Les filets sensitifs et moteurs ont des relations de continuité avec les cellules nerveuses des cornes postérieures et des cornes antérieures de l'axe gris. De plus, les cellules sensitives ont des prolongements qui, directement ou indirectement, traversent la commissure grise et vont de la corne d'un côté à la corne du côté opposé; enfin toutes les parties constituantes de la moelle sont reliées au centre encéphalique par des filets nerveux. L'histologie, la physiologie et la pathologie se prêtent un mutuel appui pour prouver ces relations anatomiques des différentes parties de la moelle et de l'encéphale.

(1) Brown-Séquard et Tholozan : *Journal de physiologie*, t. I, 1858; et Société de Biologie, *Mémoires*, 1851.

(2) Dumontpallier : Société de Biologie, *Comptes-rendus*, 1878.

(3) Je dis non douloureux le plus souvent, parce qu'il n'est pas rare de constater que le point similaire soit douloureux à la pression, de telle sorte qu'il existe parfois une névralgie latente, symétrique de la névralgie spontanée.

Cela étant, nous pouvons comprendre comment une irritation périphérique, provoquée d'un côté du corps, transmise aux cellules sensitives du côté correspondant, peut par les anastomoses nerveuses centrales modifier la sensibilité des cellules du côté opposé et avoir pour résultat la cessation de la douleur périphérique primitive.

Si le soulagement de la douleur périphérique est dû à une modification des cellules sensitives centrales, n'est-on pas autorisé à supposer que les douleurs périphériques ont leur siège réel dans les centres nerveux? Ne savons-nous pas que dans certaines névralgies il existe quelquefois un point douloureux rachidien, mis en évidence par la pression sur les apophyses épineuses? Ne savons-nous pas que dans diverses myélites il existe des douleurs périphériques qui peuvent être calmées par une irritation *loco dolenti*, laquelle irritation ne peut avoir d'action thérapeutique qu'en modifiant le centre sensitif, siège de la lésion. Il est donc vraisemblable que beaucoup de douleurs périphériques, de même que les hémianesthésies hystérique ou organique, ont leur siège dans les centres nerveux, et *l'action analgésiante croisée déterminée par une irritation périphérique provoquée* nous semble un argument important à l'appui de cette interprétation.

Permettez-moi de résumer cette communication par les propositions suivantes :

I. Toute injection sous-cutanée médicamenteuse est une opération complexe, dans laquelle il convient de faire la part du médicament et la part de l'irritation locale.

II. L'irritation locale est transmise de la phériphérie aux centres sensitifs et détermine dans ces centres une modification dont la conséquence est la cessation ou la diminution de la douleur périphérique.

III. Le siège réel, anatomique, de certaines douleurs périphériques serait donc dans les centres sensitifs. Cette assertion nous semble démontrée par l'action croisée de l'irritation périphérique provoquée.

IV. L'irritation provoquée *loco dolenti* ou dans le voisinage du point douloureux calme ou fait disparaître la douleur. De plus, lorsque l'irritation est pratiquée en des points symétriques sur le côté du corps opposé au siège de la douleur, cette irritation suffit souvent pour déterminer la cessation complète et durable de la douleur.

## SUR LE MODE D'UNION

### DES CELLULES DU CORPS DE MALPIGHI.

Par M. le professeur L. Ranvier.

*Conclusions.* — Les cellules du corps muqueux de Malpighi, formées de masses du protoplasma munies de noyaux, ne sont pas, comme on le croit, absolument individualisées; elles sont unies par des filaments protoplasmiques qui leur sont communs. Chacun de ces filaments ne résulte pas de la soudure des deux soudures de deux filaments placés bout à bout, et le nodule qui occupe leur milieu n'est pas la trace d'une soudure, comme l'a dit Bizzozero, ni d'une juxtaposition, comme Lott l'a prétendu; c'est un organe élastique qui permet l'élargissement facile des espaces destinés à la circulation des sucs nutritifs entre les cellules du corps muqueux de Malpighi. C'est parce que ces cellules ne sont pas complètement séparées, c'est parce qu'elles sont confondues et non soudées par leurs filaments d'union, qu'il a toujours été impossible de déterminer leurs limites par l'imprégnation d'argent et qu'il est si difficile de les isoler par dissociation.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 novembre 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend : 1° une lettre de M. Caventou, absent, qui remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant trésorier ; 2° des lettres de candidature de M. Polaillon, pour la section d'anatomie et de physiologie, et de M. Alfred Fournier, pour la section de pathologie médicale ; 3° une lettre de M. le docteur Demeaux (de Puy-l'Évêque), qui fait connaître un cas d'empoisonnement par les champignons et envoie un échantillon du champignon toxique pour être soumis à l'examen (comm. MM. Chatin et Vulpian) ; 4° une lettre de M. Aubry, fabricant d'instruments de chirurgie, qui réclame la priorité sur M. le docteur Delore, de l'invention d'une seringue à injection intra-utérine.

M. le secrétaire perpétuel dépose, au nom de M. Defresne, un mémoire sur les phénomènes de la digestion et sur l'action du suc pancréatique. (Comm. MM. Vulpian, Colin et Gautier.)

M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Boutron, membre titulaire dans la section de pharmacie, l'un des plus anciens membres de la compagnie.

### PRÉSENTATIONS

M. Legouest offre à l'Académie le compte-rendu des séances du Congrès international sur le service médical des armées en campagne, qu'il a eu l'honneur de présider et qui ont été tenues pendant l'Exposition universelle.

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Bédoin, un mémoire sur l'*Éducation physique et l'hygiène du premier âge en Algérie* ; et de la part de M. le docteur Ehrmann (de Mulhouse), une observation de corps étranger dans l'articulation du genou.

M. J. Guérin offre, de la part de M. le docteur Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, la troisième édition de son ouvrage de l'*Influence de l'attitude des muscles sur les articulations* ; et de la part de M. le docteur Fort, son manuel de médecine opératoire, qui se distingue, dit M. J. Guérin, par une grande clarté d'exposition.

M. Personne offre, de la part de M. Delcominette le rapport général sur les travaux des conseils d'hygiène et de salubrité du département de Meurthe-et-Moselle.

M. Tarnier présente, de la part de M. le docteur de Sinéty, un volume intitulé : *Manuel pratique de gynécologie.*

### COMMUNICATION

**Transmissibilité de la rage de l'homme.** — M. Maurice Raynaud communique à l'Académie une notice sur la transmissibilité de la rage de l'homme au lapin.

La rage humaine est-elle contagieuse ? est-elle transmissible par voie d'inoculation de l'homme aux animaux et de l'homme à l'homme ? Telles sont les questions que M. Maurice Raynaud s'est proposé d'étudier dans cette notice, à l'occasion d'un fait dont il a été récemment témoin. Un homme s'étant présenté dans son service, atteint de la rage à la suite d'une morsure faite par un animal suspect, M. Raynaud a recueilli sur lui du sang et de la salive qu'il a inoculés à des lapins. Avec le sang, résultat négatif ; avec la salive, résultat positif. Des lapins inoculés avec la salive ou avec des débris de glande salivaire ont rapidement succombé aux symptômes de la rage. Ces faits lui paraissent résoudre la question qu'il s'était posée.

### LECTURE

**Manifestation cutanée de la lymphadénie.** — M. le docteur Paul Fabre, médecin des mines de Commentry (Allier), lit un travail relatif aux manifestations cutanées de la lymphadénie, à propos d'un cas de mycosis fongoïde.

On peut, dit l'auteur, dans la succession des symptômes de cette maladie, reconnaître quatre périodes quelquefois bien distinctes, mais le plus souvent empiétant l'une sur l'autre.

1° Une période initiale caractérisée par l'apparition sur la peau, en poussées successives, de taches congestives, simulant l'urticaire ou l'érythème papuleux, ou encore de l'eczéma au début de l'éruption ;

2° Une période de lichénoïde présentant des papules persistantes, à démangeaisons très-vives, accompagnées d'insomnie.

3° Une période de transition dans laquelle l'éruption de lichen coïncide avec la présence de plaques indurées d'un rouge brun, puis enfin avec l'apparition des premières tumeurs néoplasiques ;

4° Enfin une période de cachexie.

Dans le cas qu'il a observé, M. Paul Fabre note comme éléments étiologiques les conditions malsaines d'une habitation humide, mal éclairée, étroite ; enfin il fait remarquer la coexistence chez son malade d'un affaiblissement de la mémoire et des autres facultés intellectuelles (Com. MM. Hardy et Hillairet).

**Modification du sphygmographe de Marey.** — M. Brondel, médecin de la marine, lit une note sur une modification qu'il a apportée au sphygmographe ordinaire. Cette modification consiste principalement dans la suppression du ressort artériel qui est remplacé par un levier inerte, n'obéissant qu'à la pesanteur et suivant passivement les mouvements de l'artère. Un petit levier, mobile et gradué, adapté en arrière du levier artériel, permet de faire varier la pression au moyen de curseurs dont le poids est connu et de l'évaluer en grammes.

Les avantages de cette modification sont les suivantes : pas de pression élastique, délicatesse très-grande du tracé, possibilité de supprimer les liens, évaluation en grammes de la pression sur l'artère et de la tension relative du sang, application facile de l'appareil. (Comm. M. Marey).

**Analgésie thérapeutique locale déterminée par l'irritation de la région similaire du côté opposé du corps.** — M. Dumontpallier, candidat pour la section de thérapeutique, lit sous ce titre une note que nous publions textuellement, (Voir plus haut.)

**Livres scolaires et myopie.** — M. Javal lit sous ce titre un travail qui a pour objet l'étude des causes qui contribuent à la production de la myopie et particulièrement de la mauvaise confection des livres classiques élémentaires. (Renvoyé à une commission composée de MM. Giraud-Teulon et Perrin.)

**Durée de la conservation du pouvoir virulent des cadavres et des débris cadavériques charbonneux.** — M. Colin lit un travail sur la durée de la conservation du pouvoir virulent des cadavres et des débris cadavériques charbonneux.

Voici en quels termes M. Colin réfute ces nouvelles recherches.

De tout ce qui précède il résulte :

1° Que la virulence charbonneuse attachée aux liquides et aux tissus est une propriété éphémère qui s'éteint avec plus ou moins de rapidité, mais sûrement dans le sang, la lymphe, les sérosités, tissu des organes, les dilutions étendues ou concentrées, en un mot dans les solides ou les liquides s'altérant d'eux-mêmes ou soumis à la dessiccation, à l'ébullition, à l'action de l'alcool, des acides, etc. ;

2° Que cette virulence met à disparaître, en moyenne 3, 4, 5 jours dans le sang et la plupart des organes, au plus 8, 10, 12 jours lorsque les liquides ou les cadavres sont maintenus à une basse température et séparés des parties très-putrescibles ;

3° Que l'extinction de cette propriété n'est pas un fait exceptionnel, mais un fait constant prouvé par la stérilité des inoculations de tous les produits charbonneux dont la putréfaction s'est emparée ou qui ont été modifiés d'une manière quelconque par des agents énergiques.

Les nombreuses circonstances dans lesquelles s'éteint la virulence charbonneuse une fois précisées, on se demande comment les cadavres et leurs produits pourraient, pendant et après leur décomposition, devenir le point de départ du charbon qui sévit

sous la forme sporadique ou enzootique dans diverses contrées. Si, par une exception bizarre, la putréfaction laissait au cadavre enfoui la virulence dont elle le dépouille dans les autres conditions; si la bactéridie était la cause de la virulence; si cette bactéridie pouvait vivre, se multiplier ou se cultiver dans le sol comme dans l'organisme, la question de l'étiologie du charbon se débrouillerait par enchantement. Ce qu'il faut donc tenter maintenant, c'est de produire des maladies charbonneuses en inoculant la terre qui touche aux cadavres putréfiés, les eaux des mares et des fossés, celles qui lavent le sol; les engrais, les plantes des pays dans lesquels ces maladies se développent spontanément.

La séance est levée à cinq heures et demie.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Faculté de médecine.* — Les élèves en médecine qui ont opté pour le nouveau régime sont avertis qu'ils subiront le premier examen de doctorat dans le courant du mois de novembre. La consignation aura lieu à la Faculté de médecine du vendredi 7 au samedi 15 novembre. Le prix de cette consignation est de 55 francs.

Ceux qui ne se présenteront pas ne pourront pas subir cet examen avant le mois de juillet 1880 et ils ne pourront prendre aucune inscription.

Ceux qui seront ajournés pourront se présenter de nouveau, et à titre exceptionnel, en janvier 1880.

— D'après le nouveau règlement, les docteurs étrangers qui désirent prendre part aux travaux pratiques de l'École pratique, résections, opérations, etc., doivent adresser, à M. le doyen de la Faculté, une demande par lettre et retirer une carte des travaux pratiques qui leur sera délivrée au secrétariat de la Faculté, moyennant un droit de 40 francs.

— Dans le but de faciliter aux élèves la préparation des examens, il sera fait au laboratoire de la Charité des démonstrations pratiques d'autopsie et d'anatomie pathologique par le chef de laboratoire. Les élèves seront exercés à la recherche des lésions sur le cadavre et à leur reconnaissance à l'œil nu. A cela sera joint l'enseignement des recherches microscopiques élémentaires (sang, pus, parasites, etc.) et des réactions chimiques les plus simples et les plus usitées. Ces démonstrations seront faites à dix heures et demie du matin. Les élèves qui désireront y prendre part devront se faire inscrire chez le chef de laboratoire, de neuf heures à onze heures du matin.

En outre de cet enseignement pratique, il sera fait au laboratoire de la Charité, sous la direction des professeurs de clinique, des conférences: 1° de séméiologie, par le docteur Déjérine; 2° de chimie biologique, par le docteur A. Robin; 3° d'anatomie pathologique, par le docteur Ch. Remy.

Des affiches posées dans l'intérieur de l'hôpital annonceront l'heure des conférences.

— Par décision du 20 octobre 1879, M. le ministre de l'instruction publique a autorisé M. le docteur Fort, professeur libre à l'École pratique, à faire un cours public de physiologie dans l'amphithéâtre de la salle Gerson (Sorbonne).

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Gérard, pharmacien de première classe, licencié ès sciences, est nommé maître de conférences de botanique micrographique, pendant l'année scolaire 1879-1880, en remplacement de M. Beauregard, appelé à d'autres fonctions.

M. Guyot, pharmacien de première classe, est nommé préparateur d'histoire naturelle, pendant l'année scolaire 1879-1880, en remplacement de M. Gérard, appelé à d'autres fonctions.

M. Moissan, pharmacien de première classe, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences des travaux pratiques de chimie élémentaire et de pharmacie, pendant l'année scolaire 1879-1880, en remplacement de M. Prunier, appelé à d'autres fonctions.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 12 novembre, à huit heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : 1° Rapport de M. Dromain sur la candidature de M. Fèvre ; 2° constitution médicale du mois d'octobre. Policlinique; 3° l'Assistance privée dans l'Assistance publique, par M. Mallez; 4° de la laryngite syphilitique, par M. Cadier.

— Une indisposition de quelque durée ne permettra pas à M. le docteur Lailler de commencer, comme il en avait l'intention, ses conférences sur les maladies de la peau le vendredi 7 novembre. Nous ferons connaître ultérieurement la date du commencement de ces conférences.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de pathologie et de chirurgie des voies urinaires le lundi 10 novembre, à cinq heures, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, pour le continuer les mercredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le docteur Reliquet commencera son cours sur les maladies des voies urinaires le lundi 10 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8842.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. — Six mois... 16 — — Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Maladies régnantes.

Le rapport de M. Besnier sur les maladies régnantes du troisième trimestre de cette année, que nous n'avons fait que mentionner dans le compte-rendu des séances de la Société médicale des hôpitaux, faute d'avoir eu à ce moment les documents nécessaires sous les yeux, porte principalement sur les trois endémo-épidémies dominantes de l'année, la diphthérie, la variole et la fièvre typhoïde.

Disons d'abord que, pendant ce trimestre, la mortalité générale des hôpitaux civils de Paris a notablement dépassé la moyenne correspondante des sept années antérieures. Cet accroissement s'est réparti sur l'ensemble des affections et ne peut être rapporté à l'une d'elles en particulier.

*Diphthérie.*

Dans ses précédents rapports, M. Besnier, se basant sur les calculs d'une série d'années, est arrivé à établir ce fait général, que la diphthérie subit toujours une atténuation pendant la période estivale. Un tableau donnant par mois et par arrondissements la mortalité diphthéritique à Paris depuis le commencement de l'année, se résume par les totaux suivants : 529 cas pour le premier trimestre, 468 pour le deuxième, 407 pour le troisième.

La vérification de cette loi de décroissance estivale se retrouve également dans les hôpitaux, malgré la mortalité énorme qui y a été constatée. La mortalité causée par la diphthérie dans les hôpitaux a été de 115 pour le premier trimestre, de 99 pour le deuxième et de 81 pour le troisième.

Voici quelques-unes des particularités qui ont été signalées pour la diphthérie, dans quelques services des hôpitaux d'enfants :

A l'hôpital des Enfants-Malades, M. Labric a compté dans son service 20 cas de croup, dont 1 pris dans la salle, 1 compliquant une rougeole. Sur ces 20 cas, il y a eu 16 opérés, 12 décès, 4 guérisons; 4 non opérés, 2 guérisons, 2 décès. Les angines couenneuses ont été au nombre de 32, 4 prises dans le service, 2 dans les salles de chirurgie; 13 guérisons, 14 décès, 4 sortis non guéris, 1 en traitement.

A l'hôpital Sainte-Eugénie, M. Cadet de Gassicourt a eu 83 cas de diphthérie, dont 47 avec croup, 36 sans croup. Sur les 47 cas de croup, 41 opérés ont donné 5 guérisons; 6 non opérés, 2 guérisons. Sur les 36 cas d'angine sans croup, il y a eu 32 guérisons. Le chiffre des affections compliquantes a été considérable, 19 bronchio-pneumonies, 11 rougeoles. Il y a eu 24 fois intoxication.

Ces chiffres donnent une idée de la gravité de l'affection. Un autre indice de cette gravité exceptionnelle, relativement à l'époque de l'année, se voit dans les faits suivants, signalés par M. Landrieux. Pendant une période de quinze jours qu'a duré l'exercice intérimaire de M. Landrieux dans le pavillon d'isolement pour la diphthérie, la plupart des cas se sont montrés d'une gravité extrême; reproduction incessante des fausses membranes, engorgement des ganglions sous-maxillaires très-étendu, s'accompagnant d'une suppuration abondante et de décollements considérables; paralysie diphthérique; enfin fréquence extrême de l'albuminurie. Les agents thérapeutiques furent employés, le plus souvent, sans succès, et la trachéotomie, dans les cas où il fut possible de la pratiquer, ne donna que des résultats presque absolument négatifs.

Une pensée s'impose involontairement à l'esprit en lisant ces dernières lignes. Le service manifeste rendu par le système de séparation des sujets atteints de diphthérie, que nous avons appuyé avec tous nos confrères, n'aurait-il pas un fâcheux contrepoids dans l'accroissement de la gravité et de la mortalité des diphthériques réunis et groupés dans un local spécial, devenu ainsi un foyer de renforcement contagieux? Nous soumettons ce doute et ce sujet d'étude à ceux de nos confrères qui sont le mieux à même de nous éclairer sur ce sujet.

*Variole.*

La variole, ainsi que le groupe entier des fièvres éruptives a également subi, comme la diphthérie, pendant le trimestre d'été, l'atténuation qui est propre aussi à cette période saisonnière. Cette atténuation est nettement traduite par les chiffres suivants de la mortalité variolique pour Paris, pendant chacun des trois trimestres : 151 pour le premier, 265 pour le deuxième, 158 pour le troisième.

La décroissance pendant ce troisième trimestre a été constatée d'une manière également très-sensible dans les hôpitaux. Mais, par contre, si les cas ont été moins nombreux, ils ont été plus graves. C'est ce qu'a constaté notamment M. Brouardel à la Pitié, où il a compté 9 décès sur 29 varioleux entrés dans son service pendant cette période.

A l'hôpital Laënnec, M. Legroux, chargé du service d'isolement des varioleux, n'a reçu dans ce trimestre que 85 malades, tandis qu'il en avait eu 121 dans le trimestre précédent. Sur ce nombre de 85, il y a eu 32 varioloïdes, 24 varioles discrètes, 19 varioles cohérentes, 7 varioles confluentes et 3 varioles hémorrhagiques. Toutes les varioles discrètes se sont terminées par la guérison, bien que quelques-unes aient présenté des complications. Parmi les 19 varioles cohérentes, 3 ont été suivies de mort. Les 7 varioles confluentes, ainsi que les 3 varioles hémorrhagiques, se sont terminées par la mort.

A l'hôpital Tenon, M. Rendu a fait cette remarque, c'est que la grande majorité des malades étaient des jeunes gens, tous vaccinés, mais non revaccinés; aussi la plupart des cas ont-ils été bénins, varioloïdes plus ou moins confluentes, mais non compliquées.

Nous renverrons ce qui concerne la fièvre typhoïde à la Revue prochaine.

### Traitement médical des tumeurs fibreuses de l'utérus.

A l'occasion des observations présentées par M. Verneuil à l'Académie de médecine sur l'hystérectomie, nous avons dit qu'il ressortait de ces observations un encouragement à poursuivre les tentatives heureuses qui ont été faites dans ces derniers temps dans le traitement médical des hystéromes, ou tumeurs fibreuses de l'utérus. Pour appuyer l'assentiment que nous avons donné à ces paroles d'encouragement, nous cherchions à nous enquérir de quelques faits, lorsque, en parcourant le dernier cahier des *Archives générales de médecine* (novembre), nos yeux sont tombés sur une traduction d'un travail du docteur Herman sur ce sujet, qui répondait on ne peut mieux, pour le moment, à notre légitime curiosité. Nous avons pensé que nos lecteurs partageraient nos sentiments ; aussi nous empressons-nous de mettre sous leurs yeux un résumé de cet intéressant travail.

D'après M. Herman, la diminution des corps fibreux utérins sous l'influence de l'ergot de seigle aurait été indiquée pour la première fois par le docteur Gairdner (de Glascow). Ayant constaté, à la suite de l'administration d'un gramme d'ergot en infusion pour réprimer une abondante hémorrhagie produite par la présence d'une tumeur fibreuse, que cette tumeur avait diminué d'environ un tiers, Gairdner tira de ce fait cette conclusion, qu'une dose d'ergot de seigle peut non-seulement arrêter l'hémorrhagie, mais encore amener un état de solidification plus ou moins permanent de la tumeur et la diminution de son volume. Mais c'est surtout à Hildebrandt, ou Hildenbrandt (de Königsberg), que l'on doit les premières applications faites intentionnellement et avec suite de ce moyen thérapeutique et l'institution réelle de la méthode qui, depuis, a fait en Allemagne et en Angleterre d'assez nombreux prosélytes.

Les observations réunies dans le travail de M. Herman forment un total de 135 cas traités par l'ergot, dont 107 furent améliorés. La diminution des corps fibreux est notée dans 43 de ces cas. Le nombre des observations qui lui sont personnelles s'élève à 18. Dans un cas il y eut diminution de volume de l'utérus. Chez 11 femmes soignées à la consultation externe, il y a eu une amélioration dans les symptômes. Dans 3 cas seulement il n'a été constaté aucun changement appréciable.

La plupart des malades chez lesquelles le bénéfice obtenu par l'ergot fut le plus marqué étaient bien en-deçà de la ménopause. Quoique, dans quelques cas, les symptômes cessent spontanément avant la ménopause, en comparant la marche des cas où l'ergot n'a pas été donné et en tenant compte de la longue durée antérieure des accidents accusés par les malades et de la cessation rapide des symptômes aussitôt que l'ergot fut administré, il était impossible de ne pas lui en attribuer le bénéfice.

Cette influence de l'ergot une fois admise comme fait clinique, il a paru intéressant à M. Herman de rechercher quels seraient les cas où l'on pourrait en espérer de bons effets et ceux où il serait inutile. A défaut d'observations suffisamment circonstanciées pour servir de base à cette étude, M. Herman s'est provisoirement appuyé, pour se guider dans ces recherches, sur des considérations théoriques.

L'ergot ayant pour propriété de déterminer la contraction de l'utérus ainsi que celle des petites artères, on pouvait de ce double fait induire l'effet probable de cet agent sur une tumeur utérine; la quantité de sang qu'elle reçoit doit diminuer, surtout si cette tumeur est molle et vasculaire, partant la tumeur elle-même doit diminuer de volume. C'est, en effet, ce qui a été constaté. C'est surtout dans les cas où la mollesse de la tumeur avait été signalée que l'on a observé la diminution la plus rapide. Dans les cas, au contraire, de tumeurs dures, ne recevant qu'une minime quantité de sang, on n'a observé que très-peu de changement. Ici la clinique s'est trouvée d'accord avec la théorie.

Parmi les autres conditions révélées par l'observation comme nécessaires pour la production de l'effet thérapeutique de l'ergot, on a signalé l'absence d'adhérences de l'utérus aux parties voisines. La multiplicité des tumeurs, surtout lorsqu'elles sont isolées les unes des autres, leur dégénérescence graisseuse, sont autant de circonstances qui neutraliseraient l'action du seigle ou en contre-indiqueraient l'usage, si toutefois il était possible de les reconnaître cliniquement.

M. Herman se borne, quant à présent, à formuler ces deux propositions générales : que l'ergot amènera parfois la diminution de volume ou l'absorption complète des corps fibreux de l'utérus; que ces effets se produiront surtout dans les cas de tumeurs molles, et que, dans la majorité des cas, ce remède améliorera ou fera disparaître les accidents.

Quant au mode d'administration de l'ergot, Hildebrandt recommande les injections hypodermiques d'ergotine, faites sur les parois abdominales dans le voisinage de la tumeur. C'est la méthode qui paraît avoir été le plus généralement suivie par les imitateurs. Cependant M. Herman, frappé du désavantage qu'il a reconnu à la méthode hypodermique d'être douloureuse et d'une surveillance difficile, lui préfère l'administration par la bouche, les effets des deux méthodes ne lui paraissant différer, d'ailleurs, qu'en intensité.

Dans les faits dont M. Verneuil a entretenu l'Académie dans son argumentation au sujet de l'hystérectomie, il a eu recours à l'usage interne de l'ergotine, en y associant les injections hypodermiques de morphine, quand il y avait des signes de congestion utéro-ovarique douloureuse. Il combat également cette congestion par les bromures et autres

moyens accessoires à l'aide desquels il est arrivé à dominer le plus souvent les accidents, ou tout au moins à gagner du temps.

Ce traitement lui a paru surtout efficace dans les cas particulièrement graves, où le néoplasme marche rapidement et acquiert vite un volume considérable. C'est dans un cas de ce genre qu'il a obtenu, par le traitement interne seul, le plus brillant succès. La maladie datait à peine de dix à douze mois. La tumeur remplissant le petit bassin avait atteint l'ombilic. Consulté par le médecin traitant, il fut d'avis d'essayer l'ergotine, tantôt par la bouche, tantôt par le tissu conjonctif. Au bout d'un an il ne restait pas trace de la tumeur.

Ce sont là, sans contredit, des faits encourageants et qui sont dignes de l'attention de tous les praticiens. Si ces faits venaient, comme cela est probable, à se multiplier, ils réduiraient sans doute le champ de l'intervention chirurgicale, dont il restera à déterminer les indications avec la plus grande précision possible. Mais cette indication ainsi que les limites de l'utilité de la médication une fois précisées, l'opération de l'hystérectomie n'en restera pas moins une des plus belles conquêtes de la chirurgie contemporaine.

D[r] BROCHIN.

## REVUE DE LA PRESSE

**Applications thérapeutiques de l'électrisation encéphalique.** — L'électrisation, plus ou moins diffuse, sans vivisection, telle qu'on la pratique sur l'homme dans un but thérapeutique, provoque une contraction momentanée des artères de l'oreille chez le lapin, des vaisseaux rétiniens chez le chien et même chez l'homme. Par induction, M. Letourneau avait admis que des contractions vasculaires se produisent aussi dans l'encéphale sous l'influence de la fermeture et de l'interruption d'un courant galvanique, passant à travers la tête et agissant à travers les téguments sur le ganglion supérieur du sympathique cervical.

Des expériences faites avec vivisection, par divers physiologistes, venaient corroborer cette induction. Cl. Bernard, après avoir, sur des chiens et des lapins, congestionné la conjonctive en y instillant de l'ammoniaque, avait dissipé cette congestion en électrisant le bout supérieur du sympathique cervical, sectionné du côté correspondant.

Nothnagel et Callenfels avaient vu les vaisseaux de la pie-mère et du cerveau se contracter sous l'influence de l'électrisation du sympathique cervical. Mais chez l'homme, où il ne saurait être question de vivisection, il y avait lieu de se demander si les électrisations diffuses, les seules praticables, produisaient des effets analogues.

MM. Letourneau et Laborde (Société de Biologie, 21 juin) ont donc entrepris de constater directement quel est, sur les vaisseaux des enveloppes cérébrales, l'effet d'une électrisation modérée, pratiquée avec des courants continus, à travers les téguments et la paroi crânienne, à peu près dans les conditions médicales ordinaires. Pour cela, il suffisait de mettre préalablement à nu, chez un mammifère, une portion plus ou moins grande des enveloppes cérébrales et d'observer directement la circulation intra-crânienne.

Sur un petit chat d'un mois, chez qui la paroi crânienne, mince encore, était facile à sectionner, une notable portion du crâne a été excisée du côté gauche. La dure-mère étant ainsi mise à nu, on voyait très-bien à l'œil nu, et mieux encore à la loupe, les arborisations artérielles et veineuses qui se ramifiaient à la surface. On procéda alors à l'électrisation, en se servant de la petite pile portative, à courant continu, de MM. Onimus et Brewer; cette pile contenait dix-huit éléments, et l'on avait soin, à l'aide d'un galvanomètre intercalé dans le circuit, de s'assurer que le passage du courant s'effectuait régulièrement. Pendant toute la durée de l'expérience, le pôle positif a été placé derrière la branche montante droite du maxillaire inférieur et le pôle négatif sur la région crânienne antérieure au-dessus des yeux.

Dix ou quinze secondes avant la fermeture du courant, les fines arborisations artérielles de la dure-mère devinrent de moins en moins visibles, et, un peu plus tard, les arborisations veineuses elles-mêmes pâlirent. A chaque interruption du courant, l'anémie augmentait pour un instant, puis les vaisseaux reprenaient peu à peu un peu plus de calibre.

L'expérience, répétée un certain nombre de fois, donna toujours les mêmes résultats, constatés par tous les assistants.

La dure-mère du côté droit ayant été dénudée à son tour, on réitéra l'expérience, qui, de ce côté encore, donna les mêmes résultats.

On poursuivit l'expérience en excisant du côté gauche une portion de la dure-mère. La pie-mère étant ainsi mise à nu, et ses arborisations vasculaires, artérielles et veineuses étant très-visibles sur le fond grisâtre de la substance cérébrale, on fit sur elle les mêmes observations. Là aussi on pouvait obtenir à volonté le resserrement des vaisseaux.

L'expérience que nous venons de raconter, rapprochée des faits cités au début de cette note, met hors de doute qu'il est possible, facile même, de provoquer chez l'homme une anémie temporaire du cerveau, au moyen d'une électrisation convenable; la portée thérapeutique de ce fait ne saurait échapper à nos confrères. Car cette anémie temporaire peut, sans le moindre inconvénient, être renouvelée un très-grand nombre de fois, quotidiennement, si l'on veut, et l'expérience personnelle de l'auteur lui permet d'affirmer qu'avec un peu de persistance on triomphe ainsi de divers états congestifs du cerveau, se traduisant soit par la simple dépression des facultés intellectuelles, soit par des désordres psychiques de nature variée. (*Trib. méd.*)

**Médecine légale.** — Nous extrayons le passage suivant de la première leçon du cours de médecine légale de M. Brouardel :

« Dans un grand nombre de cas, vous n'êtes pas consultés sur un fait définitif, immuable; vous avez à vous prononcer sur une maladie ou une blessure en évolution. Dans ce cas, ne pratiquez pas d'expertise hâtive et soyez convaincus que, si vous demandez à suivre le malade, à l'étudier à loisir, si vous déclarez que la marche seule de la maladie peut vous éclairer, le juge se hâtera de vous accorder toute latitude. N'est-ce pas ainsi que procèdent les médecins aliénistes? Dernièrement, dans une accusation d'attentat à la pudeur, nous avons dû, de concert avec M. Fournier dont j'avais demandé l'avis, étudier durant un mois le développement d'ulcérations que portaient l'inculpé et la petite fille, et il nous a fallu tout ce temps pour établir qu'il s'agissait d'herpès vulvaires et non de chancres ou de plaques muqueuses.

« N'hésitez donc pas, prenez votre temps; ayez le doute philosophique. Le juge d'instruction ne cherche, comme vous, que la vérité; rien ne lui serait plus douloureux que d'être induit en erreur, rien ne serait plus cruel pour vous comme une erreur judiciaire résultant d'une enquête hâtive ou d'un défaut de modestie. *Je ne sais pas encore* est une phrase que vous devez apprendre à prononcer, et jamais le temps nécessaire pour établir votre conviction ne vous sera refusé.

« Lorsque votre enquête sera terminée et que vous rédigerez vos conclusions, pesez vos paroles..... » (*Mouvem. méd.*)

**Expériences sur les trichines.** — MM. Belfield et Artwood (de Chicago) ont examiné la viande d'un grand nombre de porcs; les recherches portèrent sur une centaine de porcs, et dans huit on trouva des trichines. Le nombre approximatif de ces helminthes varia de trente-cinq à treize par pouce cubique de muscle strié.

Un grand nombre d'expériences furent entreprises pour se rendre compte de la rapidité de propagation de ce ver et des

effets qu'il produit. Ce sont principalement des rats qui ont servi à cette étude.

Il a été constaté qu'un rat peut être nourri, de temps en temps, d'un nombre de trichines, sans que sa santé soit altérée. Pendant six semaines, un de ces animaux fut nourri, tous les deux ou trois jours, de viande de porc infecté. Il n'en résulta aucun trouble dans sa santé ; après l'avoir tué, on trouva que le corps fourmillait de trichines vivantes; les deux observateurs estiment que cette carcasse ne renfermait pas moins de 100,000 vers. Les conclusions qu'ils ont tirées de leurs expériences sont que l'homme et tout autre animal peuvent sans inconvénient (?) absorber de temps en temps des trichines en petit nombre; ils croient qu'un bien plus grand nombre de personnes qu'on ne le pense généralement sont infectées de trichines; ils vont même jusqu'à penser que, en grande majorité, nous portons des trichines dans nos muscles.

Ils sont tellement certains du fait, qu'un d'eux, le docteur Belfield, avala, le 20 novembre, douze trichines vivantes. Trois semaines après, il n'en avait encore éprouvé aucun effet.

Un autre résultat intéressant de cette étude, c'est la découverte qu'ils ont faite qu'une petite quantité d'acide sulfurique, mélangée à la saumure dans laquelle sont conservés les quartiers de porc, suffit pour tuer toutes les trichines.

La quantité d'acide à employer pour 100 parties de saumure n'a pas encore été déterminée, mais la proportion est tellement minime que, au point de vue commercial, on n'a pas à craindre la détérioration de la viande. (*Boston med.* et *Ab. méd.*)

**Atrophie musculaire progressive.** — On a généralement admis comme démontré, depuis les recherches de MM. Charcot, Hayem, etc., que l'atrophie musculaire progressive était due à une dégénérescence des cellules nerveuses des cornes antérieures de la moelle. Friedreich a déjà protesté contre cette opinion. Le professeur Lichtheim vient aujourd'hui à son aide. Il rapporte une observation dans laquelle l'autopsie n'a montré aucune lésion des cellules ou des cordons médullaires. Les muscles avaient leurs caractères habituels dans cette maladie. Le malade présentait les symptômes considérés comme caractéristiques de l'atrophie musculaire progressive. En un mot, c'était cliniquement un cas type, et la lésion anatomique a manqué. La compétence des auteurs de cette observation, dit *The Detroit Lancet*, mérite d'éveiller l'attention. (*Lyon méd.*)

**Emploi des rayons solaires comme caustique.** — Depuis plusieurs années, le docteur G..... se sert avec succès de la chaleur solaire pour détruire les nævi materni, les verrues et autres excroissances épidermiques, et, dans ces derniers temps, ce mode de cautérisation a été appliqué aux ulcères et condylomes syphilitiques.

Cette méthode se distingue par l'absence d'hémorrhagie et d'inflammation, par le peu de douleur, par la netteté et la limitation parfaite de la cicatrice. L'eschare se détache du quatrième au huitième jour, laissant une plaie qui se ferme rapidement.

On obtient à volonté des effets superficiels ou profonds, depuis la simple vésicule jusqu'à l'eschare de 10 à 12 millimètres de diamètre.

L'instrument employé consiste en une lentille biconcave de 2 pouces 1/2 de diamètre, et dont le foyer a une portée de 10 pouces environ. Au moment où le faisceau solaire pénètre dans la peau, on entend le crépitement caractéristique de l'ustion, et l'on voit s'opérer la coagulation du sang et la rétraction des vaisseaux. L'auteur a employé avec succès la cautérisation solaire contre des granulations palpébrales qui avaient résisté aux autres moyens. (*Gaz. med. ital.* et *France méd.*)

**Lésions expérimentales des ventricules latéraux.** — Voici les conclusions d'une étude expérimentale et clinique sur les ventricules latéraux, entreprise dans le laboratoire de M. Vulpian par M. Cossy.

L'épendyme est inexcitable; il ne doit pas être assimilé aux méninges. L'excitation mécanique et électrique de toute la surface des ventricules latéraux ne donne lieu à aucun phénomène réactionnel. Les convulsions observées par certains auteurs à la suite de l'électrisation des noyaux caudés sont des phénomènes dus à la diffusion des courants.

L'introduction du nitrate d'argent cristallisé dans les ventricules latéraux du chien produit une inflammation superficielle des parois ventriculaires, une véritable épendymite avec épanchement séro-purulent peu considérable et développé lentement dans ces cavités.

Les symptômes produits par les lésions expérimentales sont sur tout des phénomènes de dépression mêlés de quelques phénomènes d'excitation. On doit les expliquer, non par l'inflammation de l'épendyme, mais par l'épanchement intra-ventriculaire développé lentement et graduellement.

Les phénomènes convulsifs font souvent défaut. Lorsqu'ils existent, on doit les expliquer par la présence de complications, telles que la propagation de l'inflammation au quatrième ventricule, dont la surface est excitable. L'absence des phénomènes convulsifs, dans certains cas, malgré une épendymite très-prononcée, vient à l'encontre de la théorie qui regarde les convulsions comme des réflexes dus à l'excitation de l'épendyme.

Dans beaucoup de cas bien avérés, les épanchements intra-ventriculaires observés chez l'homme, en particulier les épanchements hémorrhagiques, ne s'accompagnent pas de phénomènes convulsifs.

Les injections brusques de liquides dans les ventricules latéraux des chiens produisent constamment une contracture intense et généralisée, due à l'irritation des parties excito-motrices sous-jacentes (capsule interne). Cette irritation est due à la compression brusque des parois ventriculaires, ainsi que l'ont démontré les expériences de M. Duret.

Les épanchements ventriculaires (séreux, sanguins ou purulents) peu abondants et surtout développés lentement, graduellement, ne s'accompagnent pas de phénomènes convulsifs.

Les phénomènes convulsifs, dans les épanchements limités aux ventricules latéraux, sont dus, non pas à un reflux du liquide céphalo-rachidien dans le quatrième ventricule et au choc de ce liquide sur les corps restiformes, mais bien à l'irritation de la capsule interne produite par la compression brusque des parois ventriculaires. (*Progr. méd.*)

**Recherche médico-légale des taches spermatiques.** — En même temps que les spermatozoïdes, le médecin légiste doit aussi observer, en même temps, les éléments figurés empruntés au milieu d'où est venu le sperme. Ainsi, dans l'affaire Cr..., par exemple, cette vieille dame assassinée par des jeunes gens auxquels elle semblait se livrer d'habitude, on retrouva un mouchoir sur lequel il y avait de nombreuses taches tout à fait analogues à celles du sperme. L'examen microscopique y fit découvrir des cellules rondes, allongées, des cellules épithéliales de la bouche, d'autres cellules globuleuses du mucus, enfin des cellules cylindro-coniques des voies respiratoires. Il était donc probable qu'à un moment donné le sperme s'était trouvé dans la bouche, et ce qui confirmait tout à fait cette hypothèse, c'est qu'on y retrouvait mélangés quelques grains de tabac qui ne laissaient aucun doute sur ce qui s'était passé, la personne assassinée étant la seule qui prisât. S'il n'y avait pas eu de grains de tabac, on aurait pu hésiter entre les cellules des voies respiratoires et certaines autres à cils vibratiles qui existent dans l'épididyme et se mélangent au sperme. (*Le Praticien.*)

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 novembre 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### RAPPORTS

**Périostite phlegmoneuse diffuse des maxillaires et phlébite suppurée des sinus.** — M. PÉRIER, rapporteur. M. le docteur Demons (de Bordeaux) a adressé à la Société un mémoire sur

ce sujet. Il a réuni douze observations dans lesquelles il pense que la phlébite des sinus a été le resultat d'une périostite phlegmoneuse dont la cause principale aurait été, selon l'auteur, la carie dentaire. Dans ces observations, rapportées par MM. Daga, Reverdin, Verneuil, Desprès, divers auteurs allemands, etc., on en trouve où la périostite a été consécutive à des extractions de dents, à des tentatives infructueuses d'extraction, à des plombages, etc.; il y en a huit, en un mot, où la carie dentaire n'est pas la cause immédiate. Il ne faut donc pas, avec l'auteur, faire à cette lésion une part si large dans l'étiologie: la périostite alvéolo-dentaire peut être produite par toute autre lésion que la carie; elle ne doit pas non plus être rattachée directement à la phlébite des sinus, qui est consécutive à des lésions autres que la carie dentaire.

M. MAGITOT. Je crois aussi que la pathogénie établie par l'auteur repose sur une confusion; la périostite revêt les formes les plus variables, correspondant à des lésions diverses, depuis la simple fluxion jusqu'aux phlegmons de la face et aux phlébites des sinus; il y a des périostites chroniques d'emblée, spontanées ou non, etc. La périostite prend des aspects différents, et est le point de départ de lésions diverses; si parfois elle peut être liée à la carie dentaire, il ne faut nullement voir dans ce fait une relation constante.

### COMMUNICATION

**Ligature de la carotide primitive gauche pour un anévrysme.** — M. DELENS résume l'observation d'un malade auquel il a pratiqué cette opération. Il s'agissait d'un homme de bonne constitution, âgé de trente-cinq ans, qui, en faisant un effort, avait senti un craquement au niveau de la clavicule gauche. Une tumeur de la grosseur d'un petit œuf apparut quelques jours après, avec des douleurs dans la tête et dans le bras. L'anévrysme fut constaté; la ligature fut décidée et pratiquée avec la précaution de laisser l'artère légèrement soulevée sous un fil de catgut pendant deux minutes avant de faire la ligature. Il n'y eut aucun trouble nerveux; le souffle et les douleurs disparurent aussitôt et complètement. Deux mois après, la tumeur a néanmoins repris son ancien volume; il est probable que les tuniques de l'aorte y participent. Le malade a refusé l'électropuncture, et, se trouvant fort heureux d'avoir été débarrassé des phénomènes douloureux, a quitté l'hôpital.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA MOBILISATION DES ARTICULATIONS MALADES

M. DUPLAY. J'accepte parfaitement, quant au fond, les idées que M. Verneuil a exposées à la Société dans son mémoire sur la mobilisation et l'immobilisation dans le traitement des maladies articulaires; je voudrais seulement établir quelques distinctions dans sa doctrine et lui enlever ce qu'elle a de trop absolu. M. Verneuil s'est élevé contre la crainte de l'ankylose à la suite d'une immobilisation prolongée, et a montré combien est nuisible l'immobilisation incomplète. Cela est vrai pour les cas où l'ankylose n'est qu'une affaire secondaire, et où il faut, avant tout, songer à guérir l'articulation; s'il reste de l'ankylose, c'est l'effet des lésions primitives, et non de l'immobilisation. Mais, en attendant toujours le retour naturel de l'articulation à son état primitif, on aura, je crois, des déceptions. Il faut distinguer entre les arthropathies vraies, celles où les lésions principales sont dans la jointure même, et les périarthrites, les arthropathies, où la lésion principale est plutôt périarticulaire. Pour les premières, j'admets bien la nécessité de l'immobilisation, mais, pour les secondes, pour les périarthrites, je pense que la mobilisation artificielle sera une excellente thérapeutique. En rompant, par exemple, les brides extra-articulaires d'une périarthrite de l'épaule, simulant complètement une arthrite véritable, j'ai obtenu de bons résultats.

M. TRÉLAT. Cette question est vraiment très-complexe et très-vaste; lui donner une formule générale et absolue peut être utile, mais cela nuira nécessairement dans certains points de détail. Je crois qu'il importe ici de distinguer suivant la nature de l'articulation et suivant l'intensité de la maladie. J'ai vu des hydarthroses de moyenne gravité, bénéficier du massage; de même certaines plaies, certaines fractures du radius traitées par une immobilisation trop prolongée, qui est surtout nuisible, comme l'a dit M. Duplay, quand le maximum des lésions est périarticulaire, et dans certains sièges particuliers. Ainsi, j'ai vu un homme vigoureux à qui je pratiquai l'extension de la jambe, raidie à la suite d'attaques rhumatismales: après quelques tentatives, ce malade me quitta, et obtint des résultats plus satisfaisants à la suite d'une saison à Bourbonne et à Aix, et après un traitement institué par un masseur renommé. Un autre de mes malades est un charpentier venant d'Algérie, auquel je fis le redressement du genou : je produisis un certain degré de subluxation du tibia, qui amena une telle compression de l'artère poplitée que je dus pratiquer l'amputation; ce malade guérit. Dans un autre cas encore, j'ai observé un jeune homme qui se trouva beaucoup mieux de la mobilisation naturelle que des manœuvres de redressement du genou, auxquelles je l'avais d'abord soumis, et qui étaient horriblement douloureuses. Je dirai donc que, pour certaines articulations, hanche, coude, genou, lorsque l'arthrite est ancienne et intense, on n'obtient pas beaucoup par la gymnastique; mais, pour certaines articulations, épaule, poignet, doigts, avec des arthrites légères, il me semble, d'après mon expérience personnelle, que les tentatives de mobilisation sont à la fois plus nécessaires et moins dangereuses.

### PRÉSENTATION DE MALADES

**Anévrysme d'une branche collatérale de l'artère fémorale, guéri par la glace.** — M. BERGER présente un jeune homme qui, en désossant de la viande, se blessa au niveau de la partie moyenne de la cuisse; huit jours après apparut une tumeur de la grosseur d'une pomme d'api, avec battements, expansion, souffle synchrone à la diastole artérielle, etc. Les battements étaient conservés dans la tibiale postérieure. La tumeur était très-sensible; on appliqua de la glace, les battements et le souffle disparurent le deuxième jour; il y eut, à un moment donné, du gonflement, une rougeur considérable et une inflammation notable de la tumeur. La glace ne fut ensuite appliquée que pendant la nuit; en quinze jours la guérison était complète.

M. GILLETTE fait remarquer la rareté de ces anévrysmes, et ajoute que la guérison par les réfrigérants n'est pas toujours aussi heureuse; il a trouvé dans la science plusieurs cas de gangrène du sac, et des accidents graves consécutifs à ce traitement.

**Polypes naso-pharyngiens.** — M. VERNEUIL présente un jeune malade auquel il a traité un énorme polype naso-pharyngien par la méthode de douceur, contrairement à l'opinion autrefois émise par lui, qu'il est préférable de faire de larges opérations pour enlever ces polypes. Avec les procédés opératoires nouveaux, il semble qu'on peut revenir aux opérations parcimonieuses. Ce garçon est arrivé à l'hôpital avec une anémie profonde, causée par des épistaxis continuelles. On constata l'existence d'un polype descendant jusque près du larynx. Après avoir essayé l'ergot de seigle, le fer, etc., M. Verneuil fendit le voile du palais avec le thermocautère, et avec un écraseur linéaire réséqua près de 5 centimètres du polype. Les hémorrhagies cessèrent, la respiration se rétablit régulièrement. On poursuivit alors la guérison par les cautérisations à l'acide chromique, tous les deux ou trois jours. Ces applications furent à peine douloureuses; elles ont suffi pour réduire le volume du polype, et changer sa nature d'une façon remarquable : le polype, qui était d'une dureté excessive, s'est ramolli peu à peu et s'est atrophié. Aujourd'hui le malade se mouche assez facilement. Je crois d'ailleurs que l'acide chromique constitue un moyen de cautérisation bien supérieur à ceux que nous avions autrefois à notre disposition.

M. DUPLAY. Je présenterai aussi un de mes malades, dont l'observation vient encore à l'appui de la théorie des méthodes de douceur; je l'ai traité par les injections interstitielles de chlorure de zinc. Je tiens à signaler ce fait aujourd'hui, comme pouvant peut-être conduire au traitement de ces polypes, sans opération préalable, par de simples injections.

M. TRÉLAT. Je rappelle, à ce propos, que depuis six ans j'ai traité ces polypes par les cautérisations lentes; j'observe encore actuellement un jeune homme que je puis considérer comme guéri par ce procédé, et qui pourtant était dans un état désespéré.

ÉLECTIONS

Sont nommés membres des commissions pour les prix de 1879 : PRIX DEMARQUAY (sujet : *Pathogénie des ankyloses*). — MM. Sée, Horteloup, Desprès, Farabeuf et Le Fort. — PRIX GERDY (sujet : *Pyohémie*). — MM. Berger, Périer, Verneuil, Guéniot et Nicaise. — PRIX DUVAL. — MM. Duplay, Marjolin, Terrillon, Forget et Lucas-Championnière. — PRIX LABORIE. — MM. Trélat, Terrier, Nicaise, Anger et Delens.

La séance est levée à cinq heures et demie.

## INSTRUMENTS ET APPAREILS

### Appareils orthopédiques de MM. Rainal frères.

I

DÉVIATIONS LATÉRALES PATHOLOGIQUES DU RACHIS.

SCOLIOSE AU DÉBUT. (*Première période*). — Dans la première période (fig. 1), c'est à peine si l'on aperçoit une légère disposition en S de la série des apophyses épineuses, conséquence de la torsion des vertèbres. *L'épaule est plus élevée*, plus saillante ; on voit se dessiner toute la ligne des apophyses épineuses dont la convexité regarde de côté. *C'est ce que les mères de famille appellent épaule forte.*



Fig. 1.

APPAREIL POUR LA DÉVIATION SYMPTOMATIQUE DU RACHIS (fig. 2). — Cet appareil a pour but de soutenir les parties supérieures du tronc en prenant un solide point d'appui sur les crêtes iliaques. Il se compose d'une ceinture métallique bien rembourrée entourant le bassin et de deux tuteurs sous-axillaires.

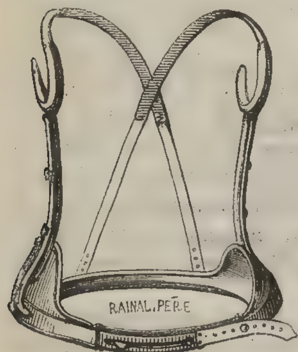
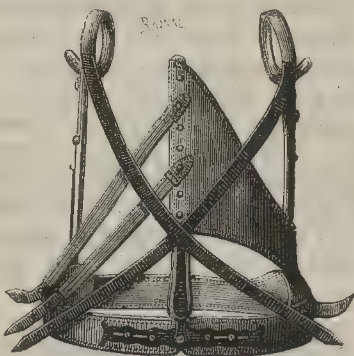


Fig. 2.


Fig. 3.

Il est surtout applicable chez les jeunes filles dont la croissance rapide et la faible constitution amènent quelquefois la déviation de la taille.

CORSET A PRESSIONS ÉLASTIQUES (fig. 3). (*Traitement de la scoliose.*) — Cet appareil a les mêmes points d'appui que le modèle fig. 2 ; nous y avons ajouté un tuteur dorsal articulant sur la ceinture. Il est muni d'une bande de cuir destinée à exercer une pression sur la convexité de la courbure ; la traction est obtenue au moyen de bandes élastiques placées sur le côté de la ceinture.

SCOLIOSE PRONONCÉE. (*Deuxième période.*) — Dans la seconde période (fig. 4), on rencontre les mêmes changements que précédemment, mais à un degré plus élevé ; ce qui caractérise surtout cette période, c'est l'existence de la courbure sigmoïde du rachis : le relief du flanc gauche disparaît ; il est remplacé par une concavité qui rend la hanche gauche saillante, tandis qu'à droite le flanc se relève et la hanche s'efface.


Fig. 4.

APPAREIL POUR LA SCOLIOSE TYPE. (*Modèle du professeur Panas.*) — Ce corset (fig. 5), construit sur les indications du professeur Panas, a pour but d'exercer une pression latérale sur les courbures sigmoïdes de la scoliose ; sur le tuteur dorsal est fixé un levier dont l'extrémité supérieure et inférieure est munie d'une pelote s'appliquant sur les deux courbures ; une traction élastique exerce une pression constante.

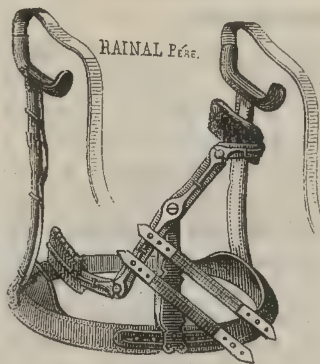


Fig. 5.



Fig. 6.

CORSET A PLAQUE COMPRESSIVE POUR LA SCOLIOSE (fig. 6). — Cet appareil est applicable dans les cas de forte courbure à la partie supérieure, alors que les petites courbures de compensation sont à peine sensibles. Une plaque munie d'une vis de rappel permet d'exercer une pression continue sur la convexité de la colonne vertébrale.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'externat.* — Question donnée le 4 novembre : *Vertèbres cervicales.*

Question donnée le 6 novembre : *Conformation et rapports des reins.*

— A la séance du 25 octobre 1879 de l'Académie royale de médecine de Belgique, M. Warlomont a demandé la parole pour une motion d'ordre et s'est exprimé en ces termes :

« Dans le *Rapport sur l'admission des médecins étrangers* à exercer l'art de guérir en Belgique, dont j'ai eu l'honneur de vous donner communication dans la séance du 28 juin dernier, j'ai réédité le récit — emprunté au livre de M. E. Le Fort (1) — du scandaleux négoce de diplômes qui se fait à l'université de Philadelphie.

« La chose a paru si monstrueuse à beaucoup de monde, que j'ai reçu à ce sujet, de divers côtés, des protestations indignées, et qu'on m'a demandé de faire la preuve de ce que j'avais avancé. Cette preuve, je vous l'apporte. Elle appert d'une lettre émanée de M. Jacques Syton, docteur en médecine et secrétaire de la véritable université de Philadelphie, qui a bien voulu me donner les renseignements suivants :

« Il y a à Philadelphie une institution profondément discréditée, « qui a pris le nom d'*Université américaine de Philadelphie.* Cette « institution fait le trafic des diplômes, dont la plupart se vendent « en Europe. En Amérique, le commerce ne va plus, car la mèche « est éventée ; mais en Europe il continue à aller très-bien. — Il y « a quelques années, la commission législative de l'État de Pen« sylvanie a porté un décret enlevant la licence à ladite exploita« tion ; mais, par suite d'un vice de forme (*technical defect*), cet ar« rêt n'a pu sortir ses effets. *Cette institution continue à exister et « à violer cette décision en faisant un trafic de diplômes.* A sa tête « se trouve le docteur *Buchanan*, bien connu en Europe par les « circulaires et les annonces qu'il y fait répandre à profusion. »

« Je crois utile d'ajouter, pour écarter une confusion que j'ai faite moi-même dans mon rapport, qu'à côté de cette institution frelatée, vit et florit, à Philadelphie, l'antique faculté de médecine, dite : *The medical Departement of the University of Pennsylvania*, créée en 1765, qui n'a rien perdu de son ancienne et légitime renommée, et qui a fait, récemment encore, de grands efforts pour perfectionner le système d'éducation aux États-Unis, et, dans ce but, a considérablement étendu son enseignement. »

(1) *Étude sur l'organisation de la médecine en France et à l'étranger*; 1871.

— M. le professeur Bouchard commencera son cours de pathologie et thérapeutique générales le samedi 8 novembre 1879, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. de Lanessan, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale le samedi 8 novembre 1879, à deux heures du soir, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. le professeur Verneuil commencera ses leçons de clinique chirurgicale, à la Pitié, le lundi 10 novembre 1879, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants.

— M. le professeur Trélat commencera son cours de pathologie chirurgicale le lundi 10 novembre 1879, à trois heures du soir, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le professeur Sappey commencera son cours d'anatomie le lundi 10 novembre 1879, à quatre heures du soir, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le professeur Panas commencera ses leçons de clinique ophthalmologique le lundi 10 novembre 1879, à huit heures et demie, à l'Hôtel-Dieu, et les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Tous les mercredis, exercices ophthalmoscopiques, à huit heures du matin. Les mardis, jeudis et samedis, visite des malades dans les salles, à huit heures et demie.

— M. le professeur Hardy commencera ses leçons de clinique médicale à la Charité, le mardi 11 novembre à huit heures et demie du matin et les continuera les jours suivants à la même heure.

— M. le professeur Depaul commencera ses leçons de clinique d'accouchements à l'hôpital des Cliniques, le mardi 11 novembre 1879 à huit heures du matin, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Léon Le Fort commencera son cours d'opérations et appareils le mardi 11 novembre 1879, à quatre heures du soir, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. Kirmisson, assisté de ses aides, a commencé un cours de médecine opératoire le 7 novembre à l'ancienne École pratique.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8854.

## Capsules B. Bain

A L'HUILE DE FAINE IODO-CRÉOSOTÉE

Participant de l'action de l'iode et de la créosote, ce médicament est employé avec succès contre les *Bronchites chroniques*, *Phthisie*, *Laryngite*, *Scrofules*, etc.

CAPSULES B. BAIN A L'HUILE DE FAINE CRÉOSOTÉE.

Pharmacie, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

## Maltine Gerbay,

*Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées*

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

*Dépôt dans toutes les pharmacies.*

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

## Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

## Pilules de Blancard, **approuvées par l'Académie de Médecine de Paris**

*N. B* L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

*Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

## Solution Bourguignon

**au chlorhydro-phosphate de chaux.**

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie ; deux cuillerées à chaque repas. — Dans toutes les pharm.

PHTHISIE PULMONAIRE, BRONCHITES, CATARRHES, etc.

## Vin et Huile de foie de Morue

**CRÉOSOTÉS** du Dr G. FOURNIER, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, contenant chacun 0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe. (*Exiger sa signature.*)

**Capsules d'Huile créosotée à 0,05**

Préparations créosotées SEULES récompensées à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, et 10, rue de l'Arcade (Paris).

## Sirop et Pâte Lebeault

AUX FRUITS BÉCHIQUES

Les seuls pectoraux exempts de narcotiques.

COCA FIEVET. Vin tonique, réparateur, fébrifuge et digestif.

Pharmacie LEBEAULT, FIEVET successeur, 53, rue Réaumur, Paris, et pharmacies.

## Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

## Elixir et Vin de Coca,

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires, là où le quinquina est impuissant.

E. FOURNIER et Ce, 56, rue d'Anjou St-Honoré.

VIANDE, FER ET QUINA.

## Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

*et aux principes nutritifs solubles de la* VIANDE.

Ce MEDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

## Baume de Tolu Le Beuf

(*Émulsion concentrée et titrée, non alcaline.*)

L'émulsion de Tolu Le Beuf est la *seule préparation* qui contienne sans *altération*, ni *modification aucune*, **tous les principes actifs** du Baume de Tolu.

A la dose de 6 à 12 cuillerées à café par 24 heures (2 *cuillerées à café par tasse d'infusion sucrée chaude ou froide*), **la toux** est toujours victorieusement combattue, les sécrétions sont rendues plus faciles, cessent rapidement et les malades sont admirablement soulagés.

PRIX DU FLACON : 2 FR. 50.

Dépôt à Paris, 25, rue Réaumur, et dans les princip. pharmacies de France et de l'étranger.

## Poudre anti-asthmatique

du docteur LEFEBVRE.

Vingt-cinq années d'expérimentation sur lui-même de toutes les vapeurs médicamenteuses (cigarettes, papiers et poudres anti-asthmatiques) permettent au docteur Lefebvre d'affirmer la supériorité et l'infaillibilité de cette préparation. Les vapeurs dégagées par sa combustion calment à l'instant même le spasme dyaphéique, éloignent les crises et amènent la guérison. Un brûloir portatif inventé par ce docteur assure au malade le moyen de combattre tout accès d'oppression qui le surprendrait hors de chez lui.

Dépôt : Phie CHIRON, 19, boulev. Magenta, Paris.

## Elixir CHLORHYDRO-PEPSIQUE Grez

AUX QUINAS COCA ET PANCRÉATINE

Préparation TONI-DIGESTIVE, d'un goût agréable, expérimentée avec succès dans les hôpitaux par MM. Archambault, Bouchut, Dujardin-Beaumetz, Frémy, Gubler, Huchard, Lucas-Championnière, dans *dyspepsies*, *gastralgies*, *vomissements*, *anémies*, *convalescences*, etc. (1 à 2 cuillerées aux repas.)

Phie CHARDON, 20, faub. Poissonnière, et pharm.

## Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

*Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique*

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

## Rob Lechaux

Le ROB LECHAUX est une simple concentration des principes actifs du *cresson*, de la *salsepareille*, du *quina* et de l'*écorce d'oranges amères*. Il en a par conséquent au plus haut degré les propriétés dépuratives et toniques.

Il stimule l'appétit et active la nutrition.

On l'emploie avec succès contre les maladies diathésiques (*syphilis*, *herpétisme*, *tuberculose*).

Le flacon, 4 fr. Dép. gén., Bordeaux, ph. Lechaux.

## Coqueluche guérie sûrement

et promptement par le **Sirop Benzoïque** au *Bromure d'ammonium*, de Ch. SERRES — Dépôt : 31, rue d'Amsterdam, Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies.

## Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.

RENAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

## Épilepsie. Hystérie. Névroses

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

## Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

VIN FORESTIER A LA VIANDE.

VIN FORESTIER A LA GLYCÉRINE PURE.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

## Losange purgatif

anciennement GANGE PURGATIF

*à l'Évolvuline, jalapine purifiée*, Codex 443).

Très-facile à prendre, sans saveur aucune, ne donnant ni coliques, ni nausées, ni constipation.

Pharmacie TRICOT, 39, rue des Saints-Pères.

Prix : 1 fr. 20 les deux purgations ; par la poste, 1 fr. 35.

## Maladies de la peau

Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LÉPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le docteur CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc.

Dépôt général à Paris : Pharm. FOURNIER, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — Et pour la vente en gros : pharm. LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, se trouvent dans toutes les pharmacies.

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

## Capsules molles de Bourgeaud

**A LA CRÉOSOTE VRAIE**

et à l'**Huile de Foie de Morue,**

Formules des docteurs BOUCHARD et GIMBERT.

*Les seules employées dans les hôpitaux de Paris.*

BOURGEAUD, pharmacien, fournisseur des hôpitaux, 20, rue de Rambuteau, à Paris.

Ces capsules, à *enveloppe mince et soluble*, d'*odeur agréable*, *à saveur sucrée*, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indications contres, 0g,02 de *créosote vraie* du goudron de hêtre et 0g,50 d'huile de f. de morue. Les grosses, 0g,05 de *créosote vraie* et 2 gr. d'h. de f. de m. Sur demande, les mêmes capsules : dosées 0g,10 de créosote.

Dose : 5 à 10 *petites capsules* et 2 à 4 *grosses capsules* matin et soir, ou avant le repas, suivant l'avis du médecin. — LA BOITE : 4 FRANCS.

VIN ET HUILES CRÉOSOTÉS. La Blle 5 fr.

## Capsules Gardy D'HUILE DE Gabian

(*Medicinal-naphta*)

contre *Maladies des voies respiratoires*, *Bronchite chronique*, *Asthme*, *Bronchorrhée*, *Toux*, *Rhume*, *Catarrhe pulmonaire*.

Dépôt général : Pharmacie, 45, rue Caumartin, Paris. (Dans toutes les pharmacies.)

Prix du flacon, avec notice : 3 francs.

## Quinoïdine Duriez. D'un prix bien inférieur

à celui du sulfate de quinine et des préparations de quinquina ; la quinoïdine est le dérivé du quinquina, accessible à tous les malades.

**Tonique, fébrifuge, antinévralgique.**

Consulter : le *Bull. de l'Acad. de méd.*, an. 1878, p. 509, et l'*Union médicale*, an. 1878, p. 823.

**Les Dragées de quinoïdine Duriez** contiennent chacune 10 centigrammes de quinoïdine.

*Teinture alcoolique, à l'usage des médecins, contenant par gramme 10 centigr. de quinoïdine.*

Paris, 20, place des Vosges.

N° 130. — MARDI 11 NOVEMBRE 1879. 52e ANNÉE. MARDI 11 NOVEMBRE 1879. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

### Ataxie locomotrice.

J'ai fait venir dans l'amphithéâtre le malade que nous avons sous les yeux, afin d'étudier devant vous les principaux phénomènes qu'il présente : ainsi exposés, ils se graveront mieux daus vos esprits. Mais je dois auparavant vous raconter les antécédents de ce malade.

C'est un homme de trente-huit ans, sculpteur, ancien militaire, ayant subi des fatigues exagérées pendant le siège de Belfort. En 1871, il a contracté la syphilis, affection qui a suivi son évolution ordinaire : après le chancre est venue l'éruption de la période secondaire. La santé a ensuite été très-satisfaisante jusqu'à l'année 1876. A cette époque, sans cause connue, apparurent quelques phénomènes du côté de la vue : cet homme ne voyait pas bien; il distinguait les objets par le haut, mais n'en apercevait point les parties situées vers le bas; il ne voyait pas le sol. En même temps il croyait voir les objets danser autour de lui, comme s'il était ivre. Ces troubles de la vision durèrent une quinzaine de jours, puis ils disparurent. Quelques mois plus tard, en novembre 1876, ce malade fut pris de douleurs persistantes dans les mollets, mais ces douleurs n'étaient pas fulgurantes : elles étaient plutôt la sensation de brûlure violente, « comme si l'on enfonçait un tison ardent dans les mollets. » Ces accidents ne durèrent encore que quelques jours, puis, encore une fois, tout rentra dans l'état normal. Rien d'anomal du côté de la tête ni de l'estomac.

C'est au mois de janvier 1877 que le malade s'aperçut pour la première fois qu'il chancelait et qu'il avait de la peine à marcher droit. Sa force musculaire n'était pas diminuée, mais, tout en faisant de longues courses, il sentait qu'il était déjà moins maître de la coordination des mouvements de ses jambes. Ces phénomènes s'accentuèrent: les courses devenaient très-pénibles; les mollets, les cuisses et les jambes étaient traversés par de véritables douleurs fulgurantes. La marche fut de plus en plus difficile : pendant l'hiver de 1877, les forces diminuèrent sensiblement, mais le malade ne percevait pas encore pendant la marche la sensation de coton sous la plante des pieds.

Des douleurs constrictives autour de la poitrine, à la région sternale, apparurent encore; la faiblesse des membres augmenta; la station debout devenait difficile. Alors se manifesta un phénomène remarquable : cet homme était avec ses amis quand ils lui firent remarquer que sa paupière gauche était tombée et recouvrait l'œil plus que du côté droit; quelques jours après, il s'aperçut en outre que le même œil gauche était atteint de strabisme et qu'il voyait double. Ces phénomènes ne furent que transitoires, et, après quelques mois, ne laissèrent presque pas de trace Mais, pendant que les accidents se dissipaient du côté de l'œil, ils s'accentuaient du côté des membres, et surtout des membres inférieurs, où la faiblesse et l'incoordination de la marche apparaissaient à un degré assez prononcé pour que le diagnostic d'ataxie locomotrice ne fût plus douteux.

Quelques phénomènes spéciaux vinrent encore compléter le tableau clinique de cette affection : des troubles de la miction, douleur en urinant, paralysie vésicale obligeant même à pratiquer le cathétérisme, des douleurs très-vives de l'estomac se déclarèrent et persistèrent longtemps.

Après avoir fait l'histoire pathologique de cet homme, examinons maintenant son état actuel. Je l'interroge devant vous, et vous voyez sa manière de se tenir debout : il dit qu'il chancelle, qu'il se trouve « comme s'il était sur des ressorts, sur quelque chose qui le pousse en haut. » La station debout est donc difficile. Pour la progression en avant, vous voyez qu'il est obligé de s'appuyer, qu'il projette ses jambes à droite et à gauche et qu'il « talonne », comme on dit. Quand il marche, il lui semble qu'il marche sur un tapis épais; quelques malades croient même marcher sur des éponges. Si nous lui faisons fermer les yeux, il ne peut plus se tenir debout; il chancelle immédiatement dès qu'il est privé du secours de la vue. La sensibilité n'est cependant pas abolie, mais il nous fait remarquer lui-même qu'il y a un retard dans ses sensations tactiles, et que, « lorsqu'il se cogne le pied, il est assez longtemps à s'en apercevoir. » Vous pouvez aussi constater que, malgré la faiblesse apparente des muscles, il m'est absolument impossible de fléchir ou d'étendre sa jambe. Il supporte également un lourd fardeau : le poids d'un homme, monté sur ses épaules, ne le fait pas fléchir. La faiblesse n'est donc qu'apparente : il y a quelque chose qui l'empêche de se servir de cette force musculaire encore intacte. Aux membres supérieurs, il n'y a pas de troubles notables; il s'est aperçu pourtant qu'il des-

sine un peu moins bien et que son écriture est un peu tremblée : il existe, en effet, un peu de tremblement de la main.

Mais il y a un autre phénomène plus spécial qui doit un moment arrêter notre attention : c'est la diminution considérable du volume de l'avant-bras gauche, dont la circonférence est plus petite d'un centimètre que celle de l'avant-bras droit. Vous voyez aussi que la main gauche est plus amaigrie que la main droite, que le pouce est plus rapproché de l'indicateur, et qu'il ne peut pas en être écarté au-delà d'un angle aigu assez faible, tandis qu'à la main droite il peut faire avec l'indicateur un angle droit. Cette déformation tient à la disparition des muscles de l'éminence thénar. Il y a de l'atrophie musculaire de ce côté ; c'est ce qui empêche les mouvements du pouce, diminue leur amplitude et gêne ses mouvements d'opposition aux autres doigts (main simienne). La vision est actuellement normale; notons cependant la contraction exagérée des pupilles et un reste de strabisme interne. La sensibilité est conservée aux membres et aux mains. Au point de vue de l'état général, cet homme se porte bien ; du côté des fonctions génitales, il « croit qu'il pourrait encore fonctionner. »

Tous ces faits exposés, il nous reste à donner un nom à cet ensemble de phénomènes divers; or, ici, le diagnostic s'impose : c'est de l'ataxie locomotrice progressive, caractérisée, vous le savez, par la sclérose des cordons postérieurs de la moelle épinière. Nous en avons tous les détails précurseurs et tous les symptômes les plus caractéristiques. Remarquez combien le début est insidieux, et combien il paraît d'abord s'éloigner des signes d'une maladie de la moelle. Mais ces phénomènes primitifs, troubles de la vue, de l'ouïe, ne sont que transitoires; ils disparaissent à peu près, puis apparaissent des signes plus évidents, défaut d'équilibre, douleurs fulgurantes transitoires, projection particulière des pieds, du talon, retard dans la perception de la sensibilité, etc. Il n'y a pas eu cependant de trouble notable de la sensibilité : il ne faut pas croire, en effet, que tous les ataxiques présentent de l'anesthésie, et l'on a tort d'attribuer l'incoordination des mouvements de la marche à des troubles de sensibilité.

Les phénomènes viscéraux ont été très-marqués chez notre malade : l'estomac, la vessie (cystite du col et paralysie musculaire), ont présenté des caractères spéciaux, se rapprochant des douleurs fulgurantes des membres.

Mais c'est l'atrophie musculaire du membre supérieur gauche qui est ici un phénomène remarquable. Ce n'est pas là la véritable atrophie musculaire progressive ; celle que nous observons est bornée à un groupe de muscles, spécialement aux muscles de l'éminence thénar, elle ne s'étend pas ; elle tient simplement à une fusée du processus sclérosique des cellules postérieures de la moelle vers quelques-unes des cellules motrices des cornes antérieures. Bien qu'il soit assez rare, ce phénomène n'est pas insolite dans l'ataxie locomotrice.

Que dirai-je du pronostic ? C'est bien triste à avouer, mais il est très-grave : la maladie va toujours en s'aggravant, et nous restons impuissants contre elle. Si quelques phénomènes accessoires du début ont été transitoires et ont disparu, voyez comment les phénomènes constitutifs mêmes de la maladie ont pris une marche toujours progressive et fatalement croissante. La marche devient de plus en plus pénible, puis viendra l'impossibilité de dessiner, d'écrire, etc. Mais la durée de la maladie est très-longue et ses progrès très-lents. Vous avez vu pendant dix-huit mois dans notre service cet homme ataxique, couché au n° 12 de la salle Saint-Charles, qui ne pouvait absolument plus remuer, et qui était arrivé à l'impuissance complète, parlant à peine, réduit, en un mot, à l'état d'un véritable meuble, inerte et aveugle, quoique l'intelligence fût relativement conservée et qu'il eût encore un peu de mémoire.

La thérapeutique, hélas! ne nous donne aucun moyen de guérir ou d'entraver cette affection. Nous ne pouvons que soulager le malade. Les moyens extérieurs qui sont les moins inefficaces sont les révulsifs cutanés sur le trajet de la colonne vertébrale, les ventouses sèches, les pointes de feu, les bains sulfureux tous les deux jours.

A l'intérieur, on se trouvera bien de l'emploi de l'iodure de potassium, qui agit un peu sur la résorption du tissu conjonctif en voie de prolifération. C'est le meilleur agent de traitement : il ne guérit pas, mais il soulage et retarde les progrès de la maladie. Le nitrate d'argent, à la dose d'un à trois centigrammes par jour, agit encore un peu comme l'iodure de potassium. On les emploie alternativement l'un et l'autre, chacun pendant une quinzaine ou une trentaine de jours. On leur doit assez de demi-succès.

Les accidents douloureux occupent une large place dans cette affection ; nous les calmerons avec les injections hypodermiques, le chloral, les applications de chloroforme. Nous nous attacherons enfin à combattre autant que possible les longues et cruelles insomnies dont souffrent tant ces malades, qui, je vous l'ai dit, ayant conservé toute leur intelligence, n'en sont que plus impressionnés par leur triste situation.

---

## HOTEL-DIEU DE LYON. — M. D. Mollière.

### Blessure par arme à feu. — Plaie du foie. — Guérison.

(Observation recueillie par M. Cognard, interne du service.)

Dans le *Progrès médical* du 10 novembre 1877, M. Daniel Mollière publiait une observation de plaie du foie par instrument piquant, suivie de guérison : il s'agissait d'un peintre qui tomba de son marchepied, et cela si malheureusement que des ciseaux qu'il avait dans sa poche pénétrèrent dans la cavité abdominale, dans l'épaisseur du foie, au niveau du dixième espace intercostal. Le doigt, introduit dans la plaie, permettait de constater que le foie était bien réellement intéressé. Malgré la profondeur de la lésion, malgré une hémorrhagie des plus abondantes, le malade guérit sans accidents : le traitement avait consisté en une immobilité absolue dans le décubitus dorsal, et dans l'emploi de la glace en application sur l'abdomen.

Je veux relater aujourd'hui l'histoire d'un autre malade qui fut apporté également dans le service de M. Mollière, et qui, lui aussi, atteint de plaie du foie, guérit aussi bien que le premier au bout d'un mois et demi.

Cette observation me semble intéressante à rapprocher de la précédente, car toutes deux viennent à l'appui des idées développées par M. Roustan dans sa thèse inaugurale (Paris, 1875), ainsi que des expériences auxquelles s'est livré M. Terrillon touchant le même sujet.

Le nommé M. B..., trente-deux ans, corroyeur, né à Saint-Beaugely (Aveyron), s'est, le matin même de son entrée à l'hôpital (4 août 1879), tiré un coup de révolver dans la région de l'hy-

pochondre droit. La plaie n'a pas plus de 6 ou 7 millimètres de diamètre; ses bords sont mal limités; tout autour la peau est brûlée, dure, raccornie sur une zone de 3 ou 4 millimètres. Elle est située à 3 centimètres au-dessous du rebord des cartilages costaux, à 3 centimètres en dedans de la ligne mamelonnaire. La peau des régions voisines ne présente ni rougeur ni gonflement. Un stylet introduit dans la plaie pénètre à 1 centimètre de profondeur, dans une direction perpendiculaire; mais comme, pour pénétrer plus avant, le stylet devrait être conduit avec un peu plus de force et pourrait produire des désordres, l'exploration n'est pas poussée plus loin, et l'on reste indécis sur le trajet exact suivi par le projectile.

Il ne s'écoule d'ailleurs qu'une quantité insuffisante de sang; la plaie n'a pas saigné davantage au moment de l'accident.

Le malade éprouve une douleur assez vive dans tout le côté droit, mais la pression n'est pas douloureuse. Il accuse une certaine difficulté à respirer, plus accentuée lorsqu'il garde la position horizontale.

Rien à l'auscultation de la poitrine.

Un vomissement alimentaire dans la journée. Actuellement il est pris de hoquet. La langue est blanche, sèche, avec impressions dentaires sur les bords. Soif vive. Température rectale, 38°,5. Pouls, 100.

On ordonne une potion avec extrait thébaïque, 0g,05; glace à l'intérieur.

5 août. — La nuit a été bonne. Ce matin, le malade se sent mieux, ne souffre presque pas, et n'éprouve plus aucune gêne à respirer. Le ventre est souple. Pas de vomissements. Peau fraîche. Pouls, 80.

On ordonne l'application continue de vessies de glaces sur l'abdomen au niveau de la plaie.

6 août. — Un vomissement assez bilieux abondant ce matin. Le ventre est un peu ballonné, mais non douloureux. Constipation. La température se maintient entre 37° et 38°. Pouls, 92.

Les conjonctives offrent une légère teinte jaune. Les urines ont une teinte foncée. Les matières fécales n'ont pas été examinées.

On prescrit quatre sangsues à appliquer au pourtour de la plaie.

Soir. — Les vomissements se sont renouvelés. En présence des vomissements et de la teinte ictérique des téguments, on ne peut conserver de doutes sur l'existence d'une plaie du foie.

7 août. — Les vomissements ont continué, offrant les mêmes caractères; une selle le matin.

8 août. — L'état s'est amélioré. Plus de vomissements, plus de douleur. Le ballonnement du ventre a disparu.

Une selle; matières demi-solides, fortement colorées en brun.

9 août. — La teinte ictérique a disparu.

Depuis ce jour, les vomissements ont complètement cessé.

L'amélioration se maintient, et le malade ne se plaint plus que d'une anorexie complète jusqu'au 4 septembre.

4 septembre. — Ce matin, le malade se sent mal à son aise. Il a eu un frisson; il éprouve un point douloureux dans le flanc droit. La peau est chaude: le pouls un peu accéléré; plus de dyspnée ni de toux. Rien à l'auscultation de la poitrine, sauf des râles sibilants dans toute la hauteur du poumon gauche.

Sulfate de quinine, 50 centigrammes.

3 septembre. — Le malade se trouve bien. Température normale.

12 septembre. — Accès de fièvre dans la soirée.

Sulfate de quinine, 50 centigrammes.

13 septembre. — Nouvel accès, plus fort que la veille; température, 41°,7. Le malade, interrogé sur ses antécédents, déclare n'habiter Lyon que depuis trois mois; il arrive des environs de Montpellier, où les marécages occasionnent chaque année de nombreux cas de fièvre intermittente. Il n'en avait jamais ressenti les effets auparavant.

Chaque jour une potion avec sulfate de quinine, 50 centigrammes.

22 septembre. — Le malade sort complètement guéri. Il est revenu quinze jours après, et dit ne ressentir aucun malaise.

Au début, on a pu se demander si la balle était bien réellement dans le foie; mais peu de jours après le doute n'était plus possible. L'orifice d'entrée était, il est vrai, à 3 centimètres au-dessous du rebord costal, et l'on sait que, sur le cadavre, le foie ne dépasse pas ce rebord; mais il est parfaitement établi que, dans la station verticale, le foie peut descendre beaucoup plus bas, surtout si le sujet est en état d'inspiration. Or notre malade était debout au moment de l'accident, et il est rationnel de penser qu'il était en état d'inspiration forcée, comme on l'est chaque fois que l'on se dispose à un effort violent.

Au reste, nous avons vu que les symptômes observés dans la suite, l'ictère principalement, venaient pleinement confirmer ces données de physiologie.

Nous étions donc bien en présence d'une plaie du foie. Mais comment se fait-il qu'il n'y ait pas eu d'hémorrhagie? Nélaton ne pense pas que la présence d'une balle dans le foie puisse prévenir une hémorrhagie mortelle. Malgré l'autorité de ce maître, nous ne pouvons nous empêcher de croire que le projectile, au contraire, n'a pas été étranger à l'absence de tout écoulement sanguin, qu'il a joué en quelque sorte le rôle de bouchon, et oblitéré la voie par laquelle le sang eût pu se faire jour, soit au dehors, soit dans le péritoine.

Il y avait dès lors une contre-indication formelle à toute tentation d'extraction de la balle. Celle-ci est en effet restée sans causer d'accident, et la guérison, complète au bout d'un mois et demi, est venue justifier la conduite du chirurgien.

Enfin, et pour terminer, je rappellerai quelle était l'opinion des anciens sur le pronostic des plaies du foie: Hippocrate, Galien, Celse, Paracelse, considèrent toute plaie de cet organe comme mortelle. Les nombreux cas rassemblés dans la thèse de M. Roustan, et les deux observations cidessus, tendent au contraire à prouver que le pronostic des lésions traumatiques du foie est bénin en lui-même, et que la gravité dépend uniquement des complications.

---

## MÉDECINE OPÉRATOIRE

### A propos de la ligature de l'artère linguale.

Dans le numéro du 4 novembre dernier nous avons rendu compte d'une séance de la *Société de Chirurgie* (29 octobre dernier), dans laquelle la ligature de la linguale a été discutée. Nous recevons à ce sujet de M. le docteur Fort la communication suivante:

En lisant le compte-rendu de la séance du 29 octobre, on voit que les chirurgiens ne sont pas d'accord sur le choix du procédé de la ligature. M. Anger a cherché l'artère sans pouvoir la rencontrer; M. Le Dentu a été gêné par le tendon du digastrique; M. Terrier croit, contrairement à un de ses collègues, qu'il n'est pas nécessaire de fixer l'os hyoïde pendant l'opération.

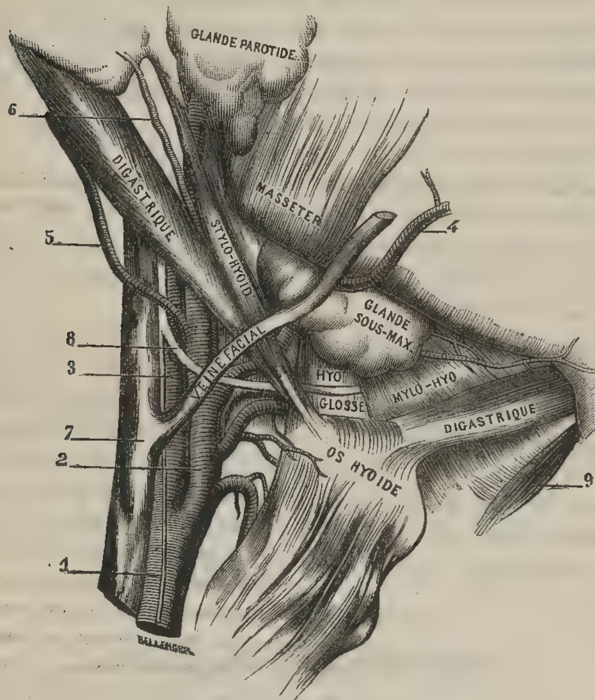
Le manuel opératoire de cette ligature, tel qu'on le pratique aujourd'hui, ne me paraît pas devoir être conservé. Pour trouver l'artère, on recherche un triangle formé par le nerf grand hypoglosse, par le tendon du digastrique et par le muscle mylo-hyoïdien, triangle dont l'aire mesure à peine un demi-centimètre carré, et dont les bords sont sujets à des anomalies de déplacements.

Voici ce que je dis à ce sujet dans le *Cours de médecine opératoire* (1) que je viens de publier.

« Je ne recommande pas le procédé des auteurs : 1° parce qu'il rend l'opération difficile ; 2° parce que le triangle est quelquefois effacé par suite du déplacement du tendon du digastrique, certains sujets ayant ce tendon à 1 centimètre au-dessus de l'os hyoïde, tandis qu'il est situé à 2 centimètres chez d'autres ; 3° enfin, parce que mon procédé ne présente, à mon avis, aucune difficulté.

« *Premier temps.* — Après avoir constaté la présence de la grande corne de l'os hyoïde par la pression sur les deux côtés du cou, après avoir rasé le sujet, si c'est un homme, et l'avoir placé de telle façon que le cou soit étendu, bien éclairé et incliné sur le côté, tracez à l'encre la *ligne d'opération*, ligne horizontale, à peu près parallèle au bord du maxillaire inférieur, à 3 ou 4 millimètres au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde. (L'os hyoïde est situé dans le sillon qui sépare les régions sus-hyoïdienne et sous-hyoïdienne.)

« *Deuxième temps.* — Sur le trajet de cette ligne, faites à la peau une incision de 4 *centimètres* qui arrivera à 1 centimètre de la ligne médiane. Écartant ensuite les lèvres de la plaie cutanée




*Région sus-hyoïdienne, côté droit.*

1. Carotide primitive et branche descendante du grand hypoglosse. — 2. Carotide externe. — 3. Carotide interne. — 4. Faciale. — 6. Auriculaire postérieur. — 7. Jugulaire interne. — 8. Hypoglosse (on voit l'artère linguale passer au-dessous de l'hyo-glosse, entre l'hypoglosse et l'os hyoïde. C'est là qu'on doit en faire la ligature.

avec le pouce et l'index de la main gauche, divisez le peaucier et ménagez la veine faciale que vous pouvez rencontrer à la partie postérieure de la plaie.

« *Troisième temps.* — Assurez-vous par le toucher de la situation de la grande corne de l'os, faites un pli à l'aponévrose, pratiquez-y une boutonnière, et divisez-la avec précaution sur la sonde cannelée.

« *Quatrième temps.* — Sur quelques sujets, le bord inférieur de la glande sous-maxillaire recouvre la grande corne de l'os hyoïde ; dans ce cas, il faudra relever la glande. Le plus souvent elle n'atteint pas l'os, et la présence de la grande corne indique qu'on est sur le *point de repère.* Avec la pince et la sonde cannelée, déchirez le tissu cellulaire immédiatement au-dessus de la grande corne ; vous apercevrez, à quelques millimètres au-dessus, le tendon du *digastrique* qui pourra, à la rigueur, vous servir de second *point de repère.* Mais ce dernier est inutile, et il vous suffira de constater qu'il y a un muscle à fibres verticales immédiatement au-dessus de la grande corne, entre la grande corne et le ventre postérieur du digastrique. Pincez délicatement les fibres de ce muscle, l'hyo-glosse, avec les pinces tenues de la main gauche, et faites-y une boutonnière avec le bistouri ; vous verrez aussitôt l'artère seule, sans veines et sans nerf.

« *Cinquième temps.* — Dénudez-la avec deux pinces (il est plus facile de se servir de deux pinces que de la sonde cannelée), et chargez-la avec une aiguille de Cooper.

« *Remarque.* — La situation de l'artère linguale ne variant pas, ses rapports avec la grande corne doivent être invariables ; aussi est-il infiniment préférable de prendre cet os pour *point de repère.* Que le digastrique soit plus ou moins haut, peu m'importe, je me contente de découvrir l'hyo-glosse et de le diviser. Avec mon procédé, je n'ai pas de délabrements, je ne décolle pas profondément la glande sous-maxillaire comme dans le procédé des auteurs. Enfin ce procédé est d'une exécution facile. J'ajoute qu'on a l'avantage, si l'on se porte vers la partie postérieure de la grande corne, de lier l'artère avant la naissance du rameau dorsal de la langue et de faire, par conséquent, l'hémostase complète dans la moitié correspondante de la langue.

« Les seules précautions à prendre sont celles-ci : éviter de blesser là ou les veines superficielles à la partie postérieure de la plaie ; éviter aussi la blessure du grand hypoglosse et de la veine qui l'accompagne à 7 ou 8 millimètres au-dessus de la grande corne. C'est à égale distance de la grande corne et du nerf qu'on fait la ligature. Sur le vivant, il faut faire maintenir la grande corne avec une érigne, pour éviter son déplacement par les mouvements de déglutition. »

(1) Librairie Delahaye. Paris, 1880.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 novembre 1879. — Présidence de M. Malassez.

### COMMUNICATIONS

**De l'aphasie dans la paralysie générale.** — M. Magnan rapporte deux nouveaux cas d'aphasie survenue dans le cours de la paralysie générale, l'un d'aphasie simple, l'autre d'aphasie incohérente. On sait que l'aphasie transitoire est fréquente dans la paralysie générale ; celle qui est permanente est rare au contraire. Il en est de même des paraplégies ; cette relation qui existe, à ce point de vue, entre la paraplégie et l'aphasie peut s'expliquer par les localisations et les lésions de diverses natures que l'on constate dans le cerveau.

Le premier cas a trait à une femme de trente-sept ans, cuisinière, qui depuis deux ans avait présenté des accidents d'alcoolisme. Cette femme fut prise de divers troubles indiquant le début d'une paralysie générale, de phénomènes d'hallucinations, d'abaissement de la commissure droite, d'hémiplégie droite, et peu de temps après d'aphasie incohérente ; elle prononçait une série de syllabes n'ayant entre elles aucun rapport. Après une attaque apoplectique, elle tomba dans le coma, eut une secousse dans la jambe droite et mourut deux jours après.

A l'autopsie, on trouva dans l'hémisphère droit des lésions de la première période de la paralysie générale, et dans l'hémisphère gauche celles de la période la plus avancée de cette maladie. Le poids de l'hémisphère le plus malade était de 415 grammes ; celui du moins malade, de 450 grammes. Tout le pourtour de la scissure de Sylvius se trouvait lésé ; les méninges, en certains points, étaient très-adhérentes.

Le second cas est celui d'un homme de trente-sept ans, qui, après une série d'attaques apoplectiformes, une obtusion de l'intelligence, une incohérence de la parole, fut pris un jour d'aphasie véritable; à toutes les questions il ne répondait que merci. Il fut pris un jour d'une attaque d'apoplexie qui l'emporta en quelques heures.

A l'autopsie on trouva également des différences très-tranchées entre l'hémisphère droit et l'hémisphère gauche; il y avait des adhérences considérables dans le tiers postérieur de la circonvolution frontale; la scissure de Sylvius était complétement soudée. Au niveau de l'insula, les méninges étaient très-minces. Le poids de l'hémisphère droit était de 570 grammes; celui de l'hémisphère gauche, de 525.

M. Magnan pense qu'on arrivera à trouver des cas dans lesquels on pourra constater des lésions circonscrites coïncidant avec l'aphasie.

**De l'excitation du nerf honteux externe. — M. REGNARD** donne lecture d'une note de MM. Laffont et Vitjou sur ce sujet.

Dans une précédente séance (voyez *Gazette des hôpitaux*, octobre 1879), M. Laffont a annoncé que l'excitation du nerf honteux externe, ou mieux de son rameau mammaire, produisait l'érection du mamelon, ainsi que l'avait d'abord constaté Rohrig en 1876, et de plus une augmentation de la sécrétion de la mamelle et de la sécrétion du lait.

Chez le chien, le même nerf se rend à la partie antérieure de la région dorsale de la verge et va se terminer dans le gland, dont les artères et les veines sont les analogues des vaisseaux mammaires de la femelle. Il était donc à présumer que l'excitation de ce nerf honteux externe produirait ses effets dilatateurs chez le mâle comme chez la femelle. Eckhard, en effet, a constaté que l'érection produite par l'excitation des nerfs érecteurs ne gagnait pas le gland. Les expériences de MM. Laffont et Vitjou montrent effectivement que l'excitation du nerf honteux externe amène l'érection du gland, en même temps que le sang des veines devient rutilant et s'écoule par saccades. Ces expériences confirment l'idée que se sont faite MM. Vulpian, Dastres et Morat, Jollyet et Laffont, du rôle des nerfs dilatateurs: « Le rôle des nerfs dilatateurs est de parer à certaines nécessités fonctionnelles, telles que la sécrétion ou l'érection. »

**Réaction des nerfs sensibles de l'appareil respiratoire. — M. FRANCK** fait une communication sur ce sujet.

**Intoxication par l'aniline. — M. LELOIR** fait une communication sur ce sujet. Ce sont trois cas d'empoisonnement survenus dans le service de M. Lailler, à la suite de l'application d'une solution de chlorhydrate d'aniline sur des plaques de psoriasis, qui lui ont suggéré l'idée de ce travail. Les phénomènes que présentèrent les malades, analogues à ceux qui furent reproduits expérimentalement chez les animaux, furent des phénomènes *asphyxiques*: dyspnée, cyanose, abaissement considérable de la température, crampes, etc. Les sujets semblaient en proie à une atteinte de choléra. Leur urine, très-peu abondante, rouge, contenait de la fuchsine, et rien que de la fuchsine, comme celle des chiens mis en expérience.

La marche de l'empoisonnement est la suivante chez les animaux: une injection de 2 grammes de chlorhydrate d'aniline, injectée dans la saphène d'un chien de 18 livres, produit, presque aussitôt après deux ou trois fortes inspirations, un opisthotonos d'une demi-minute de durée environ, auquel succèdent des convulsions cloniques plus ou moins intenses, d'une demi-heure de durée environ. En même temps, salivation notable et dilatation pupillaire, puis perte presque complète du mouvement volontaire et non paralysie, trémulation générale.

Les accidents précités reprennent à chaque nouvelle injection de 2 grammes environ. Une série d'injections faibles conduit peu à peu l'animal à la mort par asphyxie sans phénomènes convulsifs. Pour tuer un chien de 18 livres en l'espace d'une à huit heures; si l'on emploie des doses massives, de six à trente-six heures si l'on emploie une série de doses faibles, il faut environ 5 à 8 grammes du sel.

La mort survient au milieu d'une asphyxie croissante caractérisée par une forte cyanose, un abaissement considérable de la température, de la dyspnée, une respiration brusque, irrégulière vers la fin. La respiration s'arrête d'abord, puis les battements du cœur cessent à leur tour. La contractilité musculaire est intacte; il en est de même de la sensibilité générale.

Une série d'expériences éliminatrices ont montré à M. Leloir que l'animal ne mourait ni par le poumon, ni par le cœur, ni par altération du système cérébro-spinal.

Concluant donc que *le poison agit primitivement sur le sang*, il passe à l'étude de cette altération. Le sang est notablement altéré dans cet empoisonnement, et l'est de suite. Si, en effet, l'on injecte dans la saphène d'un chien 2 grammes de chlorhydrate d'aniline, le sang carotidien recueilli une minute après présente une coloration d'un brun violacé. Il relate ensuite une série d'expériences faites sur l'animal *et in vitro*, pour préciser la nature de cette altération, qui sera l'objet d'une nouvelle communication. Il fait remarquer ensuite que ce poison agit beaucoup plus fortement chez l'homme que chez le chien.

Il se propose d'étudier dans un travail ultérieur l'empoisonnement chronique par l'aniline, tant au point de vue clinique qu'au point de vue expérimental. Mais les résultats précités (ce poison agit primitivement sur le sang) et les quelques données qu'il possède déjà lui permettent de supposer que cette intoxication chronique se manifeste surtout par des troubles dans la nutrition et des anémies spéciales.

**Culture de la teigne chez le chien. — M. MÉGNIN** présente à la Société un jeune chien sur lequel il a cultivé les champignons de deux espèces de teigne, provenant l'une du cheval, l'autre du veau.

Les diverses espèces de teignes, dit-il, que l'on connaît chez l'homme existent aussi chez quelques-uns de nos animaux domestiques, mais elles ne sont pas connues depuis bien longtemps.

La *teigne faveuse* a été découverte en 1847 sur des souris par un médecin américain. Depuis, elle a été constatée chez les mêmes rongeurs aux environs de Lyon et sur les chats et les chiens qui leur font la chasse, d'où elle se communique aux enfants qui jouent avec ces derniers. Je l'ai retrouvée dans ces derniers temps plusieurs fois sur des lapins à fourrure dite argentée.

La *teigne tonsurante* a été découverte sur le cheval en 1858 à la suite d'une épidémie de cette affection qui régna sur les chevaux de la brigade de gendarmerie de Vincennes et qui se communiqua aux hommes. Ceux-ci, examinés par M. Bazin, furent reconnus atteints d'*herpès circiné* causé par le *trichophyton tonsurant*. Presque chaque année j'ai à constater la même affection sur les jeunes chevaux qu'on envoie de Normandie à mon régiment, et je fais chaque fois une ample récolte du cryptogame qui la cause.

On connaît chez les veaux une affection que le vulgaire appelle *dartre*, qui est très-contagieuse même à l'homme, et que l'on regardait comme étant de même nature que celle du cheval dont je viens de parler, bien qu'elle n'eût pas fait encore l'objet d'étude microscopique. Depuis l'année dernière, je l'ai étudiée et j'ai trouvé dans des croûtes de cette affection du veau, aussi bien que dans celles d'un homme qui avait été contaminé par ce ruminant, un parasite cryptogamique sensiblement différent de celui du cheval. En effet, tandis que celui-ci a des sporules de $0^{mm},002$ à $0^{mm},003$, le diamètre de celles provenant du veau est de $0^{mm},007$, et puis leur action est différente: le *trychophyton* du cheval, comme celui de l'homme, végète sur le poil, en dissocie les fibres et le réduit à l'état de fagot; le *trichophyton* du veau végète surtout dans le follicule et dans les couches épidermiques voisines, fait tomber le poil entier et mérite pour cela le nom de *décalvant*; en effet, l'herpès qu'il détermine est parfaitement glabre et nu, couvert de croûtes jaunâtres renfermant beaucoup de produits inflammatoires et devenant souvent ulcéreux par suite de la destruction de couches entières d'épiderme, tandis que l'herpès du cheval, comme chez l'homme, con-

serve les couches profondes de son épiderme, ainsi que les racines des poils, qui sont brisées à 1 ou 2 millimètres de la surface, et il est couvert de croûtes qui sont exclusivement composées de cryptogame mélangé à des lamelles épidermiques.

Sur le chien que je présente j'ai cultivé les deux trichophytons dont je viens de parler, à côté l'un de l'autre, et l'on peut voir deux surfaces herpétiques qui présentent chacune les deux caractères que j'indique : l'une est franchement ulcéreuse, l'autre est une vraie tonsure.

Comme les deux trichophytons sont contagieux à l'homme, on pourra par l'appréciation des caractères du trichophyton, par la dimension de ses sporules et par son action *tonsurante ou décalvante*, savoir s'il provient du cheval ou du chien, qui ont très-fréquemment le même, ou du bœuf.

J'ai aussi observé sur le cheval une *teigne pelade* essentiellement *dermotrophique*, nullement parasitaire; mais j'ai aussi observé chez un perroquet une *teigne pelade* causée par un microsporon qui végétait sur les plumes et les faisait tomber. Ainsi les animaux présentent deux sortes de pelades de nature entièrement différente; il est probable qu'il en est de même chez l'homme.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous recevons si fréquemment des demandes d'étudiants en médecine et de médecins, au sujet du stage, que nous pensons leur être utile en leur donnant le renseignement suivant extrait de la nouvelle édition (1880) du *Guide de l'étudiant*, publiée par la maison Ve. A. Delahaye et Cie.

Tout étudiant doit avoir fait deux mois de stage pour être admis à prendre sa neuvième inscription (qu'on prend ordinairement en novembre, dans l'ancien comme dans le nouveau régime); il faut qu'il justifie de cinquante-six signatures d'hôpital.

Les élèves doivent donc se faire inscrire comme stagiaire à l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 6, dès le commencement de juillet. Ils prennent leurs vacances à leur choix, en juillet et août ou en août et octobre. — Pour la dixième inscription (janvier), ils doivent justifier de cinquante-six signatures à l'hôpital. Quatre-vingt-dix signatures sont exigées pour la onzième et la douzième.

Le règlement est formel, il est pour le nouveau régime ce qu'il était pour l'ancien. Toutefois, si un élève justifiait d'un empêchement légitime, M. le Doyen pourrait lui accorder l'inscription, en lui faisant prendre l'engagement de compléter son stage après la seizième inscription.

— Nous avons dit que les étudiants en cours d'inscriptions acquittaient les droits des travaux pratiques en prenant les inscriptions, ce qui porte chaque inscription à 47 fr. 50 cent. en première année, à 42 fr. 50 cent. en deuxième et en troisième, et à 37 fr. 50 en quatrième. Tout étudiant ayant seize inscriptions, tout docteur en médecine *français* ou *étranger* sera admis à participer aux travaux pratiques, dissection de médecine opératoire, etc., sur une demande de papier libre adressée au doyen de la Faculté. Le prix des travaux pratiques, invariables pour eux, est fixé à 40 francs. Cette somme sera indivise et serait également exigée si les mêmes personnes ne réclamaient cette carte qu'après le semestre d'hiver.

Les élèves qui préparent l'*officiat* devront adresser la même demande au doyen. Ils payent le même droit que les étudiants du doctorat, selon l'année d'étude dans laquelle ils se trouvent.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont créés à la Faculté deux cours auxiliaires annuels, savoir : Un cours d'anatomie pathologique et un cours de physiologie.

MM. Lancereaux et Mathias Duval, agrégés, sont chargés le premier, du cours auxiliaire d'anatomie pathologique et le second du cours auxiliaire de physiologie pour l'année scolaire 1879-1880.

— Sont nommés : 1° aides d'anatomie titulaires pour une période de trois années, à partir du 1er octobre 1879 : MM. Marchand, Jarjavay, Piéchaud, Boursier, Brun, Nitot, Ramonède, Routier.

2° Aides d'anatomie provisoires pour une année, à partir du 1er novembre 1879 : MM. Boulay, Castex, Coudray, Méricamp, Labbé, Michaux, Poirier, Luizi.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Vaillard, chef de clinique, est nommé, en outre, préparateur d'histologie, en remplacement de M. d'Antin, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Chapuis, pharmacien de première classe, est maintenu dans les fonctions de maître de conférence de toxicologie pendant l'année scolaire 1879-1880.

M. Cazeneuve, agrégé des facultés de médecine, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de chimie organique, pendant l'année scolaire 1879-1880.

M. Chandelux, docteur en médecine, est maintenu dans les fonctions de maître de conférence d'anatomie générale et d'histologie pendant l'année scolaire 1879-1880.

MM. les docteurs Saret et Gros sont nommés chefs de clinique médicale.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Ville, préparateur de chimie, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physique et de chimie à ladite Faculté, pendant l'année scolaire 1879-1880.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Marchand, agrégé sortant, est chargé, pendant l'année scolaire 1879-1880, d'un cours complémentaire de botanique cryptogamique.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. de Forerand, licencié ès sciences physiques, préparateur de chimie, est délégué, en outre, dans les fonctions de maître de conférences de chimie à ladite Faculté, pendant l'année scolaire 1879-1880.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Louise, licencié ès sciences physiques, préparateur de chimie, est en outre chargé des fonctions de maître de conférences de chimie à ladite Faculté, pendant l'année scolaire 1879-1880.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Haller, docteur ès sciences physiques, agrégé près l'Ecole de pharmacie, est nommé, en outre, maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de cette ville.

M. Viguier (Camille), né le 16 mars 1850, à Vienne (Isère), docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles, est chargé du cours de zoologie, en remplacement de M. Jourdain, dont la démission est acceptée.

M. Friant, docteur en médecine, docteur ès sciences, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de zoologie, pendant l'année scolaire 1879-1880.

— *Faculté des sciences de Toulouse.* — M. Joulin, docteur ès sciences, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de chimie, pendant l'année scolaire 1879-1880.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Legludic, professeur de physiologie, est nommé en outre secrétaire agent comptable de ladite école, en remplacement de M. Meleux, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Richaud (Louis-Charles-Alfred), né à Marseille le 26 août 1850, docteur en médecine, est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Garcin, décédé.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Sont nommés élèves adjoints aux internes : MM. Doche, Cami-Debat, de Fleury, P. Sauteau, Biar, Mallié, Tronchet, Bertrand, Charron, Audubert, Gacon, Espil, Castéran et Bégué.

— *Hôtel-Dieu de Reims.* — M. le docteur Langlet est nommé médecin titulaire dudit hôpital, en remplacement de M. le docteur Doyen, démissionnaire.

— *Hospices civils de Rouen.* — Une place de chirurgien adjoint des hôpitaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le jeudi 11 décembre 1879. — Ce concours aura lieu à l'Hospice-Général, sous la présidence d'un administrateur.

*Épreuves.* — Les épreuves se composent : 1° D'une dissertation orale sur un sujet d'anatomie chirurgicale et de pathologie externe ; 2° D'une dissertation écrite sur un sujet de chirurgie ; 3° D'une leçon clinique sur deux malades choisis dans les salles de chirurgie ; 4° De deux opérations pratiquées sur le cadavre avec démonstration. — La question à traiter sera la même pour tous les concurrents. L'un d'entre eux, désigné par le sort, la tirera de l'urne dans laquelle auront été jetées les questions adoptées par le jury en séance secrète.

*Conditions d'admission au concours.* — Les candidats devront : 1° Se faire inscrire à la direction, enclave de l'Hospice-Général, avant le 25 novembre : passé ce délai, aucune inscription ne sera admise ; 2° Déposer une demande contenant l'engagement de se conformer aux règlements des hôpitaux, faits ou à faire ; un certificat de moralité ; leur diplôme de docteur en médecine ; les pièces constatant qu'ils ont vingt-cinq ans accomplis et qu'ils sont Français ou naturalisés Français ; 3° Justifier de deux années de pratique comme docteur en médecine. — Sur le vu de ces pièces, l'administration statue sur l'admissibilité au concours. Sa décision est notifiée aux candidats. — Le concours est public ; il commencera à trois heures. — Aucun candidat ne pourra entrer à l'Hospice-Général, pour y visiter les infirmeries, durant les quinze jours qui précéderont le concours. — Les fonctions de chirurgien sont gratuites.

— M. le professeur Jaccoud commencera son cours de pathologie médicale le mardi 11 novembre 1879, dans le grand amphithéâtre, à trois heures du soir, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. Delens, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe le mardi 11 novembre 1879, à cinq heures du soir (salle Laënnec), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Broca commencera ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker le mercredi 12 novembre. Leçons et opérations les mercredis et vendredis à neuf heures du matin. Visite des malades tous les jours à neuf heures.

— M. le professeur Brouardel commencera ses leçons pratiques de médecine légale, le mercredi 12 novembre 1879, à deux heures ; ces leçons auront lieu deux fois par semaine, les mercredis et vendredis.

MM. les docteurs en médecine et étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat, qui désirent suivre ces exercices, sont priés de se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, où il leur sera délivré une carte d'admission.

— M. Georges Bergeron, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne le mercredi 12 novembre 1879, dans le grand amphithéâtre, à huit heures du soir, et le continuera les vendredis lundis et mercredis suivants à la même heure.

— M. Chantreuil, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'accouchements le mercredi 12 novembre à cinq heures (petit amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. — M. Chantreuil étudiera particulièrement, cette année, la dystocie, les opérations et les manœuvres.

— M. le docteur Blachez, agrégé, commencera des conférences cliniques à l'hôpital Necker, le jeudi 13 novembre 1879. Visite des malades à huit heures et demie dans les salles Saint-Louis et Sainte-Thérèse.

— M. le docteur Hillairet, médecin de l'hôpital Saint-Louis, recommencera ses leçons cliniques le jeudi 13 novembre, à neuf heures, et les continuera tous les jeudis à la même heure. Il traitera de la *Pathologie générale de la peau.*

— *École d'anthropologie.* — L'ouverture des cours, à l'École pratique de la Faculté de médecine, a eu lieu le 3 novembre, à trois heures.

Les cours auront lieu dans l'ordre suivant :

M. le professeur Broca (anthropologie anatomique) traitera, les mercredis et vendredis, à quatre heures, du parallèle anatomique de l'homme et des animaux supérieurs.

M. le professeur Topinard (anthropologie biologique) traitera, le lundi à trois heures, des types et races ; étude analytique de leurs caractères morphologiques et biologiques.

M. le professeur de Mortillet (anthropologie préhistorique) traitera, le lundi à quatre heures, de la paléontologie humaine ; archéologie préhistorique ; détermination des débris humains au moyen de l'archéologie.

M. le professeur Bordier (géographie médicale) traitera, le samedi à quatre heures, de la géographie médicale et pathologie comparée des races humaines ; aptitudes et immunités pathologiques ; influence de la race et du milieu sur la production, la marche et la répartition des maladies.

Les cours d'ethnologie de M. Eug. Dally, d'anthropologie linguistique de M. Abel Hovelacque, et de démographie de M. Bertillon, commenceront au mois d'avril 1880.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8868.

N° 131. — JEUDI 13 NOVEMBRE 1879. 52e ANNEE. JEUDI 13 NOVEMBRE 1879. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les ordres du jour proposent, les incidents disposent. L'ordre du jour d'hier devait appeler plusieurs lectures ou communications de candidats ou de savants étrangers à l'Académie. M. Pasteur a demandé la parole à l'occasion du procès-verbal, et de l'ordre du jour arrêté par le conseil il n'a plus été le moins du monde question; il était près de cinq heures et demie que la discussion incidente soulevée par les observations de l'éminent académicien durait encore. C'est donc moins de la séance d'hier, qui pourrait en réalité être considérée comme nulle et non avenue, que d'une suite des séances précédentes, que nous avons à nous occuper aujourd'hui.

C'est, en effet, au sujet des diverses communications faites par M. Colin dans les séances des 14 octobre et 4 novembre, communications dans lesquelles ce savant physiologiste opposait aux expériences récentes de M. Pasteur, relatives à l'étiologie bactérienne des affections charbonneuses, des expériences et des observations contraires, que M. Pasteur, revenant sur la note qu'il a lue le 21 octobre à l'Académie, a affirmé de nouveau les faits qui y sont exposés, maintenant comme rigoureusement exactes les conclusions qu'il en a tirées, nonobstant les faits négatifs invoqués par son contradicteur. Il y aurait peut-être quelques restrictions à faire à cette logique rigide en vertu de laquelle M. Pasteur déclare nuls et sans valeur tous les faits négatifs en présence d'un seul fait positif. Au moins semblerait-il qu'avant de repousser sans examen les résultats contradictoires, on dût chercher d'abord par quels moyens ils ont été obtenus et s'assurer si la contradiction apparente n'est pas, comme cela est probable, le fait de manières différentes de procéder.

Mais ce n'est pas sur le fond même de la question qu'a porté le débat, M. Colin ayant ajourné sa réponse à la séance prochaine. Ce point capital est donc réservé. C'est sur un point incident, mais devenu lui-même l'objet de la plus colossale question du jour, qu'a surgi une nouvelle discussion dans laquelle la médecine tout entière est engagée.

M. Pasteur venait de laisser tomber de sa place cette phrase, ce sont du moins à peu près les termes : « A côté de la jeune médecine qui entre résolument dans la voie scientifique, existe encore une médecine qui vieillit et s'effondre, et dont j'espère voir disparaître les derniers vestiges sous le triomphe de la théorie des germes. » Comme piqué au flanc, non seulement dans sa personne, mais dans la génération médicale dont il est le plus digne représentant et dans les générations qui l'ont précédé, M. Bouillaud, d'abord de sa place, puis à la tribune où ses collègues l'ont appelé, s'est, plus d'une heure durant, livré à l'une de ces improvisations qui lui sont familières et où il parle volontiers un peu de tout, *de omni re scibili et quibusdam aliis*, il a protesté avec une énergie, une vigueur de voix et d'expression qui semblaient faire oublier à tous et à lui-même ses années, contre cette prétendue caducité dont M. Pasteur voudrait frapper la médecine et revendiqué en faveur de ces mêmes générations la gloire d'avoir constitué la médecine sur des bases véritablement scientifiques. Sans doute, a-t-il dit à M. Pasteur, à vous reviendra l'honneur d'avoir le premier démontré l'existence de quelques-uns de ces ferments qui sont le principe et la cause première d'un certain nombre de maladies. Mais l'idée de ces ferments est presque aussi ancienne que la médecine elle-même, et, sous d'autres termes, cette idée se trouve exprimée à l'occasion de toutes les maladies contagieuses ou infectieuses, de toutes les grandes épidémies, depuis la peste d'Athènes jusqu'aux typhus des armées dont nous avons été témoins.

En entendant M. Bouillaud relever avec une si légitime fierté la proposition aussi hautaine que peu fondée de M. Pasteur, il nous est revenu à l'esprit un souvenir déjà vieux et qui impliquait dans notre pensée, par l'interversion du rôle qu'y jouait alors M. Bouilland, un singulier contraste avec la situation actuelle. Nous étions en 1835; M. Bouillaud était alors l'un des coopérateurs les plus actifs de l'œuvre de la réforme médicale. La médecine naguère existante était déjà, aux yeux des adeptes de la nouvelle école, un vieil édifice qui venait d'être démoli de fond en comble par un grand réformateur; il n'en restait plus pierre sur pierre..... Il se trouva aussi à cette époque un vétéran de la médecine, moins aisé à se laisser entraîner dans les nouveautés et qui s'était constitué de sa propre autorité, ou plutôt par l'autorité de son talent, le défenseur et l'organe de la tradition. Dans des leçons éloquentes qui ont défrayé les journaux

du temps, où il soutenait le brillant paradoxe de la perpétuité de le médecine, il montrait à M. Bouillaud et à tous les partisans des doctrines nouvelles que la plupart des principes fondamentaux de cette science, que l'école nouvelle prétendait avoir à tout jamais anéantis, étaient encore debout et vivaces. Et de fait c'est autour de ces mêmes principes, et en se superposant à l'expérience acquise des siècles au lieu de s'y substituer, que se sont accomplis, depuis, tant et de si beaux progrès auxquels M. Bouillaud aura éternellement l'honneur d'avoir pris une large part.

Juste retour, monsieur, des choses d'ici-bas :
Vous ne vouliez point croire et l'on ne vous croit pas,

eût-on pu dire de la galerie à M. Bouillaud, défenseur à son tour de la tradition devant le nouveau réformateur. Mais n'attachons pas plus d'importance qu'il n'en vaut à ce souvenir et louons sans restriction notre vénéré maître de son beau mouvement.

Dr BROCHIN.

## HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

### I. Hauteur d'un épanchement pleurétique. — II. Tubercule de l'épididyme. — III. Kyste hydatique du foie.

I. Nous venons d'examiner, dans nos salles, un homme atteint de pleurésie droite avec épanchement. Il est remarquable que l'égophonie est très-peu marquée chez ce malade. Or elle est le seul signe pathognomonique de la pleurésie avec le frottement pleural. Dans le cas particulier, une certaine hésitation peut se produire, et l'on peut se demander dans quelle mesure l'épanchement rend-il compte des signes observés, lorsqu'il y a atélectasie pulmonaire et congestion pulmonaire du côté de l'épanchement. Quand on peut attribuer les accidents à l'épanchement, la thoracentèse est formellement indiquée, mais il ne faut pas abuser de ce moyen chirurgical, comme on l'a trop fait pendant un certain temps. Chez notre malade, le niveau auquel arrive le liquide n'est pas suffisant pour qu'il y ait indication de la thoracentèse. En effet, toutes les fois qu'un épanchement occupe la moitié de la hauteur du poumon, et qu'il dure depuis quinze jours ou trois semaines, la thoracentèse est autorisée et indiquée ; car, dans ce cas, si l'on s'en tenait aux traitements médicaux, la guérison se ferait trop longtemps attendre, et le poumon s'affaisserait, s'indurerait, serait le siége d'une certaine inflammation chronique légère, qui plus tard l'empêcherait de reprendre son volume primitif, et par conséquent il y aurait dans la cavité pleurale une sorte de vide virtuel peu propre à faciliter la résorption de l'épanchement.

Notre malade a cette pleurésie depuis treize jours : nous avons constaté la matité dans la moitié inférieure de la poitrine ; l'obscurité du son remonte plus haut encore ; le liquide existe donc dans toute la moitié inférieure et postérieure de la poitrine, et remonte jusque vers le milieu de la fosse épineuse.

Nous avons trouvé une augmentation de 3 centimètres dans la circonférence de la poitrine. Tous ces signes réunis pourraient faire supposer une quantité de liquide égale à environ deux litres, mais à la condition que le poumon soit affaissé et rétracté. Or nous avons observé des signes qui prouvent que le poumon est à une faible distance de la paroi thoracique : la persistance du murmure vésiculaire, qui est perçu jusqu'au tiers inférieur, affaibli, il est vrai, mais encore manifeste.

De même, les vibrations thoraciques sont augmentées, et la sonorité est diminuée à la fosse sus-épineuse et à la partie supérieure de la fosse sous-épineuse. A ce niveau donc, il n'y a pas de liquide épanché, mais il y a de l'hyperémie pulmonaire. Aussi ne pouvons-nous guère évaluer à trois quarts de litre, tout au plus, la quantité de liquide épanché.

Cette évaluation indique donc qu'ici il n'y a pas lieu de faire la thoracentèse, puisque, d'autre part, la maladie est récente et n'a pas été traitée autrement que par les sinapismes. Nous avons prescrit des ventouses scarifiées dès aujourd'hui. Nous pouvons espérer une guérison rapide ; non pas que le liquide se résorbe si vite, mais la congestion pulmonaire disparaît d'abord, et, le poumon fonctionnant de nouveau, le liquide retombe dans la partie inférieure de la cavité pleurale, et, quoique la quantité soit presque la même, la matité n'existe plus qu'à une très-faible hauteur.

Mais notre malade a des antécédents fâcheux : au sommet des poumons nous trouvons des symptômes déjà suspects, qui permettent de redouter la tuberculisation, parce que la congestion pulmonaire ne paraît pas suffisante pour expliquer ces phénomènes.

II. Au nº 27 de la même salle, nous avons vu un jeune homme qui présente aussi des signes objectifs suffisants pour affirmer la tuberculose ; ils sont même exagérés relativement à son apparence extérieure, encore satisfaisante. Un seul organe est déjà envahi plus complètement : c'est le testicule. Ce garçon raconte qu'il a observé un gonflement subit du testicule droit, qui est devenu dur et a augmenté de volume. La queue de l'épididyme surtout s'est tuméfiée, a pris une consistance exagérée, principalement en un point circonscrit où l'induration est limitée : la douleur est médiocre. Nous avons évidemment affaire à un tubercule de l'épididyme : mais, vraisemblablement, cette tuberculisation remonte plus haut. La prostate n'est sans doute pas indemne ; ce qui le prouve encore, c'est la difficulté d'uriner, la douleur pendant la miction, les pertes séminales dont se plaint ce jeune malade.

Le pronostic se déduit de ces considérations : ici l'affection n'évolue pas vite : elle remonte déjà à une époque éloignée, quoique les poumons ne soient encore envahis que dans les sommets. L'induration tuberculeuse de l'épididyme peut se prolonger longtemps : j'ai vu ainsi des sujets auxquels on avait pratiqué l'énucléation du testicule, et qui ont survécu longtemps à cette opération. Dans le cas présent, nous n'avons aucune indication à remplir du côté de la lésion testiculaire : ce qu'il importe surtout de traiter, c'est la diathèse tuberculeuse, c'est l'affection pulmonaire.

III. Un troisième malade de la salle Saint-Luc nous a déjà occupés précédemment : il nous avait paru atteint d'une tumeur du foie. Nous avions supposé que ce pouvait être un kyste hydatique du foie. Toutefois nous admettions que la tumeur élastique et régulière qui existait au-dessous du foie pouvait être formée par une dilatation de la vésicule biliaire. (Voir *Gazette des hôpitaux*, nº 120 : Potain, *Tumeur du foie.*) La ponction exploratrice de cette tumeur, qui devait nous assurer le diagnostic suivant la qualité du contenu, ne nous a donné aucun résultat. Aucun liquide ne s'est écoulé lorsque nous avons pratiqué la ponction avec l'appa-

reil aspirateur. En faisant tourner l'aiguille avec précaution dans la tumeur, j'ai senti qu'elle se mouvait difficilement. L'ayant retirée, j'ai aperçu sur son extrémité des parcelles blanches qui, soumises à l'examen microscopique, ont été reconnues comme étant des débris de membranes caractéristiques des hydatides. Le diagnostic était donc formel. Une gouttelette de liquide incolore renfermait quelques globules sanguins; en y ajoutant de l'acide nitrique, elle se coagula. Cette coagulation prouvait que ce n'était pas un liquide d'hydatides. Mais la membrane, avec la striation régulière de ses bords, était caractéristique et suffisait pour affirmer le diagnostic.

Cependant cette situation n'était pas fixe et claire comme on le trouve ordinairement; les stries étaient granuleuses.

Nous pouvions donc conclure : 1° que c'était un kyste hydatique; 2° que ce kyste était ancien et vieilli; 3° que les hydatides étaient mortes. En effet, tant que les hydatides vivent, le liquide du kyste n'est pas albumineux; dès qu'elles sont mortes, l'albumine apparaît. D'après M. Gubler, les hydatides se nourrissent de sérum en le tranformant en chitine que l'on retrouve dans leur paroi; mais, dès qu'elles meurent, le liquide conserve son albumine.

En présence de ces symptômes, quelles indications devons-nous tirer, quel traitement allons-nous instituer?

Tous les malades de ce genre ne doivent pas être traités de la même façon : 1° l'expectation pure et simple peut être indiquée en certains cas; souvent ces kystes se flétrissent et deviennent concrets. On en trouve de nombreux exemples dans les autopsies de vieillards à Bicêtre ou à la Salpêtrière.

2° La guérison spontanée est-elle possible ici? En certains cas, la résorption du liquide se fait, et la transformation régressive ultérieure du kyste amène cette guérison spontanée. Mais, le plus souvent, quand elle se fait tardivement, il n'y faut plus compter; c'est vers la suppuration beaucoup plus que vers la guérison que le kyste évoluera désormais.

3° La rupture spontanée du kyste dans les organes voisins est un mode de terminaison peu rare de ces tumeurs.

4° La suppuration n'est pas moins commune, avec tous les accidents et la cachexie qu'elle entraîne fatalement.

Les chances favorables que peuvent espérer les malades sont la guérison spontanée, la rupture soit à l'extérieur, qui est rare, soit dans des cavités naturelles, telles que le gros intestin. Mais la guérison, même dans ces cas, n'est pas constante, surtout lorsque le kyste était volumineux et avait déjà amené une altération de la santé générale.

Les chances défavorables sont beaucoup plus nombreuses : la rupture dans la cavité péritonéale; la suppuration, la cachexie.

Il est donc indiqué au médecin d'intervenir; mais se contentera-t-il des moyens médicaux? Pour tuer les hydatides, on a préconisé toutes les substances helminthicides, pétrole, mercure, etc.; mais, s'il est déjà peu certain de les employer pour tuer les helminthes directement dans le tube intestinal même, *à fortiori* leur emploi sera-t-il d'un succès douteux lorsqu'ils n'arriveront que par la circulation : il faudrait, en un mot, empoisonner le malade avant d'empoisonner l'helminthe. L'iodure de potassium aurait réussi à Fox, à Jaccoud, peut-être aussi à M. Desnos.

Le traitement chirurgical reste donc le seul qui promette des chances sérieuses de guérison : les procédés proposés sont variés. On a d'abord recommandé l'électro-puncture pour tuer les hydatides : j'en ai déjà signalé les dangers et les avantages.

On peut enfin évaluer le contenu par la ponction simple avec un trocart capillaire. La ponction avec un gros trocart est extrêmement dangereuse, parce qu'elle laisse dans la paroi du kyste une ouverture qui ne se referme pas et par laquelle le liquide reproduit peut s'épancher dans la cavité abdominale, où il détermine des accidents foudroyants. L'injection iodée ajoute encore à ce danger. Vers 1825 on a proposé, pour se mettre à l'abri de ces accidents, d'appliquer des caustiques, pâte de Vienne, de Canquoin, etc., jusqu'à la paroi du kyste.

L'eschare, envahissant successivement les tissus, mettait à nu la paroi du kyste, dont on pouvait attendre l'ouverture spontanée, ou bien pratiquer l'ouverture avec un bistouri, comme Dolbeau, ou avec un trois-quarts. Ce procédé est long et extrêmement douloureux; il ne met pas à l'abri des péritonites, qui surviennent, soit par l'effet direct du caustique, soit parce que les adhérences sont incomplètes et laissent passer le liquide irritant, soit par l'apparition d'abcès dans la paroi même. (Gallard.) En somme, ce procédé crée des difficultés opératoires assez complexes.

Un autre procédé consiste à faire une ponction simple et à placer une canule à demeure : nous l'avons employé récemment pour l'une de nos malades. Jobert de Lamballe se servait pour les kystes du foie du même trocart que celui des kystes de l'ovaire : Dolbeau a beaucoup défendu cette pratique opératoire, qui est encore fort en usage en Angleterre, où Harley a obtenu vingt-trois cas de guérison sur trente opérations.

Cette méthode est bonne, mais à la condition qu'on laissera dans la cavité un tube pour évacuer complètement le liquide. Or Boynet conseillait de laisser un tube de caoutchouc en place. Mais ce tube, qu'il faut passer par la canule, est nécessairement plus petit que le calibre de la canule : il ferme donc la cavité moins exactement que la canule. C'est pourquoi je préférerais laisser la canule métallique elle-même à demeure. On peut, en outre, ajouter à cette opération l'emploi de l'aspiration : or elle sera encore plus facile avec le tube métallique qu'avec le tube en caoutchouc, auquel il faudrait une paroi trop épaisse, pour qu'il résiste suffisamment à la pression atmosphérique, et par conséquent un calibre trop petit pour qu'il suffise à l'écoulement des liquides.

D'ailleurs la tolérance pour le tube métallique est la même, et peut-être même plus complète que pour le tube en caoutchouc. L'inconvénient de la canule métallique est sa rigidité et la difficulté des mouvements, mais la nécessité absolue doit faire oublier ce détail : on le rendra beaucoup plus supportable en choisissant une canule qui ne soit pas trop longue, ce qui serait absolument inutile.

---

## HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

### I. Pyohémie à la suite d'une blessure de l'articulation d'une phalange. — II. Influence du froid sur les plaies.

I. Un garçon boucher, jeune et robuste, s'est fait, il y a quinze jours, une petite blessure à la face dorsale de l'annulaire gauche. Il continua à travailler sans y porter grande attention. Mais, huit jours après, il ressentit tout à coup de la fièvre, des frissons, de la douleur. Il entra dans notre service

d'hôpital. Il avait la face animée, le pouls accéléré, la peau chaude, une soif vive, de l'inappétence. La plaie suppurait; à la pression, on en faisait sortir du pus. Depuis, ce malade a présenté une toux incessante, sèche, fatigante, qui dure depuis deux jours et que nous ne nous expliquons pas encore nettement; aucun symptôme sthétoscopique ne s'était encore manifesté. Mais un signe alarmant est venu nous mettre sur la voie d'un diagnostic malheureusement fâcheux : c'est l'apparition d'un point très-douloureux et gonflé à la jambe gauche.

Le malade ne ressent aucune douleur à l'aisselle ni à l'épitrochlée, au niveau du ganglion épitrochléen. Mais, si l'on imprime quelque mouvement à l'articulation de la phalange blessée, on provoque un douleur très-vive : il y a plaie pénétrante de l'articulation.

Il faut maintenant nous expliquer les accidents qui sont survenus chez ce malade depuis huit jours. Il n'a pas de lymphangite; une lymphangite ordinaire ne dure pas huit jours. Le vomissement, le frisson, la fièvre subite surviennent, mais ne durent pas si longtemps, à moins qu'il n'y ait un grand nombre de ganglions engorgés, mais, après une semaine, on les reconnaîtrait à la palpation.

Nous n'avons non plus aucune trace d'érysipèle; pas de rougeur, pas d'inflammation sur la région dorsale de l'annulaire. Quant à la septicémie aiguë, elle est rare dans les cas de plaie si peu étendue; puis, ordinairement, elle ne dure pas non plus pendant une semaine; ensuite elle ne donne pas lieu à des *frissons répétés*, si intense qu'elle soit. Enfin, dans une fièvre chirurgicale quelconque, on n'observe pas de points douloureux en dehors du siège de la plaie.

La pyohémie seule présente ces caractères, et nous devons ici en reconnaître l'existence. Il n'y a que chez les rhumatisants opérés qu'il peut y avoir des douleurs dans diverses articulations sans que, pour cela, il existe des abcès métastatiques.

C'est donc ici à l'infection purulente que nous avons affaire : ce fait est remarquable, à la suite d'une si petite blessure. Je l'ai déjà observée à la suite d'un furoncle siégeant sur la face dorsale de l'avant-bras. La grandeur des blessures n'y fait rien. Cependant les plaies articulaires y exposent plus spécialement que les blessures occupant d'autres régions. Fièvre durant depuis huit jours, avec frissons répétés, sans érysipèle ni lymphangite, accidents thoraciques, formation du point phlegmoneux en un lieu éloigné de la plaie, dans les parties molles de la jambe; tracé thermique présentant des variations très-irrégulières, tout cela est pathognomonique. Nous avons prescrit déjà deux éméto-cathartiques, 1 gramme de sulfate de quinine, une potion contenant 4 grammes d'alcoolature d'aconit pour calmer le pouls; enfin nous avons pratiqué une désinfection complète du doigt, qui a été arrosé continuellement d'une solution d'acide phénique; on l'a même laissé plonger en permanence dans cette solution.

La guérison a eu lieu.

II. Nous avons eu l'occasion d'observer un accident d'une autre nature chez un autre de nos malades, chez un opéré qui, attiré au dehors par les premiers rayons du soleil, a été soumis à l'influence du froid.

Depuis longtemps on a constaté l'influence du froid sur les blessures : on sait les pertes désastreuses des armées qui laissent leurs blessés passer une nuit sur le champ de bataille. Je ne parle pas du tétanos qui est souvent produit par le refroidissement; il est très-commun aussi bien dans le Groënland que dans la zone torride, où les variations de la température pendant des nuits froides sont très-considérables. J'ai recueilli trois observations où des plaies, qui étaient en très-bon état, ont été, par l'influence du froid, très-fâcheusement influencées, ont pris un mauvais aspect, avec fièvre de 39° et 40°, en un mot, ont mis en péril l'existence des malades. L'un de ces opérés avait subi la désarticulation de l'épaule pendant le mois de janvier : sa plaie, qui était très-étendue, ayant été exposée à l'air pendant une demi-heure, les accidents graves se développèrent et ne disparurent que quelque temps après. Un autre blessé, ayant pris un bain antiseptique, sortit un instant et se refroidit; il fallut pratiquer le lendemain l'amputation d'un membre que nous aurions pu peut-être conserver. La troisième observation est celle d'un malade atteint de fracture compliquée de l'humérus; pendant que les élèves ont examiné sa plaie laissée à découvert pendant quelque temps, elle a été exposée au froid; plusieurs ont touché la plaie sans lui causer la moindre souffrance; mais, le soir, le thermomètre dépassait 39°, et le malade raconte qu'il a parfaitement eu la sensation d'un froid subit pendant l'examen du matin.

Tout le monde sait que des érysipèles, des lymphangites, des élévations de température au moins, peuvent succéder au froid; mais on n'en a pas donné jusqu'ici d'explication suffisante. Aujourd'hui je crois pouvoir éclairer un peu la question, en m'appuyant sur les faits observés, dans une expérience instituée par M. Pasteur dans un autre but. On disait que les oiseaux ne peuvent avoir le charbon. M. Colin d'Alfort ne put l'inoculer à des poules! il réussit cependant à le communiquer à de petits oiseaux. M. Pasteur, de son côté, réussit à inoculer le charbon à des poules en abaissant la température de ces oiseaux; et l'inoculation donna des résultats satisfaisants. Sans comparer l'homme à une poule, ne sommes-nous pas en droit de retenir de cette expérience, plusieurs fois répétée, qu'un animal réfractaire à un poison en a été imprégné quand on a abaissé sa température? Et, en clinique, n'avons-nous pas observé que l'érysipèle, la lymphangite, la pyohémie, sont plus fréquents en hiver que pendant les saisons chaudes? L'homme qui porte un poison avec lui dans sa plaie même ne serait-il pas rendu plus apte à absorber ce poison par l'abaissement de température?

---

## ANTHROPOLOGIE

### Des différences de volume du crâne suivant les races, les individus et les sexes.

Par M. le docteur Gustave Le Bon.

La Société d'anthropologie de Paris vient de décerner le prix Godard, fondé pour récompenser le meilleur travail publié sur l'anthropologie. Le premier prix (500 francs et une médaille d'or) a été décerné à M. le docteur Gustave Le Bon, pour son mémoire sur les *Variations de volume du crâne*. Nous en reproduisons ici les conclusions :

Les variations de volume du cerveau et du crâne dans l'espèce humaine sont beaucoup plus élevées qu'elles ne le paraissent quand on se borne à comparer des moyennes. La capacité du crâne peut varier presque du simple au double. Dans les races supérieures, il existe entre les divers individus des différences de capacité crâ-

nienne de plus de 600 centimètres cubes. Ces différences dépassent 800 centimètres cubes quand on réunit des sujets de races différentes. Plusieurs facteurs déterminent ces variations ou leur correspondent.

La taille a une influence sur le volume du crâne, mais cette influence est très-minime. En réunissant en groupes tous les individus de même taille, et prenant le poids moyen des cerveaux de chaque groupe, on reconnaît qu'entre le poids moyen des cerveaux du groupe des individus les plus grands et le poids moyen des cerveaux du groupe des individus les plus petits la différence atteint à peine 100 grammes, alors qu'elle atteint souvent 500 grammes chez des individus de même taille.

Le poids du corps a une influence probablement plus grande que celle de la taille sur le poids du cerveau, mais les documents que nous possédons ne sont pas assez nombreux pour nous permettre de traduire exactement en chiffres la valeur de cette influence. Ils suffisent cependant à prouver rigoureusement que ce n'est pas à elle que sont dues les différences de volume du crâne que l'on observe dans notre espèce entre individus de sexes différents, entre individus de même sexe et de même race, et enfin entre individus de races différentes.

Le sexe a une influence considérable sur le poids du cerveau. La femme a un cerveau beaucoup moins lourd que celui de l'homme, et cette infériorité subsiste à *âge égal*, à *poids égal* et à *taille égale*. L'étude des cerveaux féminins de diverses races montre que même dans les agglomérations les plus intelligentes, comme les Parisiens contemporains, il y a une notable proportion de la population féminine dont les crânes se rapprochent plus par le volume de ceux des gorilles que des crânes du sexe masculin les mieux développés.

La différence existant entre le poids du cerveau, et partant le volume du crâne, de l'homme et de la femme, vont en s'accroissant constamment à mesure qu'on s'élève dans l'échelle de la civilisation, *en sorte qu'au point de vue de la masse du cerveau, et par suite de l'intelligence, la femme tend à se différencier de plus en plus de l'homme*. La différence qui existe, par exemple, entre la moyenne des crânes des Parisiens contemporains et celle des Parisiennes, est double de celle observée entre les crânes masculins et féminins de races inférieures ou de certaines races civilisées disparues, comme les habitants de l'ancienne Égypte.

Les crânes féminins des races supérieures, où le rôle de la femme est nul, sont remarquablement plus petits que les crânes féminins du plus grand nombre des races inférieures. Alors que la moyenne des crânes parisiens masculins les range parmi les plus gros crânes connus, la capacité moyenne des crânes parisiens féminins les place parmi les plus petits crânes féminins observés, au-dessous des crânes des Polynésiennes et à peine au-dessus des crânes des femmes de la Nouvelle-Calédonie.

Le développement de l'intelligence a un rapport étroit avec la forme, la structure et le volume du cerveau. Le volume est un des plus importants de ces facteurs. En opérant sur des séries de crânes suffisamment nombreuses, on constate toujours que les plus volumineux appartiennent, dans l'espèce humaine, aux races les mieux douées sous le rapport intellectuel, et dans chaque race aux sujets les plus intelligents.

La capacité moyenne des crânes des races supérieures dépasse notablement celle des crânes des races inférieures ; *mais ce qui constitue réellement la supériorité d'une race sur l'autre, c'est que la race supérieure contient beaucoup plus de crânes volumineux que la race inférieure*. Sur 100 crânes parisiens modernes, il y a 11 sujets environ dont le volume du crâne est compris entre 1,700 et 1,900 centimètres cubes, alors que sur le même nombre de crânes nègres on n'en trouve aucun possédant de telles capacités. Sur 100 Parisiens modernes, il y a 5 sujets environ dont le volume crânien est compris entre 1,800 et 1,900 centimètres cubes. Sur 100 crânes parisiens du douzième siècle, on n'en trouve aucun d'une capacité aussi considérable. Dans les agglomérations humaines inférieures, telles que les Australiens et les Parias de l'Inde, la limite maxima des crânes les plus volumineux dépasse à peine 1,500 centimètres cubes. Alors que la différence entre la capacité moyenne des crânes chez les races les plus élevées et les moins élevées ne dépasse guère 200 centimètres cubes, l'écart entre les plus gros crânes des races supérieures et les plus gros crânes des races inférieures atteint 400 centimètres cubes.

Les différences de volume du crâne existant entre les individus d'une même race varient considérablement d'une race à l'autre. Elles sont d'autant plus grandes que la race est plus élevée dans l'échelle de la civilisation. De 300 centimètres cubes à peine chez les races inférieures, elles s'élèvent à 6 et 700 centimètres cubes chez les races supérieures et augmentent constamment dans la même race à mesure qu'elle se civilise. L'écart entre les grands crânes et les petits crânes est, par exemple, notamment plus grand chez les Parisiens modernes que chez leurs ancêtres d'il y a six cents ans. *Loin de tendre vers l'égalité, les hommes d'une même race et ceux de races différentes tendent donc à se différencier de plus en plus.*

Les différences de volume du crâne qu'on observe chez les diverses catégories d'individus d'une même race ne semblent pas pouvoir être attribuées à d'autres causes qu'à l'état de l'intelligence, puisque, quand les catégories que l'on compare entre elles sont suffisamment nombreuses, elles contiennent évidemment chacune à peu près autant d'individus de même âge, de même taille et de même poids. Les mesures effectuées sur 1,200 têtes de Parisiens vivants et un certain nombre de paysans montrent qu'au point de vue du volume de leurs têtes ils se classent dans l'ordre suivant : 1° savants et lettrés ; 2° bourgeois parisiens ; 3° nobles d'anciennes familles ; 4° domestiques ; 5° paysans.

Il y a une inégalité de développement constante entre les deux moitiés du crâne, qui est tantôt plus développé à droite, tantôt plus développé à gauche, sans que la race ou l'état de l'intelligence semblent avoir une influence manifeste sur le sens de cette inégalité de développement. L'inégalité de développement n'est pas de même sens pour chacune des parties du crâne.

Le volume de la tête ne peut être déduit, pour des cas individuels, de la connaissance de sa circonférence ou de ses diamètres, puisque l'expérience démontre qu'avec des diamètres égaux ou des circonférences égales on observe des capacités crâniennes fort inégales. Quand on opère sur des séries, on peut, au contraire, déduire facilement le volume du crâne de la connaissance de sa circonférence. Sur un crâne de capacité moyenne, un accroissement de 1 centimètre de circonférence correspond à une augmentation de volume oscillant autour de 100 centimètres cubes.

L'étude comparative, effectuée sur des séries et au moyen de constructions graphiques, des chiffres de la circonférence du crâne et de la tête, du volume du crâne et du poids du cerveau, met en évidence les relations existant entre ces diverses grandeurs, et rend possible la construction de tableaux qui permettent, connaissant l'une d'elles, de déterminer immédiatement les autres.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 novembre 1879. — Présidence de M. RICHET.

### CORRESPONDANCE

M. FARABEUF se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

M. LE DOCTEUR WEBER, médecin principal de première classe, adresse un rapport sur le service médical de l'hôpital thermal militaire d'Amélie-les-Bains.

### PRÉSENTATIONS

M. ROGER présente deux brochures de M. le docteur Louis Pénard, l'une sur *l'Intervention du médecin légiste dans les questions de blessures, plaies, etc.*, et l'autre sur *le Rétablissement des tours*.

**M. Larrey** présente une série de brochures et un travail manuscrit de la part de M. le docteur Bourgeois, destinés au concours du prix Godard.

**M. Bourdon** présente, au nom de M. le docteur Gaston Decaisne, une brochure sur *les Paralysies corticales du membre supérieur*.

**M. Gosselin**, au nom de M. le docteur Reliquet, présente une brochure sur *les Coliques spermatiques*.

**M. Tarnier** offre en hommage, de la part de M. Lutaud, la traduction du traité clinique des maladies des femmes de Gaillard Thomas (de New-York).

**M. J. Guérin** présente, de la part de M. le docteur Dastot (de Mons), une brochure sur *l'Ophthalmie granuleuse dans les écoles*.

**M. Legouest** offre en hommage, de la part de M. le docteur A. Guichet, une étude sur la fièvre jaune de Madrid, en 1878.

### LECTURE

**M. Planchon** donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Boutron-Charlard. Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

### COMMUNICATION

**Origine du charbon.** — **M. Pasteur**, à l'occasion du procès-verbal et de la communication de M. Colin (voir la *Gazette des hôpitaux* du 4 novembre), donne lecture d'une note dans laquelle il maintient les conclusions de son dernier travail sur la persistance des germes de la bactéridie dans le sol du département d'Eure-et-Loir, conclusions qui avaient été contestées par M. Colin. Il s'applique à démontrer que les expériences négatives de M. Colin ne peuvent en rien infirmer les expériences et les faits positifs qu'il a produits devant l'Académie; il termine en disant qu'à côté de la jeune médecine, qui entre résolument dans la voie scientifique, existe encore une médecine qui vieillit et s'effondre, et dont il espère détruire les derniers vestiges sous le triomphe de la théorie des germes.

**M. Bouillaud** est un de ceux qui ont le plus admiré les belles découvertes de M. Pasteur, mais il ne peut lui laisser dire, sans protester, qu'à côté de la médecine moderne il est une médecine qui vieillit et succombe. M. Bouillaud affirme que cette médecine que M. Pasteur trouve vieillie et prête de succomber a dit et enseigné, *en d'autres termes,* tout ce que dit et proclame aujourd'hui M. Pasteur lui-même. En parlant ainsi, ce n'est pas seulement à sa propre génération, mais aussi à la génération qui l'a précédé que M. Bouillaud fait allusion. Il y a longtemps que le charbon et la fermentation septique ont attiré d'une façon solennelle, pourrait-on dire, l'attention des observateurs qui ont importé dans la clinique toutes les sciences exactes de la physique, de la chimie et de la médecine. Il y a longtemps, ajoute M. Bouillaud, que nous avons enseigné et démontré qu'entre ces deux processus morbides existe un lien commun de confraternité. Jamais, comme semble le croire M. Pasteur, on n'a confondu l'état putride avec l'état inflammatoire; la distinction est faite entre ces deux états depuis Galien. M. Bouillaud rappelle également le rapprochement qu'il a fait lui-même entre la gale et la fièvre typhoïde au point de vue de la contagiosité et de la cause, alors inconnue mais déjà soupçonnée, de cette contagiosité. Dès 1826, M. Bouillaud avait dit que l'état typhoïde n'était autre chose qu'une fermentation putride. Ce ne sont donc pas les médecins d'aujourd'hui qui ont parlé pour la première fois de ces faits. C'est au lit du malade, s'appuyant sur toutes les données fournies par la physique, la chimie, par l'examen du sang, par l'observation, que M. Bouillaud a démontré ce que présentait de particulier l'état putride, qu'il a fait connaître l'existence de causes spéciales, *spécifiques*, tantôt appartenant à l'individu lui-même, tantôt appartenant à des causes extérieures, sous l'influence desquelles se produisait un état particulier, l'état typhoïde. Tout ce que dit aujourd'hui M. Pasteur avait été dit en *d'autres termes*.

**M. Colin**, voulant rester plein de déférence et de respect pour M. Pasteur, bien qu'il ne donne guère lui-même l'exemple de la déférence envers ses collègues, et craignant dans une réponse improvisée de se laisser aller au-delà de sa pensée, demande à ajourner sa réponse à la prochaine séance.

**M. Pasteur** répond à M. Colin qu'il y a plusieurs manières de manquer de respect envers ses collègues; M. Colin en manque vis-à-vis de Davaine, de M. Pasteur lui-même, en ne les citant pas là où il devrait le faire. Je reconnais, ajoute M. Pasteur, avoir été peut-être un peu sévère pour M. Colin; mais cela tient à ce que M. Colin agace parfois étrangement ses contradicteurs en n'apportant jamais que des faits et des résultats négatifs qui ne peuvent rien prouver, mis en opposition avec des faits positifs parfaitement observés. Il n'y a qu'un moyen de vider les différents soulevés par M. Colin, c'est d'en appeler à une commission qui pourra juger par elle-même de la valeur des faits que j'apporte ici en renouvelant mes expériences.

A M. Bouillaud M. Pasteur répond, non sans embarras, qu'il désire rester sur son terrain d'expérimentateur et qu'il lui serait difficile de le suivre dans la voie où M. Bouillaud s'est engagé. Il se permettra seulement de lui demander s'il ne fait pas trop bon marché de la différence qui sépare les médecins dont il a parlé, de ceux qui, comme Davaine, par exemple, ont véritablement découvert le seul petit organisme qui produit le charbon. Par médecine ou doctrine qui vieillit, M. Pasteur entend celle qui soutient la spontanéité des maladies transmissibles. M. Pasteur ne peut l'admettre, et est convaincu que cette doctrine doit tomber devant le triomphe de la théorie des germes.

M. Pasteur rappelle en quelques mots ce qui se passe dans le département d'Eure-et-Loir : un mouton charbonneux meurt dans un champ, à une certaine distance de l'endroit où se trouve l'équarrisseur; le berger fait un trou dans la terre et y enfouit ce mouton charbonneux. Un an après, la surface de cette terre contient des milliers de germes. Dans une autre expérience, M. Pasteur laisse tomber sur le sol du sang charbonneux; celui-ci se transforme en germes qu'on peut retirer de cette terre encore un an après. Est-il permis, après de pareils faits, de conserver encore des doutes sur la véritable origine du charbon dans l'Eure-et-Loir?

**M. Bouillaud** répète qu'il professe la plus grande et la plus sincère admiration pour les découvertes de M. Pasteur; il ajoute qu'il est heureux de le voir commencer à se familiariser avec les choses de la médecine; en effet, quand il s'agit de la clinique, de l'observation médicale, combien ne faut-il pas de connaissances acquises avant de pouvoir se former une opinion nette et précise sur tel ou tel point? Or M. Pasteur connaît-il bien les travaux des médecins qui ont blanchi dans la clinique? Sait-il bien avec quelle exactitude, avec quelle rigueur nous employons toutes les ressources que nous fournissent la physique, la chimie, la mécanique? N'ignore t-il pas que nous n'apportons pas moins de soins ni de précautions dans l'examen du corps humain que n'en apporte le chimiste dans l'examen d'un corps quelconque, en tenant compte en plus de cette différence, que le corps humain est un corps vivant? C'est à Bichat que revient surtout la gloire d'avoir définitivement institué cette méthode d'observation médicale, méthode exacte par excellence et qui donne aujourd'hui à la médecine le droit de siéger parmi les sciences exactes. Ce n'est pas d'aujourd'hui que les médecins cherchent les virus, et ce serait une grave erreur de croire qu'ils n'attachent pas d'importance à ces choses extérieures. Personne parmi nous, ajoute M. Bouillaud, n'ignorait l'existence de ces virus, de ces germes que vous avez découverts. Vous vous méprenez sur le véritable sens du mot « spontanéité » : une maladie spontanée ne veut pas dire une maladie sans cause, mais bien une maladie dont on ignore la cause.

Tout en accordant la plus grande valeur aux faits et aux expériences de M. Pasteur relativement à l'origine du charbon, M. Bouillaud fait observer que, malgré tout, M. Pasteur n'est pas infaillible qu'il pourrait avoir mal vu, et que dès lors les faits négatifs qui lui sont opposés pourraient être vrais et prendre la valeur de faits positifs. Il ajoute quelques considérations ayant pour but de démontrer qu'il a toujours, quant à lui, tenu le plus grand compte des causes extérieures, et qu'en ce qui concerne la morve, par

exemple, il a toujours soutenu que c'était une maladie essentiellement contagieuse en soi et qu'il ne pouvait se produire de morve sans morve.

M. PASTEUR déclare qu'il a toujours eu MM. Bouillaud et Sédillot présents à l'esprit quand il a entrepris ces études qui l'ont conduit à cette confiance complète, à cette foi qu'il a aujourd'hui en la doctrine de la théorie des germes. Mais il reste encore aujourd'hui quelques partisans d'une doctrine qu'il veut combattre et dont il doit triompher, la doctrine et la spontanéité des maladies transmissibles.

M. BOUILLAUD répète à M. Pasteur qu'il s'est créé des adversaires imaginaires; qu'il a commis des erreurs qu'il n'aurait pas commises s'il avait consulté les travaux dont il a parlé. Les découvertes de M. Pasteur n'ont été que la confirmation des idées généralement admises par les médecins et les chirurgiens sur le typhus, la rage, le charbon, la morve, la pourriture d'hôpital. Pour ne parler que de cette dernière, on ne connaissait pas la bactéridie quand on a créé ce mot, mais on savait bien qu'il existait quelque chose de tout à fait particulier qui seul pouvait produire la pourriture d'hôpital. Mais, tout en admettant ces faits et tout en admirant les découvertes de M. Pasteur, il faut se tenir en garde contre les exagérations qu'elles peuvent entraîner.

La séance est levée à cinq heures et demie.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'externat.* — Question donnée le 8 novembre : *Articulation radio-carpienne.*

Question donnée le 10 novembre : *Os du tarse.*

Question donnée le 11 novembre : *Muscle psoas-iliaque.*

— *École de médecine d'Arras.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle, s'ouvrira le 16 mai 1880.

Un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques s'ouvrira le 26 mai 1880.

— *École de médecine de Grenoble.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de médecine s'ouvrira le 19 mai 1880.

Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chirurgie s'ouvrira le 26 mai 1890.

— *École de médecine de Limoges.* — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 19 mai 1880.

— *École de médecine de Tours.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale s'ouvrira le 16 mai 1880.

— *École vétérinaire d'Alfort.* — A la suite du concours de 1879, ont été admis à l'École :

1° *Bacheliers admis sans examen* : MM. Bastian, Durandal, Lemesle, Luirette, Perrée, Perrot, Rous, Simonin, Ollivier, Simon.

2° *Candidats ayant subi l'examen* : MM. Belleville, Canivet, Pinneteau, Bouffet, Joron, Comus, Le Goff, Bissauge, Lefebvre, Jeannin, Juvenot, Pont, Romby, Million, Niot, Deroguerre, Antoine, Bin, Dumont, Hémery, Constantin, Filard, Limousin, Willemin, Barbonne, Jactel, Ducarin, Buffard, Welkamp, Papin, Bouyenval, Mafille, Stérin, Leroux, Lépine, Mathieu, Levavasseur, Helfer, Marois, Rousseau, Godard, Charlet, Pousset, Billot, Guilloury, Bernard, Bellanger, Lecat, Jomarien, Deleau, Debenay-Lafont, Fruhe, Bocquet, Pelloquin, Mouilleron, de Mussan, Fossé, Garnier, Dommergue, Baudon, Mullet (Léon), Dugour, Bertel, Pitois, Mullet (Alexandre), Lamiraut, Portejoie, Longuet, Houzé, Droin, Marquis, Pérot (Louis), Lefuel, Carabin, Bourgoin, Hayard, Joncourt, Lobry, Laboise, Milley, Devin, Dumolin, Corbedanne, Baudin, Deshayes, Vaudescal, Porcher, Postiau, Dufour, Leluc, Leblevennec, Bertholle, Fondard et Marchand.

— M. de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, chargé du traitement orthopédique des hôpitaux, commencera ses leçons cliniques le jeudi 13 novembre 1879, à neuf heures du matin. Il s'occupera spécialement du bec-de-lièvre, du pied-bot, du mal de Pott et de la scoliose.

— M. le professeur Ball commencera son cours de clinique des maladies mentales le dimanche 16 novembre 1879, à neuf heures et demie, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

La leçon du jeudi sera consacrée à des exercices pratiques de diagnostic. MM. les élèves en médecine qui désirent y prendre part sont priés de s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine.

— M. le professeur Potain commencera ses leçons de clinique médicale, à l'hôpital Necker, le lundi 17 novembre 1879, à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie, commencera une nouvelle série de leçons d'anatomie et les travaux de dissection le lundi 17 novembre 1879, dans le pavillon de l'enseignement libre à l'ancien collège Rollin.

Les leçons ont lieu de midi à quatre heures jusqu'au 25 mars. Il y aura deux leçons tous les jours, et les élèves seront dirigés dans les travaux pratiques de dissection. Ces leçons comprennent l'*anatomie descriptive* et les principales questions de *physiologie*, d'*anatomie des régions* et d'*histologie*.

On s'inscrit tous les matins chez M. Fort, 21, rue Jacob.

— M. le docteur Garrigou-Desarènes recommencera ses conférences publiques et gratuites sur les maladies des oreilles, le mercredi 19 novembre, à une heure et demie, à sa clinique, boulevard Saint-Germain, 93, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8874.

N° 132. — SAMEDI 15 NOVEMBRE 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 15 NOVEMBRE 1879. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### Maladies régnantes : Fièvre typhoïde.

Contrairement à ce qui a eu lieu pour la diphthérie et pour la variole, la fièvre typhoïde, qui, après l'exacerbation tout à fait accidentelle et anomale qu'elle avait présentée pendant la période hivernale du premier trimestre de cette année, était rentrée pendant le deuxième trimestre dans sa limite minima de la période printanière, a repris en été une marche ascensionnelle, ce qui est encore conforme à la marche habituelle des maladies annuelles. Toutefois, malgré ce mouvement ascensionnel régulier de la période estivale, la fièvre typhoïde est restée relativement bénigne. Voici les seuls faits saillants qui ont été signalés dans le rapport de M. Besnier.

A l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Bergeron, c'est la forme adynamique qui paraît avoir été prédominante; malgré des rechutes fréquentes, la maladie s'est montrée généralement bénigne et exempte de complications. Il y a eu cependant 3 cas de mort sur 37. Depuis le commencement de l'année, il n'y avait eu qu'un seul décès par la fièvre typhoïde dans le service. L'un de ces décès a été causé par une pneumonie survenue au vingt-cinquième jour de la maladie; le second a eu lieu chez un enfant amené à l'hôpital à une période avancée de la maladie; le troisième a eu lieu chez une enfant qui, à la suite d'une fièvre continue grave, a été prise successivement de diphthérie laryngée et de complications pulmonaires.

A l'hôpital de la Charité, M. Hallopeau, chargé pendant les mois d'août, septembre et octobre, des services de MM. Hardy, Vulpian et Laboulbène, a eu 12 cas de fièvre typhoïde, dont 2 très-bénins, 3 d'intensité moyenne, 7 graves. 2 malades ont succombé, l'un à une perforation de l'intestin, le second à une pneumonie lobulaire accompagnée de congestion; 11 malades ont été traités surtout par le calomel, le sulfate de quinine, le salicylate de soude et l'eau froide employée sous forme de lotions, d'applications sur le ventre et de lavements. Dans un cas où la température était hyperpyrétique (41°,5), les bains froids ont contribué à conjurer un péril imminent.

Le salicylate de soude a été donné aux doses de 2, 3 et 4 grammes; il n'a guère été administré pendant plus de trois jours de suite; on en a toujours surveillé attentivement les effets et cessé l'usage au moindre signe d'intolérance. M. Hallopeau a fait sur l'action de ce médicament plusieurs observations importantes. Ce médicament, dit-il, a exercé constamment une action évidente et puissante sur la température et a paru modifier plusieurs fois dans un sens favorable la marche de la maladie. Mais il fait toutefois cette remarque, qui est une sorte de réserve à l'égard de l'étendue d'action de cet agent en même temps qu'une réflexion juste sur le rapport de la chaleur avec les autres éléments de la fièvre : le malaise général, la stupeur, la dyspnée et l'accélération du pouls ont plusieurs fois persisté, malgré l'abaissement de la température, ce qui prouve une fois de plus que l'augmentation de la chaleur ne constitue pas à elle seule la fièvre, qu'elle n'en est qu'un élément.

Voici maintenant pour ce qui a trait aux accidents. Plusieurs malades ont eu, pendant qu'ils étaient soumis à l'influence de ce médicament, des accidents auxquels on peut le soupçonner d'avoir contribué, particulièrement des hémorrhagies intestinales, des hémorrhagies multiples, des congestions intenses du poumon, du délire. D'où M. Hallopeau conclut que le salicylate de soude est moins bien supporté dans la fièvre typhoïde que dans le rhumatisme et qu'on ne doit y avoir recours que dans les cas où les autres moyens antipyrétiques restent impuissants à modérer une réaction fébrile assez intense pour mettre par elle-même en danger la vie du malade. Il se propose, à l'avenir, quand il reprendra l'usage du salicylate de soude dans le traitement de la fièvre typhoïde, de l'employer à des doses plus faibles, afin d'éviter les inconvénients signalés.

### Contracture hystérique non interrompue remontant à cinq années; guérison spontanée.

Les phénomènes nerveux dépendant de l'hystérie ont cessé depuis longtemps pour les médecins de figurer parmi les faits merveilleux et surnaturels, et les belles recherches du professeur Charcot ont achevé de classer d'une façon bien déterminée tous les accidents, même les plus excentriques en apparence, de cette cruelle névrose.

Toutefois les observations bien authentiques de guérison ne sont pas très-fréquentes; c'est à ce titre que notre con-

frère M. le docteur Marcel Bouyer a pensé avec raison qu'il serait intéressant pour les lecteurs de la *Gazette* de compléter, suivant la promesse qu'il en avait faite, celle qu'il a publiée dans le numéro du 27 juillet 1878 et dont il est opportun de rappeler les principaux traits.

Traumatisme violent sur le pied en 1873, à la suite duquel la petite fille doit aller à Luchon.

Impossibilité de supporter les bains; manifestations de troubles nerveux qui vont s'accusant de plus en plus, et finissent par le développement des accidents hystériques les plus formidables, tels que surdité absolue, perte de la vue, dysphagie qui nécessite l'emploi de la sonde œsophagienne pendant un an, etc.

Amélioration des crises nerveuses, mais apparition de contractures continues des membres.

Au bout de quelques mois, disparition successive de ces contractures sous l'influence du bromure de potassium, à l'exception de l'une d'elles, qui persiste seule.

En mars 1874, la jambe droite se fléchit sur la cuisse et la cuisse un peu sur le ventre, de façon que la cuisse est à peu près horizontale et que le talon creuse la fesse; il est impossible d'introduire un fil entre la jambe et la cuisse.

Cet état durait depuis quatre ans et quatre mois quand fut publiée l'observation.

M. Bouyer avait à ce moment la certitude qu'il n'y avait point d'ankylose, car, ayant chloroformé la jeune fille, il obtint le redressement complet et facile du membre.

Ce résultat l'engagea à insister auprès de la malade pour reprendre un traitement négligé depuis des années et qui fut accepté par elle.

Notre confrère s'est alors adressé aux divers moyens récemment préconisés.

Le fer aimanté a été appliqué, tantôt sur la cuisse, tantôt sur le côté opposé, comme le pratique M. Charcot. Plus tard il a essayé les courants continus. La malade maintenait l'appareil durant la nuit, le plaçant aussi tantôt à droite et tantôt à gauche.

Malgré tout cela on n'obtenait rien d'avantageux, pas même le moindre signe de transfert. La contracture persistait comme devant. On commençait à désespérer, quand une émotion vive vint au secours de la jeune malade.

Le 5 mars dernier, M^lle^ X..., étant chez le dentiste et ne voulant pas se soumettre à une opération nécessaire, fut impressionnée, émue, et, à son retour chez ses parents, elle s'aperçut avec une satisfaction indicible que sa jambe se détendait. Immédiatement appelé, M. Bouyer reconnut le fait. A ce moment la détente ramenait le bout du pied droit au niveau de la malléole gauche. Augmentation dans l'extension les jours suivants.

Au 9 mars, à la mensuration, le mollet malade a 5 centimètres de tour de moins que l'autre, et au bas de la cuisse on ne trouve que 2 centimètres de différence. Le mollet est complètement mou, on ne sent pas les reliefs musculaires. Il en est de même des muscles du pied et de plus ses articulations, qui jouent bien, sont si faibles que la jeune fille ne peut point s'en servir pour se supporter.

Depuis lors la guérison ne s'est point démentie. Pour s'assurer du retour du membre à ses usages normaux, M. Bouyer a employé successivement des pommades et des frictions toniques stimulantes, pour combattre les divers symptômes, tonifier les muscles, empêcher l'œdème qui apparaissait au pied.

Ce qui a surtout réussi, c'est l'application fréquemment renouvelée d'une double gouttière de zinc, bien matelassée et dont les deux fragments étaient réunis par trois courroies que l'on serrait de plus en plus chaque jour.

On a pu voir la jambe revenir peu à peu dans la rectitude. Le 1er mai la jeune fille sortait avec deux cannes; vingt jours plus tard elle a marché sans canne sur un parquet. Aujourd'hui Mlle X... sort avec une seule canne par précaution, à cause des irrégularités du pavé, mais depuis plusieurs mois elle n'en fait point usage dans la maison, même pour monter ou descendre un escalier.

Le mollet a retrouvé sa grosseur, les reliefs musculaires sont sensibles et la guérison est bien définitive.

C'est un exemple bien curieux de guérison de contracture hystérique, et que l'on pourrait presque appeler classique, aujourd'hui qu'il est bien établi par de nombreux exemples que ce résultat, quand il arrive, est presque constamment spontané.

Dr BROCHIN.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Le rein sénile.** — M. le docteur A. Sadler, ayant fait vingt-huit autopsies de vieillards morts à la suite de maladies diverses, (pneumonies, bronchites chroniques, entérites, hémorrhagies ou ramollissement cérébral, etc.), toutes complètement indépendantes d'une néphrite interstitielle, trouva, dans vingt-six cas, les reins atrophiés. Cet état du rein serait donc sinon la règle, du moins une lésion absolument fréquente chez les vieillards.

C'est pour établir ce fait que l'auteur a fait de cette question le sujet d'une intéressante thèse inaugurale. (*Thèse de Nancy*, 1879.) Ses conclusions sont les suivantes :

Chez les vieillards, les reins subissent d'une façon presque constante une altération caractérisée par une atrophie de l'organe, pouvant arriver à diminuer le rein dans une proportion considérable, c'est-à-dire jusqu'à un tiers de son volume. L'altération sénile porte sur les deux reins; le rein gauche est presque constamment plus volumineux et plus lourd que le droit.

Au point de vue anatomo-pathologique, cette altération est caractérisée par une atrophie portant surtout, mais non exclusivement, sur la substance corticale, qui peut être réduite à 2 ou 3 millimètres d'épaisseur; le microscope démontre une modification constante de cette région caractérisée ainsi : 1° glomérulite scléreuse; 2° périartérite scléreuse et endartérite des vaisseaux artériels et capillaires, tant dans la substance corticale que dans la substance médullaire, athérome presque constant des artères rénales; 3° tubes contournés rarement dilatés ou rétrécis, les épithéliums ont conservé leur forme et sont souvent granuleux; 4° hypertrophie du tissu conjonctif de la substance corticale, capsule épaissie et adhérente; 5° les lésions anatomiques montrent donc les lésions d'une néphrite interstitielle.

Cette atrophie sénile paraît liée intimement à un état athéromateux plus ou moins généralisé chez le vieillard; elle n'est en quelque sorte qu'une conséquence de l'athérome des artères rénales. L'atrophie sénile du rein n'est donc qu'un cas particulier du processus atrophique auquel sont soumis tous les organes pendant la stérilité.

Au point de vue des symptômes, le rein sénile diffère de la néphrite interstitielle par une diminution dans la quantité d'urine et par une absence d'albuminurie.

Chaque fois qu'on rencontre de l'œdème, il trouve son explication, non pas dans l'état du rein (l'albuminurie faisant défaut), mais dans l'état du cœur et de la circulation; l'œdème en effet a toujours été localisé aux membres inférieurs, et il a tous les caractères de l'œdème cardiaque; les accidents urémiques ont constamment fait défaut, et les hémorrhagies cérébrales ou autres s'expliquent suffisamment par l'état athéromateux des artères.

L'hypertrophie du cœur, si fréquente chez le vieillard, est due bien plutôt à l'état athéromateux de tout le système artériel qu'à l'atrophie du rein; ces deux causes amenant également l'hypertrophie du ventricule gauche, il est difficile de faire la part de l'état du rein dans sa production.

En définitive, si le rein sénile est caractérisé anatomiquement par une véritable néphrite interstitielle, sauf l'état de l'épithélium des tubes, il ne produit pas l'ensemble symptomatologique que l'on attribue généralement à cette altération; on doit donc le distinguer de la néphrite interstitielle, en lui conservant le nom de rein sénile.

**Injections hypodermiques de café.** — Le docteur Pallen, de New-York (*Med. Rec.*), rapporte plusieurs cas d'empoisonnement par l'opium et la morphine, traités au moyen d'injections hypodermiques d'extrait liquide de café de Java, à la dose de 15, 20 et 30 gouttes en une fois. La guérison était très-rapide.

On a observé que, si l'on prenait soin de chauffer le liquide, il ne se produirait pas d'accidents, mais qu'une injection froide était suivie d'inflammation et d'abcès. (*Mouvem. méd.*)

**Ankylostome duodénal; anémie pernicieuse.** — Le docteur Bozzolo rapporte dans la *Gazetta delle cliniche* que le docteur Graziadei a trouvé, cette année même, à Turin, l'œuf de l'ankylostome duodénal dans les excréments de deux malades qui présentaient des symptômes d'anémie extrêmement graves. Dans un des cas, le diagnostic qu'il avait fait par le microscope pendant la vie fut vérifié à l'autopsie. On trouva, en effet, plus de mille ankylostomes dans l'intestin grêle.

C'est la première fois que l'on signale en Piémont la présence de ce parasite. M. Bozzolo a observé aussi deux malades qui présentent des phénomènes à peu près semblables à ceux de la chlorose d'Égypte, ou chlorose des tropiques, qui, comme on sait, est due à la présence de nématoïdes dans l'intestin. De ces deux malades, l'un n'a jamais quitté le Piémont, l'autre n'a fait qu'un court séjour en Sardaigne. Tous deux ont rendu une quantité considérable d'œufs d'ankylostome duodénal. Celui des deux qui en a rendu la plus grande quantité est le plus malade. Chez le second, on trouve de temps à autre, dans les fèces, du sang plus ou moins altéré. Les œufs recueillis dans les fèces ont été cultivés, et les docteurs Graziadei et Perroncito ont reconnu qu'il s'agissait bien d'ankylostomes. Sur les quatre malades observés jusqu'ici, il y a une femme et trois hommes qui, tous trois, étaient cuiseurs de briques. (*Rev. méd. fr. et étr.*)

Morelli a publié (*Sperimentale*, 1878) l'observation d'un cas d'anémie pernicieuse progressive qui paraît être en rapport avec la présence d'un grand nombre d'ankylostomes du duodénum. (*Un. méd.*)

La même hypothèse a été soulevée à propos d'une autopsie faite par M. Potain chez un malade qui succomba à une anémie cachectique progressive (anémie pernicieuse?). On constata des lésions congestives et phlegmasiques exactement circonscrites au duodénum; on pouvait être tenté de les attribuer à la présence d'entozoaires qui se fixent d'une façon spéciale dans cette partie de l'intestin, soit d'ankylostomes.

A l'autopsie, ces parasites peuvent passer inaperçus à cause de leur très-petit volume; mais l'examen des garde-robes n'avait fait reconnaître pendant la vie ni œufs ni helminthes. On sait, d'ailleurs, que l'Italie du nord est la seule contrée de l'Europe où l'ankylostome ait été jusqu'ici observé; c'est là qu'il a été découvert en 1838 par Dubini, et signalé par lui comme assez vulgaire.

**Corps étranger dans l'oreille.** — Une petite fille de six ans s'était introduit une petite pierre dans l'oreille gauche, en jouant au bord de la mer. Les médecins appelés, au lieu de faire de grandes injections, voulurent se servir d'instruments; ces manœuvres intempestives et infructueuses eurent pour résultat de faire passer la pierre dans la caisse en déchirant le tympan. Après vingt-deux jours, on trouva le tympan en partie cicatrisé, sauf en un point où se voyait une petite déchirure. C'est par là que s'écoulait le pus. M. Ménière fit une section de la membrane avec un ténotome pointu; on put alors sentir avec un stylet le corps étranger à nu; il paraissait être à la partie antérieure et inférieure de la caisse. Quelques jours après, l'enfant ayant fait une chute violente sur la tête (côté gauche), la pierre fut expulsée lors de la troisième injection.

M. Voltolini a donné le conseil de renverser la tête complètement pour faciliter la sortie des corps étrangers qui sont dans le cul-de-sac formé par le tympan et la partie osseuse du conduit externe. (*Gaz. hebd.*)

**Traitement du lichen.** — M. Vidal emploie le traitement suivant à l'hôpital Saint-Louis :

1° *Lichen aigu.* On administre des bains d'amidon vinaigrés, des lotions vinaigrées. On soumet le malade à un régime non excitant; pas d'alcool, ni de café surtout, ni de thé. Pas d'aliments de charcuterie, ni de poisson de mer, de coquillages ou de salaisons. La guérison arrive en huit à vingt jours.

2° *Lichen chronique.* S'il y a beaucoup de prurit, on prescrit l'emmaillotement au caoutchouc, qui procure un bain continu partiel; des bains répétés, bains vinaigrés (un litre de vinaigre dans un bain de son); les lotions vinaigrées. On a essayé toutes les pommades résolutives, sous-nitrate de bismuth, oxyde de zinc, glycérolé d'amidon et les lotions de toute sorte. M. Vidal recommande en toute confiance (dans les injections papuleuses de la peau), le glycérolé à l'acide tartrique :

| | |
|---|---|
| Glycérolé d'amidon. . . . . . . . | 20 grammes. |
| Acide tartrique. . . . . . . . . . | 1 — |

On fait des frictions matin et soir avec cette préparation, et l'on saupoudre la région avec de la poudre d'amidon.

S'il y a irritation, des cataplasmes *d'amidon* sont appliqués et l'on reprend ensuite les frictions.

Dans le lichen professionnel, on prescrit les cataplasmes s'il y a irritation, et les bains d'amidon; on acidule les bains quand l'irritation a disparu. A l'état sec de desquamation pityriasique, on emploie le glycérolé tartrique. S'il s'agit de sujets scrofuleux, avec inflammation chronique, on calme d'abord l'irritation, puis on applique le glycérolé tartrique, concurremment avec les bains sulfureux, qui s'adressent au traitement de la scrofule. On envoie alors les malades aux eaux sulfureuses peu fortes, Uriage et Saint-Gervais, et aux eaux douces des Pyrénées. On se trouvera aussi très-bien d'eaux non sulfureuses qui sont favorables aux lymphatiques et aux strumeux, telles que la Bourboule. Les arthritiques ne se trouvent pas bien des bains sulfureux. Chez eux on aura recours aux cataplasmes d'amidon et au caoutchouc, avec le glycérolé tartrique et le régime alcalin, ainsi que les bains alcalins, ou mieux encore les bains vinaigrés. On les enverra aux eaux douces calmantes : Plombières, Néris, Royat, Ussat, Bagnères-de-Bigorre (à la source alcaline), en un mot aux eaux qui conviennent aux sujets nerveux les plus excitables. (*Le Praticien.*)

**Structure des ligaments larges.** — Des recherches répétées un grand nombre de fois dans les pavillons de l'Ecole pratique ont prouvé à M. Alph. Guérin que le ligament large est fermé de toutes parts par des aponévroses ; de telle sorte qu'on peut dire qu'il constitue une cavité aponévrotique, présentant à peu près la même résistance en avant, en arrière et en bas. Nulle part le tissu cellulaire n'est en moindre quantité qu'en ce point, et il y présente une densité peu favorable à l'inflammation phlegmoneuse. C'est bien une cavité fibreuse, close par des feuillets aponévrotiques, recouverts en avant et en arrière par le péritoine.

On admettait que le ligament large est ouvert en bas, dans l'intervalle de ses parois antérieure et postérieure; mais il n'en est rien, et dans ce point il existe une aponévrose, continuation du fascia propria qui est accolé au péritoine au niveau du pubis. Au moment où le feuillet péritonéal se réfléchit de bas en haut pour se mouler sur le ligament large, le fascia propria se divise en deux feuillets, dont l'un vient former la paroi antérieure du ligament large, et dont l'autre se continue horizontalement et

forme la base résistante du ligament. Quand, avec un peu d'attention, on décolle le fascia propria des tissus sous-jacents, on reconnait qu'il est tiré en haut au niveau du bord inférieur du ligament large qui présente en ce point une concavité.

Ainsi le ligament est constitué de toutes parts par des feuillets aponévrotiques qui s'opposent à ce qu'un liquide injecté dans l'intervalle de ces feuillets se répande dans le tissu cellulaire voisin. Quand cette notion anatomique sera admise par tout le monde, on examinera de plus près l'origine des phlegmons du bassin, et l'on arrivera à reconnaître que c'est à *l'adéno-phlegmon juxtapubien* qu'il faut réserver les symptômes attribués jusqu'ici au phlegmon du ligament large. (*Gaz. hebd.*)

**Lavements nutritifs.** — Voici un nouveau fait, rapporté par M. Catillon à la Société de thérapeutique, qui vient démontrer une fois de plus quelles précieuses ressources le praticien peut trouver dans ce mode d'alimentation. Il s'agit d'une femme qui, pendant huit mois, ne fut alimentée que par des lavements de bouillon, d'œufs, de café, et d'un peu de laudanum. Cette malade, traitée à l'hôpital de Laon pour une dyspepsie grave, avec vomissements incoercibles, fut scrupuleusement surveillée, et il n'y a pas eu de supercherie possible. (*Abeille médicale*).

**Hystéro-démonopathie.** — En 1878, éclatait à Verzegnis, dans le Frioul, une épidémie d'hystéro-démonopathie ayant les plus grandes analogies avec celle que l'on vit, il y a quelques années, à Morzine, Haute-Savoie. (Voir *Annales médico-psychologiques*, 1862, 1864, 1865). MM. Chiap et Franzolini reçurent la mission d'étudier cette épidémie et d'indiquer les mesures à prendre pour couper le mal dans ses racines.

Des personnes de tout âge, mais toutes du sexe féminin, furent frappées de « mania religiosa » (monomanie religieuse). La maladie se manifestait par de véritables accès de manie hystérique accompagnés de cris, paroles obscènes, blasphèmes, d'aversion et de haine profonde pour les prêtres (augmentée encore par les pratiques d'exorcisme qu'on leur fit subir), craintes de damnation, terreur de l'enfer, etc., et malgré cela, caractéristique de l'affection, une demi-conscience de leur état permettait aux possédées de répondre à peu près aux questions qu'on leur adressait. A cet état se joignait une sorte de don de divination, de prescience si l'on veut, dû simplement à un éréthisme cérébral, mais qui, aux yeux des paysans ignorants et crédules, paraissait surnaturel et était attribué par eux à la présence de l'esprit malin dans le corps des infortunées. Des spasmes des convulsions toniques et cloniques complétaient la scène.

L'accès fini, tout rentrait dans l'ordre; la malade fatiguée s'endormait, et, à son réveil, pouvait reprendre ses travaux et vaquer à ses occupations habituelles, sans conserver aucun souvenir de ce qui s'était passé dans le cours de son accès.

D'après l'enquête, l'étiologie de cette épidémie est complexe, mais cependant les causes principales seraient : l'abâtardissement de la race, dû à de trop fréquents mariages consanguins, d'où résulterait à la longue un éréthisme nerveux, ou un névrosisme hystérique, habituel chez tous, constituant une prédisposition fatale à toutes les maladies du système nerveux; l'ignorance, la superstition, l'excès de pratiques religieuses, le contact journalier des malades avec les individus sains, enfin l'imitation.

Le traitement qui découle naturellement de cet exposé est tout à la fois moral et médical.

*Moral* : en rendant plus difficiles les mariages consanguins, en cherchant à relever le niveau intellectuel des habitants, en les instruisant, en luttant contre l'ignorance et la superstition.

*Médical* : en combattant directement les symptômes nerveux par les ressources de la thérapeutique (opiacés, antispasmodiques, bromure de potassium, etc.), en reconstituant l'état général par les ferrugineux, l'hygiène, les divers moyens appropriés. (*Bullet. de la Société fr. d'hygiène*).

**Éruption causée par la quinine.** — Le docteur Farquharson rapporte (*The Lancet*) que 10 grains de quinine donnés trois fois par jour produisirent, le quatrième jour, une éruption sur tout le corps, formée de plaques rosées, légèrement élevées et accompagnées d'un fourmillement intense.

La Société clinique de Londres, discutant sur ce cas, remarqua que les symptômes étaient de la nature de l'urticaire, et qu'ils *pouvaient*, en quelque manière, être attribués au dérangement de la digestion. Dans un autre cas cité par le docteur Nunn, la quinine produisait toujours une éruption érythémateuse, se bornant à quelques boutons sur le corps, avec beaucoup de démangeaisons, quelquefois de la douleur, et suivie de desquamation. Dans les cas de fièvre paludéenne, cette éruption est toujours accompagnée d'amélioration de la maladie. (*Mouvem. méd.*)

**Températures morbides locales dans les affections des organes abdominaux.** — M. le professeur Peter a communiqué à la Société clinique quelques faits relatifs aux températures morbides locales dans les cas d'affections des organes abdominaux. Un malade présentait des signes très accusés de dyspepsie, avec amaigrissement progressif. L'état cachectique permettait de supposer l'existence d'un cancer de l'estomac, cependant il n'y avait ni vomissements ni tumeur à la région épigastrique. On prit avec soin la température épigastrique et l'on trouva 37°,3, tandis que la température axillaire était 36°,8.

Le malade mourut, et, à l'autopsie, on constata l'existence d'une tumeur cancéreuse ayant envahi la paroi postérieure de l'estomac et une partie de la grande courbure. Le cardia et le pylore étaient intacts.

Il est évident que la température locale épigastrique était de 1°,8 plus élevée qu'à l'état normal; or ce fait ne se rencontre pas dans le cas de dyspepsie simple. Il ressort de ceci que, dans le cancer de l'estomac, la température locale est plus élevée que la température moyenne normale, qui est de 35°,5, et que, par conséquent, le diagnostic peut en être puissamment éclairé, lorsque l'on ne peut constater de tumeur de la région.

Dans un autre cas observé par M. Peter, la température était augmentée de 0°,8. (*France méd.*)

**Du choc de la pointe du cœur.** — Il ne paraît pas que les discussions sur le mécanisme du choc de la pointe soient près de se terminer. Si un fait semblait établi, c'était celui du mouvement de la pointe en avant, en bas et à gauche, pendant la systole. Or voici deux expérimentateurs, MM. Filehne et Penzoldt, qui enseignent justement le contraire. (*Centralblatt*, 1879.) Pendant la systole la pointe se déplace *à droite et en haut*. Pour constater ce fait, il suffit de réséquer quelques côtes sur un lapin ou un chien, d'irriter le bout central du nerf vague pour ralentir les battements du cœur. L'erreur des auteurs précédents est due à la difficulté de distinguer la systole de la diastole lorsque les battements sont précipités. Filehne et Penzoldt ont eu sous les yeux la femme que Kolaczek a présentée au Congrès des chirurgiens allemands en 1879, et chez laquelle le cœur est à nu : ils ont pu constater chez elle, et très-nettement, le mouvement systolique à droite. Le déplacement de bas en haut est moins facile à reconnaître, ce qui tient peut-être à l'existence d'adhérences consécutives à l'opération (résection des côtes) qu'elle a subie. Comme conclusion, il n'est pas permis d'invoquer, dans la théorie du choc de la pointe, un mouvement de projection en bas, en avant et à gauche; ce choc est probablement dû au changement de forme et au durcissement du cœur pendant la systole, au mouvement de torsion et de relèvement de la pointe. (*Gaz. hebd.*)

**Guérison rapide du coryza par l'eucalyptus globulus.**— R. Rodolfi (*Gazetta medica ital.*), atteint d'un coryza intense, vit, à sa très-grande surprise, qu'en mastiquant une ou deux feuilles d'eucalyptus et en avalant la salive, qui avait une saveur amère et aromatique, il était délivré de son catarrhe nasal au bout d'une demi-heure. Quelques jours après, nouveau coryza à la suite d'un refroidissement : même résultat heureux. Il conseilla le remède à plusieurs malades, qui tous en éprouvèrent le plus grand

bien. L'auteur croit que l'action de l'eucalyptus doit être bornée aux cas aigus seulement. (*Lyon méd.*)

**Argyriose consécutive à de nombreuses cautérisations pharyngiennes avec le nitrate d'argent.** — *Il Morgagni* rapporte l'observation d'une femme de quarante-six ans, qui avait subi dans l'arrière-bouche des cautérisations plusieurs fois répétées avec le nitrate d'argent; elle vit toute la surface de son corps se couvrir d'une coloration bleuâtre.

Un cas semblable avait déjà été publié par le docteur Krishaber, et une troisième observation, très-caractéristique, avait été insérée dans la *Gazetta medica italiana* en 1862.

De ces faits l'auteur conclut : 1° que de fréquentes cautérisations au nitrate d'argent peuvent produire sur la peau et les muqueuses la teinte bleuâtre caractéristique de l'argyriose; 2° que l'absorption du sel argentique peut avoir lieu en partie par la muqueuse cautérisée, mais bien plus par les voies digestives qui reçoivent les produits de la cautérisation imprégnés d'azotate d'argent. (*France méd.*)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 novembre 1879. — Présidence de M. Tillaux.

**Abcès des os,** par Chassaignac. — **M. Larrey** présente un mémoire posthume de Chassaignac; la Société vote par acclamation l'impression dans ses Bulletins de ce manuscrit inédit.

### RAPPORT

**Onyxis ulcéreux de la Guyane.** — **M. Sée** lit un rapport sur un travail de M. Morel, chirurgien de la marine. L'onyxis ulcéreux est très-fréquent à la Guyane française; sur 8,000 journées d'hôpital, on en compte 1,000 pour cette affection. Cet onyxis consiste en une inflammation ulcéreuse de la matrice de l'ongle, dont elle entraîne la chute. Les causes sont, d'après l'auteur, au nombre de trois : 1° l'habitude qu'ont les colons de marcher pieds nus, ce qui les expose à de nombreux traumatismes; 2° la malpropreté excessive; 3° la présence très-fréquente de la chique ou *pulex penetrans*, sur le bord de l'ongle. Aucune influence diathésique, aucune cause générale ne peut être invoquée. On peut cependant constater que beaucoup de sujets marchent nu-pieds dans nos campagnes, et que, même à Paris, la malpropreté devrait causer un plus grand nombre d'onyxis qu'en Guyane. Cela semble se rapprocher de l'ulcère phagédénique des pays chauds.

Quant au traitement, M. Morel considère l'avulsion comme le procédé le plus efficace; mais l'avulsion n'est possible que dans les cas où l'ongle a toute sa consistance. Si l'affection a marché avec lenteur, il faut recourir aux caustiques; l'auteur conseille, de préférence, les caustiques arsénicaux, qui attaquent presque exclusivement les tissus composés de jeunes cellules. Cependant M. Sée a réussi, dans des cas analogues, avec le cautère actuel, dont on peut aussi bien limiter l'action. Il serait utile encore d'ajouter les soins hygiéniques et un régime alimentaire satisfaisant.

**M. Larrey** rappelle le travail de M. Guyon, chirurgien militaire, qui a signalé la chique des Antilles comme produisant des effets analogues à ceux observés plus complètement par M. Morel.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA MOBILISATION DES ARTICULATIONS MALADES

**M. Tillaux.** Il ne faut pas mobiliser une articulation dans laquelle on a constaté une arthrite aiguë : les partisans de la mobilisation ne la conseillent pas dans ce cas; ils ne la recommandent que lorsque les douleurs ont disparu, lorsqu'il y a des obstacles, légers au mouvement, des ostéophytes, des brides peu solides qui céderont facilement. Je pense que M. Verneuil n'a pas suffisamment établi une distinction entre les arthrites aiguës et les arthrites chroniques; le traitement à suivre pour les unes ou pour les autres est tout à fait différent.

Dans une arthrite *aiguë*, on doit admettre deux phases : la première, période d'inflammation proprement dite; la seconde, période de réparation. Or, dans la première période, il faut, le plus tôt possible, immobiliser absolument. Il faut commencer par appliquer un appareil inamovible, pour diminuer la douleur et hâter la guérison. Combien de temps laissera-t-on ce membre dans sa couche de ouate et de bandes silicatées? Cela est variable. Dans une arthrite aiguë ordinaire, il faudra un mois au moins; si le gonflement est considérable, il faudra attendre six semaines ou deux mois. Après ce temps, si les douleurs ont disparu, la guérison surviendra; sinon, on reprend de nouveau l'immobilisation. Dans le cas de guérison, l'articulation étant restée mobile, ce qui est rare, je veux bien que le malade se contente de la mobilisation naturelle pour faire revenir son articulation à l'état normal. Mais, si son articulation a de la raideur et une pseudo-ankylose, la mobilisation naturelle suffira-t-elle? Je ne le pense pas; des mouvements artificiels seront très-utiles, à la condition de les faire avec prudence et de s'arrêter s'ils réveillaient l'inflammation. Si l'on s'en dispensait, je crois que, dans beaucoup de cas, la rigidité persisterait et s'aggraverait. Je ne vois donc aucun obstacle à la mobilisation artificielle pendant la seconde période des arthrites. S'il y a attitude vicieuse, au début d'une arthrite aiguë, on peut encore restituer au membre sa position normale, et ensuite immobiliser. Si l'on n'est appelé à traiter le malade qu'après la période inflammatoire, et si la jointure est fort raide et ne paraît pas devoir reprendre ses mouvements, je conseillerais deux choses suivant les cas : si le membre a une position défectueuse, je conseille les mouvements actifs et je propose même de rompre les adhérences; si le membre est dans une bonne position, ne le mobilisez pas; et pourtant une ankylose rectiligne du genou est si gênante que je ne refuserais pas de le mobiliser si l'arthrite n'était pas constitutionnelle, si c'était, par exemple, une arthrite blennorrhagique.

Dans l'arthrite chronique, l'immobilisation est la base du traitement. L'ankylose y est moins à craindre; c'est même parfois un mode enviable de terminaison. On immobilise alors pendant des mois et même des années, et l'on en tire des résultats inespérés. Remarquez le petit nombre de résections articulaires que nous faisons en France, comparativement à ce qui se passe à l'étranger; nous en pratiquons à peine chacun deux ou trois par an, quoique nous ne repoussions nullement ce procédé de traitement. Je crois que cela tient à ce que nous sommes plus pénétrés que les étrangers des bons effets de l'immobilisation, notamment dans ces cas d'arthrites chroniques. Ne les mobilisons pas, car, ici, le mieux serait ennemi du bien. Cependant, s'il y avait une mauvaise attitude, s'il fallait rendre la possibilité de marcher, dans certains cas spéciaux je mobiliserais encore.

En résumé : 1° tant qu'une arthrite, aiguë ou chronique, n'est pas complètement guérie, l'immobilisation est le traitement fondamental; 2° si l'articulation a une attitude vicieuse, qu'il y ait arthrite aiguë ou chronique, je rendrais au membre une direction normale avant de l'immobiliser; 3° lorsqu'après la guérison d'une arthrite aiguë il existe de la rigidité, il faut mobiliser; 4° s'il y a eu arthrite chronique, l'articulation eût-elle perdu tout mouvement, il ne faut jamais mobiliser.

**M. Lucas-Championnière.** Je ne veux point nier les avantages de l'immobilisation dans le traitement des arthrites aiguës. Cependant je constate que certaines articulations deviennent raides quand on les a immobilisées pour la fracture d'un os voisin. Après des fractures du radius traitées par une immobilisation prolongée, on observe des raideurs longtemps persistantes. Certaines articulations sont ainsi lésées plutôt que d'autres; ce sont notamment le coude et le poignet. Il semble incontestable qu'il faut aussi tenir compte de l'âge; les vieillards se trouvent mal de l'immobilisation, même des articulations éloignées du siège de la fracture deviennent raides. J'ai vu une vieille dame à qui l'on avait laissé en place

pendant deux mois un appareil pour une fracture du radius ; elle eut une raideur persistante, non-seulement dans le poignet et les phalanges, mais encore dans le coude et l'épaule.

Faut-il immobiliser dans toutes les arthrites aiguës? Je crois qu'il faut faire exception pour les cas d'ouverture des articulations. J'ai ouvert une articulation du genou pour enlever un corps étranger articulaire; j'ai fait faire des mouvements après douze ou quinze jours; le malade s'en est bien trouvé. J'ai vu mieux encore dans les cas d'arthrites suppurées. J'ai ouvert largement le genou cinq fois; dans deux cas je n'ai guère pu mobiliser l'articulation, il est resté des raideurs; dans un cas j'ai un peu mobilisé et j'ai eu de bons résultats. Dans les deux derniers cas, la mobilisation a été pratiquée très-vite et les malades marchent parfaitement. Je n'oserais encore, avec cette courte expérience, formuler des conclusions; cependant je me demande s'il ne faudrait pas modifier, pour les articulations largement ouvertes, la pratique ordinaire, qui consiste à immobiliser les articulations atteintes d'arthrite aiguë.

M. TERRIER. Je rappellerai ici la pratique de mon ancien maître Jarjavay, qui ne laissait pas plus de huit jours les appareils pour fractures simples du radius; je l'ai souvent imité et je suis satisfait de cette manière d'agir.

M. MARJOLIN. Je ne puis partager cette opinion, qui consiste à presque abandonner les fractures du radius à elles-mêmes. Je veux bien que l'on imprime de temps à autre des mouvements au coude, au poignet et aux doigts; c'est ce que je fais, et cela suffit pour éviter les accidents. D'ailleurs, on ne laisse pas deux mois en place un appareil de fracture du radius.

Quant à la mobilisation des articulations malades, j'ai vu deux cas où il a été bien difficile de rendre les mouvements aux articulations immobilisées à la suite de traumatismes. Mais on avait négligé, aussitôt que le gonflement a diminué, d'imprimer quelques mouvements au bras, en maintenant en bonne coaptation les fragments de l'humérus fracturé. D'un autre côté, j'ai vu, dans un cas de coxalgie avec attitude vicieuse, survenir des accidents formidables à la suite de manœuvres de mobilisation.

### LECTURE

**Genu valgum; ostéotomie.** — M. Beauregard (du Hâvre) communique l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans auquel il a pratiqué avec succès l'ostéotomie sous-cutanée pour le traitement d'un genu valgum. Pendant l'opération, il a remarqué l'existence d'une séreuse sous les muscles demi-tendineux et demi-membraneux, ainsi que l'éburnation notable du tissu osseux. L'opéré est présenté à la Société.

### PRÉSENTATION DE PIÈCES

**Kyste huileux congénital.** — M. LE DENTU présente le contenu d'un kyste huileux congénital, dont il a fait l'extirpation chez une jeune fille. Le kyste siégeait entre les deux sourcils, et avait le volume d'une grosse noisette. Il s'agissait bien d'un kyste congénital dermoïde ; on y trouve encore beaucoup de cheveux. La poche a pu être enlevée intacte, parce qu'elle avait un petit pédicule qui la reliait au frontal. Le liquide est huileux, jaune, et ressemble à de l'huile d'olive figée. Il tache le papier comme ferait une goutte d'huile. M. Le Dentu a déjà enlevé chez un enfant un kyste analogue, siégeant à l'angle interne de l'œil.

M. LANNELONGUE a aussi enlevé un kyste de ce genre, mais c'était un kyste dermoïde, enlevé une première fois, qui a présenté, à une récidive, l'aspect d'un kyste huileux. La matière graisseuse se transformerait-elle en ce nouveau liquide?

**Tubercule des os.** — M. LANNELONGUE présente l'extrémité inférieure du fémur d'un enfant qui a succombé à des tumeurs blanches du genou, du coude, des doigts, etc. On trouve le tissu osseux infiltré de tubercules. L'os imbibé de pus est nécrosé, mais le séquestre n'est pas encore formé et l'os nouveau engaine l'os nécrosé. On voit, de plus en plus, beaucoup de tumeurs blanches, qui ne sont que le résultat de la même lésion, tuberculose des os.

La séance est levée à cinq heures un quart.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*École pratique.* — 1° *Translation à l'ancien collège Rollin.* — Les pavillons de dissection, établis à l'École pratique, rue de l'École-de-Médecine, 15, sont transférés temporairement dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Lhomond (entrée par la rue Vauquelin). Ils seront ouverts à partir de lundi prochain 17 novembre.

Les exercices pratiques de dissection auront lieu tous les jours, de midi à quatre heures, sous la direction de M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

2° *Inscriptions pour les travaux anatomiques.* — MM. les étudiants doivent se faire inscrire personnellement au bureau de M. le chef du matériel (ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin), à partir du vendredi 14 novembre, tous les jours, de une heure à quatre heures. Ils seront mis en série d'après l'ordre de leur inscription à l'École pratique.

Ils devront présenter en s'inscrivant à l'École pratique : 1° leur carte d'admission aux travaux pratiques, délivrée par le secrétariat de la Faculté ; 2° la quittance détachée du registre à souche, constatant le paiement des droits.

Sont admis à prendre part aux travaux de dissection sur la production de ces deux pièces : 1° les étudiants de 2e, 3e et 4e années ; 2° les étudiants ayant seize inscriptions et qui en ont reçu l'autorisation du doyen ; 3° les docteurs français et les docteurs étrangers régulièrement autorisés par le doyen ; 4° les aspirants au titre d'officier de santé autorisés par le doyen.

*Nota.* Les cartes délivrées aux élèves de 2e, de 3e et de 4e années, ainsi qu'aux aspirants à l'officiat, ne sont valables que pour un trimestre. Elles doivent donc être renouvelées au commencement de chaque trimestre, c'est-à-dire du 1er au 15 janvier, du 1er au 15 avril, du 1er au 15 juillet.

Les cartes délivrées aux étudiants ayant seize inscriptions, aux docteurs français et aux docteurs étrangers, sont valables pour toute l'année.

— Classement par ordre de mérite des médecins stagiaires au Val-de-Grâce à la suite des examens de sortie : MM.

1. Mary, Loup, Reboud, Redon, Namin, Gancel, Véron, Toussaint, Lucas, Altemaire.

11. Névot, Pitois, Derouet, Spire, Lullien, Vilmain, Henry, Duriez, Rascol, Escard.

21. Borel, Gauthier, Leprêtre, Durand, Pinet, Baudisson, Fribourg, Collin, Chandèze, Wissemans.

31. Perret, Fournot, Bourras, Bonnet, Prieur, Prat, Mickaniewski, Coquand, Soulé, Plantié.

41. Renard, Peyret, Janicot, Courtot, Moreau, Bernhard, Barbès, Méjasson, Beaudier, Dupuy.

51. Aubertie, Stouff, Daum, Duhaut, Feuiltaine, Carcopino, Marotel, Herbecq, Médieux, Pelletier.

— *École vétérinaire de Lyon.* — A la suite du concours de 1879, ont été admis à l'École :

1° *Bacheliers admis sans examen* : MM. Bianchi, Chatard, Combredet, Gorce et Pétot.

2° — *Candidats ayant subi l'examen.* — MM. Lemann, Portanier, Potier, Dubois, Cluset, Ronfaut, Martin, Hollard, Picard, Boyer, Vial, Isnard, Masson, Greffier, Bojoly, Magnin, Guigues, Bouniol, Debrincat, Troussier, Sordoillet, Massebœuf, Véyan, Mentray, Jourdan, Ducloux, Brunet, Joden, Létoublon, Morin, Camus, Fourest, Couderchet, Rolland, Hugueny, Verdin, Fritsch, Lebas, Rousselle,

Chapuis, Caillon, Machefert, Mounier, Bollet, Lesbre, Roubert, Roussey, Gourcy, Raynaud, Thomassin et Gitton.

— *École vétérinaire de Toulouse.* — A la suite des concours de 1879, ont été admis à l'École :

1° *Bacheliers admis sans examen* : MM. Benet, Bergougnan, Boutineau, Teyssandier, Sipière et Febvre.

2° *Candidats ayant subi l'examen* : MM. Delaud, Canihac, Balère, Hervé, Ferrand, Delas, Bouchet, Saintout, Larrieu, Cazeneuve, Lafosse, Rullier, Séguy, Darclanne, Porte, Bouteil, Guérin, Tixier, Bellecave, Descan, Lafite, (J. Isidore), Lamouroux, Donnadieu, Lavignac, Monier, Joffre, Bousquet, Carrère, Déchet, Montazeaud, Serres, Demarcq, Conche, Ricard, Cruzel, Boudeaud, Gallon, Peyrou, Espirac, Pirolle, Garnaud, Brunet, Deyres et Jullian.

— M. le professeur Richet reprendra ses leçons cliniques, le samedi 15 novembre 1879, à l'Hôtel-Dieu, dans l'amphithéâtre Chomel, à neuf heures et demie du matin.

— M. le docteur V. Galippe commencera samedi 15 courant, de six heures à sept heures, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, un cours de thérapeutique appliquée, et le continuera les lundis et samedis suivants à la même heure.

Ce cours a pour but de rappeler aux élèves qui vont passer le quatrième examen de doctorat, ainsi qu'aux jeunes docteurs : les indications thérapeutiques, le mode d'emploi, les formes pharmaceutiques des médicaments ainsi que les règles de l'art de formuler. Ce cours aura un caractère essentiellement pratique.

*Cours particulier.* — Préparation aux troisième et quatrième examens de doctorat. S'adresser au docteur Galippe, les mardis, jeudis et samedis, de onze heures à midi, à l'hôpital des Cliniques.

— M. le docteur Mathias Duval, agrégé, commencera un cours auxiliaire de physiologie le lundi 17 novembre 1879, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le docteur Gariel, agrégé, commencera le cours de physique médicale, le lundi 17 novembre 1879, à midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le docteur H. Picard commencera, le lundi 17 novembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, un cours sur les maladies de l'appareil urinaire, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Ce cours sera complet en vingt-quatre leçons.

— M. le docteur Galezowski commencera son cours public sur les maladies des yeux, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, le lundi 17 novembre, à huit heures du soir, et le continuera les vendredis et les lundis suivants à la même heure.

Ce cours comprendra : 1° le rôle de l'ophthalmoscope dans le diagnostic des maladies cérébrales, cardiaques et constitutionnelles ; 2° la thérapeutique dans les affections intra-oculaires.

— M. le docteur Lancereaux, agrégé, commencera un cours auxiliaire d'anatomie pathologique le mardi 18 novembre 1879, à huit heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire le mardi 18 novembre, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, à quatre heures du soir, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur X. Gorecki commencera un cours d'ophthalmologie le mardi 18 novembre, à huit heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mardis et jeudis suivants à la même heure. Il traitera des principales affections des yeux, au point de vue de la pratique ordinaire et de la thérapeutique.

— M. le docteur Émile Javal, directeur du laboratoire d'ophthalmologie à la Sorbonne, commencera un cours d'ophthalmologie élémentaire et pratique le mercredi 19 novembre, à huit heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Brochard commencera un cours public sur l'hygiène et les maladies des nourrissons le mercredi 19 novembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera tous les mercredis à la même heure.

---

**Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,** publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre. Le tome IV complet de la quatrième série vient de paraître. Il contient les principaux articles suivants : *Fractures*, par MM. Marchand et E. Spilmann ; *France* (géographie, géologie, hydrographie), par M. Raulin ; (climatologie), par M. Arnoult ; (anthropologie), par M. G. Lagneau. — Prix de chaque 1/2 volume : 6 francs. — Paris, Asselin et Ce et G. Masson.

**Manuel d'anatomie,** par M. le docteur Fort. 2e édition du *Résumé d'anatomie*, 1 vol. in-18 avec 151 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8870.

N° 133. — MARDI 18 NOVEMBRE 1879. 52e ANNEE. MARDI 18 NOVEMBRE 1879. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour completer le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



Paris, 17 novembre.

Un article des plus malveillants a été dirigé récemment contre l'enseignement libre de l'École pratique. Cet article, dans lequel on nous fait l'honneur de nous attaquer, est signé par un fonctionnaire de la Faculté de médecine de Paris, auquel les plus simples convenances imposaient le silence.

La *Gazette des hôpitaux* a toujours tenu haut et ferme le drapeau de l'enseignement libre. Des insinuations intéressées peut-être, des assertions certainement inexactes, ne lui feront jamais déserter la cause de cet enseignement. Elle a, du reste, mieux à faire que de discuter un article où la dignité de la Faculté se trouve compromise par une plaisanterie du dernier mauvais goût, une injure à nos anciens maîtres de Clamart et une insulte aux docteurs en médecine étrangers qui font à notre pays l'honneur de venir s'asseoir sur les bancs de nos écoles.

---

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

### Diabète sucré.

I

J'ai fait venir dans cette salle, pour vous le présenter et l'étudier avec vous, le malade qui est couché au n° 21 de la salle des hommes. Il est âgé de quarante-huit ans. C'est un ancien militaire, entré dans la garde républicaine, où il a fait son service jusqu'à son entrée à l'hôpital. Vigoureux et bien taillé, il s'est aperçu, il y a deux ans, que ses forces diminuaient et qu'il s'amaigrissait. Il avait plus de soif que d'habitude et était obligé de boire 4 à 5 litres de liquide par jour; il n'est pas un ivrogne d'ailleurs, et buvait, pour satisfaire sa soif exagérée, tantôt de l'eau, tantôt de l'eau vineuse, tantôt du coco. Il s'est aperçu, bientôt après, que son appétit devenait aussi insatiable que sa soif : il lui fallait plus de deux livres de pain par jour, avec beaucoup de viande et de pommes de terre, pour satisfaire son appétit. Il urinait beaucoup et avait des envies d'uriner à chaque instant; il lui fallait, pour les satisfaire, se relever plusieurs fois par nuit; il rendait environ 4 à 5 litres par 24 heures.

Cependant ses forces diminuaient toujours et l'amaigrissement faisait des progrès: cet homme se décida à consulter un médecin qui, aux symptômes que nous venons d'énoncer, reconnut une affection diabétique. Il examina les urines et y trouva la confirmation de son diagnostic. Il institua un traitement approprié, prescrivit un régime spécial, éliminant le pain, les pommes de terre et le sucre, et recommandant de ne manger que de la viande et des légumes verts. Sous l'influence heureuse de ce traitement, le malade trouva un peu d'amélioration, mais il n'était pas rentré dans son état normal; toutefois il reprit son travail et s'acquitta de son service, qui consiste à se promener toute la journée et souvent toute la nuit, ce qui est très-pénible.

Il y a quelques mois, il sentit ses forces diminuer encore, sa soif renaître et son appétit augmenter; il fut dans l'impossibilité de continuer son service et entra à l'hôpital. Vous voyez que c'est un homme qui n'est pas encore considérablement déchu et qui est encore doué de muscles dont beaucoup se contenteraient; mais il a maigri, et sa peau est trop large et flasque, non tendue sur les masses musculaires, ce qui indique une différence considérable entre l'état actuel et l'état antérieur, comparaison que le médecin ne doit jamais oublier de faire, s'il veut se rendre un compte exact des progrès d'une maladie et de ses effets.

Chez les diabétiques la peau est ordinairement sèche; notre malade présente une légère différence à ce sujet : il transpire beaucoup la nuit. Sa soif est toujours vive, mais il est arrivé à ne boire guère plus de 2 litres de liquide; la quantité de ses urines est aussi descendue à 2 litres ou 2 litres 1/2 dans les vingt-quatre heures. Son appétit est moins vorace et il peut se rassasier maintenant. Du côté des fonctions génitales, il a moins d'appétits vénériens que précédemment. Les troubles de la vision qu'on peut observer chez lui sont plus complexes, parce qu'il est atteint de troubles assez sérieux de réfraction.

Je vous signale enfin un phénomène qui ne manque guère chez les diabétiques, bien qu'il soit presque négatif chez notre malade: le diabétique a ordinairement la bouche acide; la salive présente une réaction acide, que l'on constate en plaçant dans la bouche un papier bleu de tournesol. La réaction de la salive est neutre à l'état normal; vous voyez que, mouillé dans la bouche d'un de mes internes, le papier bleu rougit à peine, tandis que celui que je place dans la bouche de notre malade est rougi assez fortement. Notre

malade a aussi les dents bien conservées et les gencives non ramollies. Mais il présente à un haut degré un phénomène spécial que je vous fais constater avec soin ; c'est la rougeur et les démangeaisons sur les parties génitales; le gland présente à un haut degré les caractères de l'herpès préputial (qui n'est pas de l'herpès, mais de l'eczéma); la démangeaison est vive et les sécrétions sont abondantes.

Nous avons l'occasion de vous présenter un autre malade atteint de diabète ; il est dans les salles du service de M. le professeur Vulpian, qui a bien voulu nous confier ce malade pour vous faire profiter de son étude clinique.

C'est un homme de vingt-huit ans, exerçant la profession de portefaix. Il a été très-fort et très-vigoureux. Il n'est malade que depuis quatre mois. Depuis deux mois surtout il a senti ses forces diminuer et a commencé à maigrir. Il a perdu plus de 20 livres de son poids pendant ces dernières semaines. Vous voyez que ses muscles sont déjà atteints, et que sa peau « est trop large » et se plisse facilement ; c'est là une preuve de l'amaigrissement. Il sent que sa bouche est sèche, sucrée ; il a toujours faim et toujours soif. Il dit qu'il est obligé de boire 7 à 8 litres d'eau par jour ; la soif est si vive que peu importe le liquide, « ce serait du vin, dit-il, je le boirais quand même ». Il rendait 11 litres d'urine dans les vingt-quatre heures. Sa langue ne présente rien de particulier ; la réaction de la salive est acide. Depuis qu'il est à l'hôpital, absence complète de désirs érotiques.

Ces symptômes nous ont amené à rechercher la glycosurie. L'urine est claire, limpide, abondante (cinq litres en vingt-quatre heures), avec une densité très-élevée, 1,034 ; cela suffirait pour faire le diagnostic. En effet, dans la néphrite interstitielle, on voit aussi une urine pâle, décolorée, mais sa densité n'est pas supérieure à 1,005 ou 1,010.

L'examen de l'urine avec la liqueur de Fehling a donné la réaction caractéristique de la présence du sucre. Le dosage par le procédé Bouchardat a donné le chiffre de 290 grammes de sucre ; celui, plus exact, par le saccharimètre, a donné le chiffre de 342 grammes de sucre éliminé dans les vingt-quatre heures. Certains jours, ce chiffre s'élève jusqu'à 400 et même 500 grammes.

C'est là un diabète aigu qui, en quelques mois, conduira notre malade à la cachexie la plus profonde, si nous ne parvenons pas à arrêter les progrès de la maladie.

Voilà donc deux malades diabétiques arrivés à deux périodes différentes de la maladie, et j'ai pensé qu'il serait utile de profiter de cette occasion pour faire avec vous l'étude de cette maladie si fréquente aujourd'hui. Mais, comme l'examen de l'urine et le dosage du sucre sont, dans le diabète sucré, des opérations nécessaires, que tout praticien doit savoir faire, au moins très-approximativement, je consacrerai une leçon à cette question, avant d'aborder l'étude clinique proprement dite. Dans la prochaine séance, je donnerai la parole à M. Albert Robin, qui vous exposera les connaissances pratiques nécessaires pour faire l'examen de l'urine d'un malade diabétique.

---

## HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Duplay.

### Commotion cérébrale.

Nous venons d'examiner un malade, qui est couché au n° 9 de la salle Saint-Ferdinand, et qui est atteint d'un traumatisme dont vous rencontrerez de fréquents exemples dans la pratique. C'est un jeune homme, âgé de vingt-trois ans, qui a fait, il y a six jours, une chute dans un puits de 10 mètres de hauteur. Il a été relevé sans connaissance et transporté dans cet hôpital. Nous avons su qu'il n'était pas ivre au moment de son accident. Il avait perdu à la fois l'intelligence, le sentiment et le mouvement. Le pouls et la température étaient restés à l'état normal.

Le lendemain, je trouvai le malade dans un état de somnolence, comme un homme profondément endormi, qu'il est difficile de tirer de son sommeil ; ce n'était pas toutefois ce coma profond avec respiration stertoreuse que vous connaissez. Il n'y avait ni contracture ni paralysie ; les yeux étaient fermés. Quand on essayait de réveiller l'intelligence de cet homme, il répondait par quelques grognements. On constatait de même un engourdissement, non une suppression, de la mobilité et de la sensibilité ; quand on le pinçait, il retirait le membre excité. Les organes des sens fonctionnaient régulièrement ; cependant les pupilles étaient immobiles et dilatées ; les sphincters relachés, car le malade eut des urines involontaires, et, à la suite d'un lavement, de l'incontinence fécale.

J'examinai la tête et toute la surface du corps, comme cela doit toujours se faire en pareil cas ; je constatai quelques écorchures aux bras, et, à la tête, deux petites plaies contuses au niveau du pariétal gauche, et une bosse sanguine occupant toute la surface de ce pariétal.

Le malade est resté à peu près dans le même état pendant les cinq jours suivants. L'intelligence s'était très-légèrement et graduellement réveillée : le malade put répondre à quelques questions, avant-hier, quand sa femme est venue le voir. J'ai dit qu'il n'y avait pas disparition de la sensibilité ni de la motilité ; rien qui ressemblât à une hémiplégie ; les sens, l'ouïe notamment, étaient intacts.

Restait une chose intéressante à étudier, l'état de la circulation et de la température ; le pouls, qui d'abord était normal, s'est ralenti d'une façon très-notable, il est tombé à 56 pulsations à la minute. La température s'est élevée, ces jours derniers, au chiffre de 38°,6, avant-hier soir. Les sphincters ont conservé leur atonie ; il y a encore eu émission involontaire d'urine, et, après un lavement, de matières fécales.

Telle est l'histoire de ce malade ; nous avons ici deux points principaux à élucider : d'abord le diagnostic local, et ensuite la cause des troubles généraux.

La première question, le diagnostic des lésions locales, est à peu près certaine : il n'y a qu'une simple contusion des parois crâniennes ; il nous a été impossible de trouver aucun enfoncement des parois, aucun signe direct ou rationnel de fracture du crâne. Il n'y a eu ni écoulement séreux par le nez ou les oreilles, ni ecchymose sous-conjonctivale. Cependant vous savez qu'il y a beaucoup de fractures, de fissures du crâne, dont le diagnostic est impossible et ne se fait qu'à l'autopsie. Il faut donc un peu, malgré les vraisemblances, réserver notre jugement. Quant au second point, vous devez d'abord vous demander si le blessé était en état d'ivresse, ou si la résolution est le fait de la violence du traumatisme. Les renseignements, et mieux, la précaution de respirer l'haleine du blessé, vous diront si l'ivresse existait au moment de l'accident ; les gens ivres sont souvent rouges, congestionnés, d'une teinte presque asphyxique. La commotion cérébrale répond, elle, à une foule de variétés cliniques, depuis le simple étourdissement, la secousse que l'on ressent quand on se cogne la tête, jus-

qu'à la perte absolue du mouvement et de la connaissance, et même la mort immédiate, comme chez les animaux assommés. Cet état clinique a été longtemps très mal connu; j'ai admis dans mon livre (*Pathologie externe*, tome III, page 491) que cela pouvait tenir à un véritable ébranlement moléculaire des éléments nerveux, d'où résulterait l'anéantissement de la fonction. Cependant je pensais que ces troubles devaient être en rapport avec une ischémie cérébrale. D'autres auteurs, M. Fano, par exemple, ont dit qu'il n'y avait pas de lésion dynamique, mais toujours une lésion matérielle. Ces points ont été éclaircis par des expériences très-intéressantes dues à un de mes anciens internes, M. Duret; il a fait des injections forcées à travers des ouvertures du crâne, afin de répéter autant que possible et dans les conditions cliniques ordinaires le traumatisme de la commotion cérébrale. Par des expériences et des nécropsies, il a établi que, dans un choc sur la périphérie de la tête, au niveau du choc il se produit une pression, une compression brusque du liquide céphalo-rachidien qui est repoussé vers toutes les parties accessibles; il afflue à la région inférieure du cerveau, dans les espaces ou lacs sous-arachnoïdiens, qui entourent la protubérance et le bulbe. Si le choc est très-peu intense, la lésion est très-légère; mais, s'il est violent, on observe des lésions graves, et même la déchirure du bulbe, dont j'ai moi-même trouvé un exemple à l'autopsie. D'autre part, le système vasculaire du cerveau est en communication avec le liquide céphalo-rachidien; des gaînes lymphatiques sont en rapport avec ce liquide. Le choc retentit donc sur le système vasculaire, et agit sur les plus petits vaisseaux de la surface du cerveau. Il en résulte que les phénomènes de commotion cérébrale s'accompagnent toujours de troubles vasculaires. Cette anémie est bientôt suivie, comme l'a aussi démontré M. Duret, d'une dilatation paralytique des mêmes vaisseaux, de même que les contractures sont suivies de paralysie. Cette dilatation peut donner la raison de la persistance et de l'aggravation des phénomènes fonctionnels et même de la réaction congestive et inflammatoire que l'on observe quelquefois.

C'est le processus que nous pouvons suivre assez exactement chez notre malade. Rien n'indique chez lui une lésion localisée; tout est généralisé; nous pouvons dire que tout l'encéphale est atteint, et surtout la base et le voisinage du bulbe.

On observe parfois des troubles urinaires, une albuminurie ou une glycosurie passagère qui indiquent une lésion du bulbe et du quatrième ventricule. Ici nous n'avons vu ni l'un ni l'autre de ces symptômes, ce qui n'est pas surprenant, car il n'y a pas eu de trouble véritablement très-grave, mais seulement de l'engourdissement, de la somnolence, mieux expliqués par les troubles vasculaires. De même, les changements survenus dans le pouls qui s'est ralenti à cause de la gêne de la circulation périphérique, et la température s'est élevée. C'est encore ce que M. Duret a constaté : au moment où la congestion succède à la période de contraction des vaisseaux, la température s'élève. C'est pourquoi on ne sait exactement où cela s'arrêtera, et pourquoi il ne faut jamais se hâter de porter un pronostic, même dans les cas, en apparence, les plus insignifiants.

Ainsi, de simples contusions sont parfois suivies d'esquilles et d'abcès de la dure-mère. Une commotion peut de même être suivie d'accidents très-graves, et parfois très-éloignés; les malades peuvent rester au-dessous de leurs fonctions intellectuelles antérieures et perdre une partie de leurs facultés. On a dit, d'autre part, que des individus d'intelligence médiocre étaient devenus intelligents après une commotion cérébrale; j'en doute fort, et je ne conseillerais pas encore ce traitement de l'imbécillité.

D'autres fois, les blessés sont sujets, pendant des mois et des années, à des vertiges, des étourdissements, des troubles de la vue, de l'ouïe, etc., à des accès épileptiformes et même à des convulsions. Il ne faut donc pas se prononcer avant qu'il se soit écoulé un long espace de temps.

Quant au traitement, nous avons peu de chose à faire pour aider le retour des fonctions à leur état normal. Les phénomènes disparaissent peu à peu par le repos de l'organe. Cependant, dans les cas de commotion violente, il est utile d'intervenir; dans la première période, puis plus tard, dans la période congestive et quasi-inflammatoire, je crois qu'il sera bon, par exemple quand la température s'élève, de recourir aux émissions sanguines, comme le pratiquaient les anciens, soit en faisant des applications locales, sangsues à la base du crâne, soit en faisant une saignée générale. On complétera enfin ce traitement par les dérivatifs sur le tube intestinal et les révulsifs sur les extrémités inférieures.

Chez ce malade, l'amélioration continue.

---

## HOPITAL COCHIN. — M. DESPRÈS.

### Orchite des oreillons.

L'orchite des oreillons, la métastase des engorgements des glandes salivaires sur le testicule, est encore aujourd'hui mal expliquée. Les uns en font une inflammation glandulaire, les autres une vaginalite ou orchite rhumatismale. Nous avons publié en avril 1877, dans la *France médicale*, une observation où les signes de vaginalite étaient évidents. Il s'agissait d'un homme de vingt et un ans, qui avait en même temps un double varicocèle, et il y avait eu phlébite de la varicocèle à la suite de l'orchite. Voici une nouvelle observation où, cette fois, il n'y a absolument que des signes d'orchite, c'est-à-dire d'inflammation du testicule.

Le nommé M... (Ernest), âgé de vingt-trois ans, professeur, entré le 15 octobre 1879, baraque nº 1, lit nº 29. Ce malade aurait eu, affirme-t-il, dans son enfance deux fois la fièvre typhoïde: la première à quatre ans, la seconde à huit ans. — C'est au moins douteux! — Depuis lors, sauf une prédisposition marquée aux angines et à de légers catarrhes bronchiques, il n'a jamais éprouvé de sérieuses indispositions.

Il y a treize jours, le malade, sans symptômes prémonitoires, s'aperçut d'un léger gonflement des deux régions parotidiennes, occasionnant seulement une sensation de gêne; ce gonflement augmenta le lendemain, s'accompagna d'un peu de douleur et s'étendit aux glandes sous-maxillaires, atteignant en deux jours son maximum d'intensité. En même temps le malade éprouvait une anorexie marquée, une céphalalgie vive et un certain sentiment de malaise général, sans réaction fébrile appréciable. Il y a cinq jours, huit jours après le début des oreillons, sans cause traumatique, le malade éprouva dans la journée une légère douleur dans le testicule droit, qui dès le soir lui sembla plus volumineux; il eut dans la nuit des douleurs vives, de la fièvre et une insomnie complète. A ce moment l'engorgement parotidien, bien diminué, n'avait pas entièrement disparu.

Ces symptômes augmentèrent pendant quatre jours, et le malade se présenta à l'hôpital Cochin, le 15 octobre.

On constate une légère tuméfaction de la région parotidienne

des deux côtés, indolente et sans changement de couleur de la peau, dernier vestige des oreillons.

Le scrotum du côté droit est légèrement tendu, rouge, douloureux à la pression et pendant la marche. Par la palpation, on constate que le corps seul du testicule est atteint. Il est augmenté de volume, dur, resistant, et le siège d'une douleur spontanée qui s'exagère beaucoup lorsqu'on le presse entre les doigts. L'épididyme n'est nullement intéressé; de volume normal, non douloureux : il n'y a pas d'épanchement dans la vaginale. L'autre testicule est sain. On ne trouve aucun écoulement uréthral, et le malade affirme n'avoir eu aucune blennorrhagie, ni ancienne ni récente.

En interrogeant le malade, on apprend que jusqu'à l'âge de quatorze à quinze ans il était adonné à la masturbation, mais il a depuis cette époque complètement renoncé à ces manœuvres.

A partir de quinze ou seize ans il a pratiqué le coït et il avait, dit-il, des rapports sexuels fréquents, parfois même exagérés, au point d'être obligé de s'aliter un ou deux jours, avec des douleurs lombaires et dans les membres inférieurs.

Depuis cinq mois, au contraire, il a observé, dit-il, une continence absolue.

Le traitement institué consiste dans le repos au lit, avec application de cataplasmes sur le testicule.

Les phénomènes s'amendent rapidement, et, aujourd'hui 21 octobre, il sort absolument guéri. (Obs. recueillie par M. Petit, interne de service).

Dans cette observation, il n'y avait pas d'épanchement dans la tunique vaginale, mais des douleurs excessivement pénibles existaient. Ce sont bien là les caractères de l'orchite testiculaire; l'épididyme était d'ailleurs à l'état normal, il n'y avait pas de doute possible. Au contraire, dans l'observation que nous avons publiée il y a deux ans, on constatait la présence d'une notable quantité de liquide dans la tunique vaginale. Il n'a pas même manqué cette crépitation particulière que l'on observe dans toutes les inflammations de la séreuse testiculaire, et qui est l'analogue du frottement pleurétique et du frottement péritonéal, fait que nous avons déjà signalé (1). Les douleurs étaient beaucoup moins vives que chez le malade précédent, et l'on pouvait presser sur le testicule.

Ainsi donc, chez deux jeunes sujets à peu près du même âge, vingt et un ans, les oreillons ont été accompagnés d'une inflammation du testicule (du côté droit, même côté), qui ne siégeait pas dans les mêmes tissus. Ceci n'avait pas échappé aux médecins qui ont parlé de la métastase des oreillons sur le testicule. Les médecins les plus anciens dans les hôpitaux n'en ont guère vu que cinq ou six cas, et, pour notre part, nous n'en avons encore vu que trois cas : un chez l'enfant et deux chez l'adulte. L'enfant n'a été vu qu'en passant; les deux hommes ont été mieux examinés. Cette courte expérience est cependant conforme à ce que répètent tous les livres. On admet que l'orchite métastasique respecte l'épididyme et porte plutôt sur le corps du testicule, et qu'il y a des cas où il existe du liquide dans la tunique vaginale. C'est admettre implicitement qu'il y a des orchites franches et des vaginalites, ou au moins des orchites avec vaginalite.

Certes nous n'avons pas ici l'intention de nous prononcer d'une manière définitive, mais il nous paraît que l'on doit chercher dans la métastase testiculaire des oreillons, non-seulement le fait de la métastase, mais encore une autre inconnue, une cause variable qui déterminerait la métastase. Tous les malades qui ont des oreillons n'ont pas des orchites; il n'y a pas de statistiques établies, mais on peut dire qu'il n'y a pas plus d'une orchite sur cent enfants, ou atteints d'oreillons; pour les adultes la proportion est plus considérable, à n'en pas douter, car les adultes ont beaucoup moins souvent les oreillons que les enfants et il a été déjà recueilli un assez bon nombre d'observations d'orchite des oreillons. Nous ne voudrions pas trancher la question, mais il nous paraît que d'après l'observation de nos deux malades il y avait dans l'état du testicule ou du cordon, ou dans les habitudes du malade, quelque chose qui n'était pas ordinaire et a pu intervenir dans la production de l'orchite. Chez le malade observé en 1877, il y avait un double varicocèle, et, chez le second, il y avait des habitudes de masturbation alternées avec des excès de femme et la continence. Chez le premier il y a eu une vaginalite, et chez le second il y a eu une orchite testiculaire liée sans doute aux irrégularités de fonctionnement de la glande.

(1) A. Desprès, *Diag. des tumeurs du testicule.* Paris, 1861.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 novembre 1879 — Présidence de M. Magnan.

### COMMUNICATIONS

**De l'augmentation des globules blancs dans le sang, à la suite des plaies et des hémorrhagies.** — M. MALASSEZ fait une communication sur ce sujet. Lorsqu'on produit une hémorrhagie chez les animaux, on constate une augmentation du nombre des globules blancs dans le sang; lorsqu'on leur fait une plaie, on constate le même résultat. M. Malassez a voulu vérifier si c'était à l'hémorrhagie ou à la plaie qu'il fallait attribuer cette particularité. Un physiologiste avait dit que, lorsqu'on enlève la rate à un animal, on trouve dans son sang une augmentation du nombre des globules blancs. M. Malassez a fait sur un animal tout ce qu'on fait quand on enlève la rate, sauf de l'enlever, et il a obtenu le même résultat. Pour résoudre la question de savoir si c'est l'hémorrhagie ou la plaie qui est la cause de cette augmentation, il fallait produire des plaies sans hémorrhagies et des hémorrhagies sans plaies; c'est ce qu'a fait M. Malassez chez des chiens, et il a pu voir qu'une plaie avec hémorrhagie amenait une diminution des globules rouges et une augmentation des globules blancs pendant deux ou trois jours; qu'une plaie sans hémorrhagie produit la même augmentation des globules blancs, qu'une hémorrhagie sans plaie produit une légère diminution des globules rouges et une légère augmentation des globules blancs, mais dues bien plutôt au thrombus qu'à la perte de sang; en effet, M. Malassez a fait des trombus artificiels et a obtenu le même résultat, tandis que la perte de sang seule ne donne qu'une insignifiante augmentation du nombre des globules blancs. On peut donc conclure que cette augmentation est le résultat de la plaie, et non de l'hémorrhagie.

**Les fonctions de la moelle épinière.** — M. LABORDE a fait un certain nombre d'expériences sur des petits chats encore allaités par leur mère. Ces animaux, en raison de leur extrême résistance, sont très-précieux pour ces expériences; on peut mettre à nu, chez eux, des tronçons de moelle sans déterminer la mort. Il a pu ainsi vérifier très-nettement tous les effets de la section des cordons postérieurs.

**Traitement médical et hygiène de la cataracte.** — M. JAVAL fait remarquer combien est pénible la situation des malades atteints de cataracte commençante et auxquels on se contente de dire : Attendez d'être tout à fait aveugle, et alors on vous opérera. On obtient, dit-il, autant de reconnaissance de la part des malades auxquels on apporte immédiatement un soulagement, une amélioration dans leur état, que de ceux qu'on opère

quand ils ne voient plus du tout. Or, par des instillations d'atropine et par un choix de verres exactement correcteurs du trouble de la réfraction, on arrive aisément à rendre une vue très-passable à beaucoup de malades atteints de cataractes commençantes.

**Influence du sang asphyxique sur les organes moteurs de la circulation. — MM. DASTRE et MORAT** font une communication sur ce sujet. On sait que les mouvements respiratoires sont dans une étroite relation avec la richesse oxygénée du sang. Y a-t-il une relation analogue entre le degré d'oxygénation du sang et l'état du cœur et des vaisseaux? Il ne sera question dans cette note que de ce qui a trait à la circulation périphérique.

On choisit de préférence une région de la peau où la circulation est facile à examiner par transparence ; on produit l'asphyxie de l'animal, soit en supprimant les mouvements respiratoires (curarisation), soit en faisant respirer dans une atmosphère confinée ou raréfiée, suivant la méthode de M. Bert; au moment où le sang devient noir dans les vaisseaux, on voit la circulation de l'oreille devenir beaucoup plus active; des arborisations vasculaires s'y produisent, et le calibre de l'artère auriculaire s'élargit au point que les battements deviennent perceptibles au doigt. Si l'instant d'avant on a ouvert une veine cutanée du tronc ou du membre, on voit que là aussi le sang coule avec plus d'abondance. Bref *la circulation cutanée devient plus active lorsque l'animal est dans les conditions de l'asphyxie*.

Cette vascularisation cutanée asphyxique est-elle due à la paralysie des constricteurs ou à l'excitation des dilatateurs? La seconde hypothèse paraît seule admissible. On sait, en effet, que le sang asphyxique est pour tous les tissus un excitant énergique. (Brown-Séquard.) D'autre part, on s'est assuré qu'au moment même où la dilatation est à son comble, l'excitabilité des constricteurs est intacte. Si on pince fortement l'extrémité de l'oreille, ses vaisseaux se resserrent par excitation réflexe ; elle pâlit, puis revient à son degré antérieur de vascularisation. Fait-on cesser l'asphyxie, la vascularisation reprend son activité normale.

Que se passe-t-il au même moment dans les organes autres que la peau? MM. Dastre et Morat ont étudié d'une façon spéciale l'influence de l'asphyxie sur la circulation intestinale. Il résulte de leurs recherches que les vaisseaux de l'intestin, de l'estomac, de tous les organes contenus dans la cavité abdominale, éprouvent des variations de calibre exactement inverses de celles qu'on observe dans la peau; ils se dilatent quand le sang est oxygéné, ils se contractent quand le sang est asphyxique. Par quel mécanisme est réalisé un tel antagonisme entre les circulations cutanée et intestinale? C'est ce qu'il est difficile de dire. Les conclusions d'ordre général qui découlent de ces expériences seront exposées dans un autre travail.

La séance est levée.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 novembre 1879. — Présidence de M. HERVIEUX.

### PRÉSENTATIONS

**M. LE PRÉSIDENT** annonce la perte que la Société vient de faire dans la personne de M. Molland.

**M. GUIBOUT** offre en hommage le second volume de ses cliniques sur les maladies de la peau.

### COMMUNICATIONS

**Curabilité des hémianesthésies compliquées d'hémiplégie motrice par les agents æstésiogènes. — M. DEBOVE** achève la lecture de son mémoire intitulé : *Recherches sur les hémianesthésies accompagnées d'hémiplégie motrice, d'hémichorée, de contracture et sur leur curabilité par les agents æstésiogènes*, mémoire dont il a lu la première partie dans la dernière séance. (Voyez le numéro du 6 novembre 1879).

Il rappelle en quelques mots les observations qu'il a communiquées, et complète celles dont il n'a pu donner que le commencement. Plusieurs des malades qui font l'objet de ces observations, et qui tous aujourd'hui sont définitivement guéris de leur hémianesthésie et de leur hémiplégie motrice, ont conservé depuis une céphalalgie atroce. Il y avait lieu de se demander si cette céphalalgie devait être rapportée à la lésion cérébrale dont on suppose ces malades atteints, ou était le résultat de l'aimantation ; M. Debove croit pouvoir affirmer que c'est bien à l'aimantation qu'il faut attribuer cette céphalalgie rebelle, persistante, et qui même, chez un de ses malades, s'accompagne de stupeur et est parfois tellement intense qu'elle le porte à des idées de suicide. Ce qui fait pencher M. Debove vers cette opinion, c'est, d'une part, que ce symptôme n'est apparu qu'à partir du moment où a disparu la paralysie, et, d'autre part, que chez un saturnin qui n'a d'abord eu qu'une guérison temporaire, la céphalalgie apparaissait lorsque disparaissait l'hémiplégie, et disparaissait, à son tour, lorsque revenait cette dernière.

M. Debove rappelle que dans ces faits il n'y a pas eu de transfert comme lorsqu'il s'agit d'hystérie. Il choisit de préférence les aimants, mais accorde la même propriété aux métaux, aux courants électriques, aux solanoïdes, etc., en un mot à tous les agents qu'il désigne sous le nom d'æstésiogènes.

Après avoir exposé les faits, M. Debove cherche à les interpréter et surtout à indiquer dans quelles circonstances, selon lui, on peut obtenir la guérison.

Les lésions qui ont causé les hémiplégies des malades observés par M. Debove sont d'origines diverses, mais elles ont toutes un caractère commun; elles s'accompagnent d'hémianesthésie cutanée et sensorielle, et ce sont ces hémiplégies seules qui ont pu guérir. Il faut admettre, dit M. Vulpian (article *Moelle* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*), qu'il n'y a pas de suite déterminée dans la substance grise de la moelle pour la transmission des impressions sensitives. Il est probable que, lorsque la moelle est intacte, les impressions suivent constamment une certaine route, toujours la même: mais, si cette route est coupée par une lésion quelconque, la transmission se poursuit, sans doute, par des voies de traverse, jusqu'à ce que, par l'intermédiaire de ces voies, elles puissent regagner leur chemin ordinaire à une distance plus ou moins grande des points où elles ont dû le quitter. On peut, par analogie, ajoute M. Debove, admettre que dans l'encéphale les impressions suivent d'habitude certaines voies ; lorsque ces voies sont interrompues par le fait d'une lésion, les impressions peuvent prendre des voies collatérales, des chemins de traverse; ces chemins, il faut les ouvrir; une excitation produite par l'aimant est suffisante pour frayer aux impressions venues de la périphérie une route qui ne leur est pas habituelle.

M. Debove cherche ensuite à se rendre compte de la guérison de la paralysie motrice; on expliquait autrefois les faits d'hémianesthésie compliquée d'hémiplégie en disant que la lésion n'était pas limitée aux faisceaux sensitifs et qu'elle empiétait sur les faisceaux moteurs. Si dans nos observations, ajoute M. Debove, les faisceaux moteurs avaient été atteints, les malades n'eussent point guéri. Il croit donc qu'il s'agit de paralysies motrices produites sous l'influence d'une anesthésie. Voici les arguments sur lesquels il appuie cette opinion : 1° Toutes nos tentatives, dit-il, faites pour modifier par l'action d'un courant les paralysies purement motrices sont restées sans résultat.

2° Dans toutes nos observations, la paralysie de la motilité a été guérie, mais il y avait en même temps paralysie de la sensibilité.

3° Chez les hystériques hémianesthésiques, il est habituel de rencontrer du même côté un affaiblissement de la motilité.

4° Lorsque chez une hystérique hémianesthésique, qui a un affaiblissement de la motilité du côté correspondant, on réussit à produire le phénomène du transfert, il y a transfert non-seulement de l'anesthésie, mais aussi de la paralysie motrice; celle-ci est tellement un résultat de la première qu'elle l'accompagne dans ses déplacements.

On peut donc conclure de ces considérations que la paralysie motrice, la contracture, l'hémichorée constatées dans ces observations tenaient à une lésion des fibres sensitives n'intéressant pas les fibres motrices. M. Debove cite encore un grand nombre de faits cliniques et d'expériences physiologiques prouvant l'influence de la sensibilité sur la motilité.

Il donne, en terminant, une explication fort ingénieuse du phénomène que l'on a désigné sous le nom de transfert. Cette explication, que nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici faute d'une figure absolument indispensable, permet de comprendre pourquoi le transfert est une circonstance fâcheuse et indique une lésion plus étendue.

M. CONSTANTIN PAUL communique un fait identique à ceux de M. Debove. Il s'agit d'un saturnin atteint d'une hémianesthésie du côté droit, s'accompagnant de parésie et de contracture du même côté. Cette hémiplégie s'était produite brusquement. Cet homme était en même temps affecté d'une néphrite interstitielle. Sous l'influence d'une seule application de plaques d'or, l'hémianesthésie, l'hémiparésie et la contracture disparurent complètement, sans qu'il y eût de transfert, et cet homme resta définitivement guéri jusqu'au moment où il succomba à sa néphrite interstitielle, un mois ou six semaines après. M. Constantin Paul a examiné le cerveau avec le plus grand soin et n'y a trouvé aucune lésion.

M. DEBOVE fait observer qu'à côté des hémiplégies organiques il y a des hémiplégies d'origine dyscrasique, sans lésion cérébrale appréciable. Il est d'autant plus probable qu'il s'agissait d'un cas de ce genre que le malade de M. Paul était un saturnin.

M. DUMONTPALLIER appelle l'attention sur ce fait, auquel il attache une grande importance au point de vue du diagnostic comme au point de vue de la curabilité par les agents æsthésiogènes, à savoir que chez tous les malades de M. Debove, comme chez le malade de M. Constantin Paul, l'anesthésie de la sensibilité générale s'accompagnait de celle de la sensibilité sensorielle. En effet, les agents æsthésiogènes n'ont d'action que dans les cas où l'anesthésie porte également sur les sens spéciaux. En outre, chez aucun de ces malades, sauf dans un cas de M. Vigouroux, n'a été constaté le phénomène du transfert. M. Dumontpallier avait déjà mentionné ce fait, dans son rapport à la Société de biologie, à savoir que, dans les cas où l'hémianesthésie existe en dehors de l'hystérie, il n'y a jamais de transfert.

### PRÉSENTATION DE PIÈCES

**Anurie calculeuse.** — M. TENNESON présente les pièces d'un homme qui a succombé à une anurie calculeuse. Il a déjà entretenu la Société d'un cas du même genre; il s'agissait d'un homme qui, en pleine santé, avait été subitement atteint et avait succombé en très-peu de temps. Ici les choses se sont passées bien différemment : il s'agissait d'un malade qui entra à Lariboisière au mois d'août, en présentant tout l'ensemble symptomatique de la néphrite interstitielle; c'était un homme de cinquante-cinq ans, robuste, pâle; il n'avait pas d'œdème; il était polyurique au point de rendre 4 à 6 litres d'urine en vingt-quatre heures; ces urines étaient pâles, claires, sans sédiment ni mucus; l'albuminurie était extrêmement légère. On constatait aussi chez cet homme l'existence d'une amblyopie double et progressive et d'une hypertrophie du cœur sans lésion valvulaire. Au mois d'octobre, les urines, après avoir sensiblement diminué pendant quelques jours, se suppriment brusquement et le malade succombe après avoir présenté des accidents urémiques.

A l'autopsie, on trouva une hypertrophie considérable du ventricule gauche, sans lésion valvulaire; les reins avaient leur volume normal; les bassinets et les uretères étaient remplis par des calculs uriques; il y en avait également dans les calices dilatés; il n'y avait pas de kystes ni d'adhérences de la capsule. L'examen histologique, pratiqué par M. Sabourin, a montré les lésions de la néphrite interstitielle diffuse occupant les cellules corticales et la substance des pyramides.

Au point de vue anatomique, ce fait vient justifier les oppositions qui ont été établies entre la néphrite interstitielle primitive et la néphrite interstitielle consécutive. Au point de vue clinique, il montre que l'ensemble symptomatique attribué à la néphrite interstitielle primitive appartient également à la néphrite consécutive.

**Hémiplégie du même côté que la lésion cérébrale.** — M. MAURICE RAYNAUD présente le cerveau d'une femme de vingt-huit ans, arrivée dans son service dans un état comateux et chez laquelle on n'avait pu constater qu'une paralysie complète du côté droit du corps et une hémiplégie faciale gauche, en un mot la paralysie alterne décrite par MM. Gubler et Millard. Cette paralysie s'était développée brusquement, puisque la veille encore cette femme écrivait et qu'il s'agit d'une paralysie du côté droit.

On peut constater, dans l'hémisphère droit du cerveau de cette femme, une gomme ramollie occupant la capsule interne et empiétant un peu sur le corps strié.

M. Maurice Raynaud signale le fait sans lui donner d'explication.

### ÉLECTION

MM. BOURNEVILLE et VOISIN sont élus membres titulaires de la Société.

La séance est levée.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 13 novembre, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

*Au grade de pharmacien principal* : MM. les pharmaciens de première classe Delteil et Degorce.

— Par décret en date du 15 novembre 1879, ont été nommés ou promus dans le corps de santé de la marine :

*Au grade de médecin de première classe* : MM. les médecins de deuxième classe : Serès, Ambriel, Audibert, Dubois, Kieffer, Maget, Néis, Léo, Bourat, Roux, Frison, Boyer, Pocard-Kerviler, Primet, Delrieu et Baissade.

*Au grade de médecin de deuxième classe*: MM. les aides-médecins Hénaff, Hache (auxiliaire de deuxième classe), Mortreuil, Vergos (Émile-Gustave), Aubry, Riolan, Ludger, Mercié, Sirot, Thémoin, Desmoulins (auxiliaire de deuxième classe), Cousyn, Esclangon, Le Ménicier, Jan, Parnet, Landouar, Clavier, Lussaud, Plagneux, Ernault, Cartier, Vergos (Paul-Marie-Édouard), Déniau, Hamon-Dufougeray, Roussin (auxiliaire de deuxième classe), Fouéré, Vaysse, Candé, Fournier, Le Conte, Gouzer, Nicolas, Hermitte, Le Golleur, Devoti Lullien, Duliscouët (auxiliaire de deuxième classe), Mirabel (auxiliaire de deuxième classe), Pozzo di Borgo, Mondon, Marévéry, Sarrazin, Roux, Galibert, Foucaud, Couturier et Faucon.

*Au grade d'aide-médecin* : MM. les étudiants : Dufour, Sicard, Papin, Robert, Auvergne, Kergrohen, Féraud, Bouquet, Gauthier, Le Grand, Gorron, Piton, Deslandes, Gaiffe, Dumesnil, Casanova, d'Estienne, Morel, Roy, Martin, Crambes, Bergougnoux, Clavery, Chataing, Mercier, Gouzien, Offret, Moalic, Boucheron, Colle, Durand, Tréguier, Bertrand, Plouzané, Guillarmon, Daniel, Dufourg, Mazet, Duprat, Fragné et Planté.

*Au grade de pharmacien de première classe* : MM. les pharmaciens de deuxième classe : Cunisset et Billaudeau.

*Au grade de pharmacien de deuxième classe* : MM. les aides-pharmaciens : Decoréis, Gaivoard, Perron, Névy et Pignet.

*Au grade d'aide-pharmacien* : MM. les étudiants : Camus, Brun, Dubois, Tambon, Pellen, Reilly et Fouquier.

— *Facultés de médecine. — Épreuves pratiques d'anatomie et médecine opératoire.* — L'épreuve pratique de dissection (premier examen de doctorat ancien régime et deuxième examen nouveau régime) est *éliminatoire*. Il en est de même pour l'épreuve de médecine opératoire (deuxième examen de doctorat ancien régime et troisième examen nouveau régime). Circulaire du 25 juil-

let 1879 et instruction du 10 novembre 1879. *Ces dispositions sont applicables, dès aujourd'hui, dans toutes les Facultés de médecine de France.*

— *École pratique.* — Dans la dernière affiche de la Faculté de médecine relative aux dissections, il n'est question que des élèves de deuxième, troisième et quatrième année.

Mais que fera-t-on des élèves de première année ? Il est dit dans le règlement que les élèves subiront l'examen d'anatomie et d'histologie (première partie du deuxième examen de doctorat) entre la dixième et la douzième inscription, c'est-à-dire en janvier. S'ils ne dissèquent pas en première année, ils n'auront donc que les cinq mois du deuxième hiver et les deux premiers du troisième, en tout sept mois, ce qui nous paraît insuffisant. Il nous a paru nécessaire d'appeler sur ce point l'attention du doyen de la Faculté de médecine.

Au moment où nous allions mettre cette note sous presse, nous apprenons que les élèves de première année n'auront pas même le droit d'entrer dans les pavillons de dissection pour y étudier l'ostéologie et y entendre les leçons orales.

Les élèves de première année, n'allant pas à l'hôpital, ne pourraient-ils pas assister le matin aux travaux pratiques de chimie et de physique, puis disséquer l'après-midi. Ces élèves auraient pu continuer les travaux pratiques en avril, mai et juin, époque à laquelle les dissections n'ont pas lieu.

Cette manière de faire nous paraissait tout indiquée. Mais ce qui nous paraît tout à fait contradictoire, c'est que l'Administration de la Faculté empêche les élèves de première année, aspirant au doctorat, de disséquer, tandis que ceux de même année aspirant à l'officiat sont admis aux dissections.

— Les pharmaciens stagiaires au Val-de-Grâce, à la suite des examens de sortie, ont été classés par ordre de mérite de la manière suivante : MM. Domergue, Roch, Bayrac, Wagner, Pecque, Garène, Durieu et Dulud.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — MM. Azam et Morache sont nommés assesseurs.

MM. Perrens, Masse et Picot sont nommés membres de la commission scolaire.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Le jury spécial chargé d'examiner les élèves de la Faculté libre de médecine de Lille tiendra une session en novembre 1879.

Sont nommés membres de ce jury spécial : *Faculté de l'État.* — Premier examen de doctorat (ancien régime) : MM. Morat et Folet; deuxième examen de doctorat : MM. Paquet et Kelsch; troisième examen de doctorat : MM. Garreau et Giard ; quatrième examen de doctorat : MM. Arnould et Jovic ; cinquième examen de doctorat : MM. Houzé de l'Aulnoit et Vannebroucq ; thèses : MM. Parise et Hallez. — *Faculté libre* : MM. Domec, professeur d'anatomie ; Baltus, professeur de physiologie ; Faucon, professeur de clinique chirurgicale.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Joanny Rendu est nommé chef de clinique obstétricale ; M. Quioc est nommé chef de clinique ophthalmologique.

Aucun concurrent ne s'est présenté, ni pour les deux places de chef de clinique chirurgicale, ni pour celles des maladies cutanées et vénériennes ; deux candidats pour la place de chef de clinique obstétricale ; un seul pour la place de chef de clinique ophthalmologique.

— *Distinctions honorifiques* — Sont nommés officiers d'Académie : MM. Joyeux, médecin de l'École normale de Mirecourt (Vosges) et Launay, médecin à Rueil (Seine-et-Oise).

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — La distribution annuelle des récompenses aux élèves des hôpitaux a eu lieu lundi dernier à l'hôpital Saint-André dans l'ordre suivant : 1° *Prix Delord* : M. Tourron. — 2° *Prix de l'administration* : M. Laconche. — 3° *Prix Levieux* : M. Courtin. — 4° *Médailles d'argent* : MM. Bouvet, Lacroix et Chambrelent. — 5° *Médailles de bronze* : MM. Lapervenche, Dèche et Rivière. — 6° *Mentions honorables* : MM. Chevalier, Busquet, Sebileau, Ferré et Saint-Mézard.

— Vendredi dernier ont eu lieu aux Invalides les obsèques de M. le docteur Chenu, ancien médecin principal de première classe. Notre regretté confrère, dont le nom se trouve consacré non-seulement dans les sciences médicales et naturelles, mais par son dévouement à la noble cause de la Société de secours aux blessés des armées de terre et de mer, était âgé de soixante et onze ans.

— Le corps médical d'Orléans vient de faire une grande perte en la personne de M. le docteur Vallet, mort dans cette ville le 1er novembre dernier. Notre vénérable confrère était âgé de quatre-vingt-cinq ans et demi; il avait exercé la médecine et la chirurgie depuis 1818 jusqu'à la fin de sa vie, c'est-à-dire pendant soixante et un ans. Ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, il était membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie de Paris,

— M. le professeur Guyon commencera ses leçons cliniques (voies urinaires) le mercredi 19 novembre, à neuf heures du matin, à l'hôpital Necker, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, commencera des leçons cliniques de gynécologie et de syphiligraphie le mercredi 19 novembre 1879 et les continuera les mercredis et samedis pendant toute l'année scolaire 1879-1880. Le mardi. à neuf heures, consultation et traitement externe.

MM. les étudiants recevront pour assister à la visite et au cours des cartes qui leur seront délivrées par M. le Directeur de l'hôpital.

— M. le docteur Cadier commencera son cours de laryngoscopie et des maladies du larynx à l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, le mercredi 19 novembre, à cinq heures.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8889.

N° 134. — JEUDI 20 NOVEMBRE 1879. 52e ANNEE. JEUDI 20 NOVEMBRE 1879. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Par suite d'un de ces incidents dont nous parlions il y a huit jours, et qui gouvernent si souvent le fond, cette séance qui, d'après l'ordre du jour, devait être courte et se terminer par un comité secret, a été tellement remplie qu'elle a dépassé de trois quarts d'heure la durée ordinaire. De l'incident nous n'avons rien à dire ici, il est de ceux qui ne peuvent recevoir leur solution qu'en comité secret; tout ce que nous pouvons dire seulement, c'est qu'il a entraîné la remise à huitaine de la lecture d'un rapport de candidature pour des correspondants dans la section de médecine vétérinaire. Il en est résulté une pleine latitude pour les lecteurs inscrits. Aussi l'Académie a-t-elle successivement entendu, après une série de rapports de M. Bouis sur les eaux minérales, la lecture d'une note additionnelle de M. H. Roger à son mémoire du 21 octobre, sur la communication congénitale des deux cœurs par inocclusion du septum interventriculaire ; un mémoire de M. le docteur Émile Vidal, candidat pour la section de thérapeutique, sur une nouvelle méthode de traitement du lupus par les scarifications, méthode qui paraît lui avoir donné d'excellents résultats ; une nouvelle argumentation de M. Colin sur la question de l'étiologie bactéridienne du charbon, et enfin une présentation de M. Péan, dont on trouvera le sujet exposé en détail dans le compte-rendu.

La nouvelle argumentation de M. Colin, argumentation qui porte moins sur les faits que sur les méthodes scientifiques d'observation et d'expérimentation, et dans laquelle M. Colin a donné une nouvelle preuve d'un grand savoir et d'un grand talent, ce qui d'ailleurs n'étonnera personne, est trop étendue pour que nous ayons pu faire autre chose aujourd'hui qu'en indiquer l'objet, et trop importante pour pouvoir être appréciée après une simple audition. Nous nous réservons d'y revenir dans la huitaine, ainsi que sur la réplique qu'y a faite immédiatement M. Pasteur.

Dr BROCHIN.

## HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

### Sclérose latérale amyotrophique : phénomènes de la contracture spasmodique et des réflexes tendineux.

Je me propose, dans cette conférence, d'appeler votre attention sur deux phénomènes importants que nous observons dans certaines affections du système nerveux, la *contracture spasmodique* permanente, d'une part, et, d'autre part, le phénomène des *réflexes tendineux*.

Vous savez que dans les paralysies, on trouve, soit la flaccidité des muscles, soit la contracture; or c'est la contracture que nous rencontrons dans l'ordre de faits dont je veux vous entretenir.

Contracture et réflexes tendineux sont deux phénomènes connexes, appartenant à la même série, et justiciables de la même interprétation physiologique. Avant d'aborder leur étude théorique, je vais vous faire constater cliniquement ces deux phénomènes. Ils appartiennent l'un et l'autre à ce que j'ai décrit pour la première fois en 1874 sous le nom de « sclérose latérale amyotrophique. » Je tiens, une fois de plus, à vous démontrer que c'est bien là une affection originale, autonome, une véritable espèce morbide méritant un nom et une place à part dans la nosographie du système nerveux. La sclérose latérale amyotrophique est une affection originale, non-seulement par ses symptômes spéciaux, mais encore par ses lésions anatomiques, qui sont bien caractéristiques.

Examinons d'abord les deux malades que je puis vous présenter comme atteints de sclérose latérale amyotrophique.

Le premier exemple est une femme qui m'a été adressée par mon collègue des hôpitaux, M. Huchard. Elle est dans notre service depuis un an et demi ; depuis son entrée, son état n'a guère changé. Cette femme est malade depuis deux ans et demi ; aujourd'hui elle est réduite à une incapacité, une impuissance motrice absolue ; ses membres inférieurs, aussi bien que ses membres supérieurs, sont absolument paralysés. L'affection est symétrique d'une façon très-régulière. Voyez d'abord les deux membres inférieurs : ils ne sont pas frappés de la paralysie avec flaccidité que vous connaissez; ils sont rigides, atteints de contracture. C'est là de la paraplégie spasmodique, un des éléments du type morbide que je décris sous le nom de sclérose latérale amyotrophique. Je ne dis pas du tout que ce symptôme

soit spécial à cette affection; il n'est pas spécifique. Vous le rencontrerez dans plusieurs autres maladies du système nerveux, car les symptômes des lésions nerveuses sont communs à divers types bien divers; c'est de leur arrangement réciproque que résultent les types des maladies nerveuses. (Avec les vingt-quatre lettres de l'alphabet, vous pouvez, de même, faire tous les livres de nos bibliothèques.)

La contracture existe donc chez notre malade : vous voyez que cette rigidité musculaire existe dans tous les muscles; j'éprouve de la résistance dans tous les sens quand je veux mouvoir les membres inférieurs, aussi bien du côté des muscles fléchisseurs que du côté des muscles extenseurs.

Je trouve chez cette femme un deuxième phénomène, le réflexe tendineux, qui accompagne la contracture et se rattache à ce fait; le réflexe tendineux précède la contracture et lui sert de prodrome; il persiste pendant la contracture, et, lorsque la contracture a disparu, il existe encore. La contracture est, pour ainsi dire, le summum du réflexe tendineux. On peut reconnaître par le réflexe tendineux si la contracture existe à l'état latent et si elle se développera un jour. C'est, par conséquent, un signe très-important de diagnostic.

Qu'est-ce donc que ces réflexes tendineux? Ce sont des signes qu'il faut bien apprendre à mettre en évidence. Ils sont de deux ordres :

1° Il y a le réflexe tendineux ancien, que j'appellerai français, parce qu'il a été découvert ici même, à la Salpêtrière; en 1862, M. Vulpian et moi, nous avons reconnu certains caractères que nous avons désignés sous le nom d'épilepsie spinale ou trépidation spinale provoquée. Ce phénomène consistait dans le fait suivant : quand on place la main gauche sous le genou d'un malade pour le soutenir, si l'on redresse brusquement la pointe du pied avec la main droite, on voit le membre atteint de vibration et agité par des secousses. C'est ce qu'on appelle en Allemagne le « phénomène du pied. » Chez l'homme sain, ce fait ne se rencontre point, ou très rarement. Berger, en Allemagne, l'a recherché sur 1,400 militaires; il ne l'a observé que deux fois, et encore très-peu accusé; il n'est pas prouvé que ses deux sujets n'étaient pas atteints de rigidité des muscles des membres inférieurs.

2° Un deuxième phénomène est le « phénomène du genou », qui a été découvert en Allemagne. On savait depuis longtemps que, si l'on percute avec le bord cubital de la main le tendon rotulien, on fait décrire à la jambe une trajectoire dont l'étendue est variable. Ce fait existe à l'état sain; mais, dès qu'il est accentué, il n'appartient qu'à un état pathologique. Les procédés de la méthode graphique nous l'ont notamment démontré, d'une façon beaucoup plus sensible que l'examen seul des yeux. Voici en quoi consiste ce phénomène :

Si l'on place la main gauche sous le genou du malade et que l'on frappe un coup sec sur le tendon rotulien (par exemple, avec un petit marteau), on voit deux ou trois chocs ou oscillations de la jambe qui se relève, s'abaisse, se relève, et ainsi de suite; c'est une espèce de dicrotisme. (N'allez pas croire pourtant que ce phénomène soit un indice de maladie, dès qu'il existe; il existe à l'état normal à un faible degré; ne devenez point hypochondriaques parce que, rentrés chez vous, vous aurez constaté ce phénomène sur vous-mêmes. Chaque fois que je le signale, aussi bien que les mouvements fibrillaires de l'atrophie musculaire progressive, je ne manque pas de voir le lendemain plusieurs étudiants désolés parce qu'ils se sont trouvé ce symptôme, et se croient, par conséquent, atteints de cette maladie.)

Il y a de très-grandes variétés dans la constatation de ce symptôme; il ne faut le déclarer pathologique que lorsqu'il est bien accentué, et lorsqu'il consiste en des oscillations répétées, dicrotes pour ainsi dire.

Chez notre malade, il n'y a aucun trouble de la sensibilité dans les membres inférieurs, aucun trouble fonctionnel du côté de la vessie ou du rectum. Il n'y a point ou presque point de douleur.

Quand la malade pouvait mouvoir elle-même ses membres inférieurs, elle provoquait elle-même la trépidation spontanée, ou épilepsie spinale, en appuyant sur la pointe du pied, en descendant du lit et en essayant de se mettre en marche.

Du côté du membre supérieur, nous ne trouvons plus les mêmes faits : les deux bras sont inertes symétriquement. Ils ne sont pas rigides au même degré que les membres inférieurs; mais ils présentent un autre phénomène, l'atrophie en masse, l'atrophie générale, qui les fait ressembler aux membres supérieurs dans l'atrophie musculaire progressive (main simienne, mais avec les doigts fléchis et en griffes).

Dans l'atrophie musculaire progressive, quand il y a impuissance motrice, cette paralysie s'explique naturellement par l'atrophie des muscles; mais ici il n'y a pas d'atrophie des membres inférieurs, et pourtant ces membres sont impuissants; c'est de la paralysie, mais ce n'est pas de l'atrophie. Aux membres supérieurs seuls, il y a à la fois paralysie et atrophie.

Nous constatons enfin, à ces mêmes membres supérieurs, le même phénomène des réflexes tendineux qu'aux membres inférieurs. A l'état normal, le réflexe tendineux n'existe pas dans les membres supérieurs (tandis qu'il existe légèrement aux membres inférieurs).

Vous voyez que je percute les tendons situés au-dessus du poignet et que je provoque des mouvements de la main. De même, en frappant le tendon du triceps brachial, je fais mouvoir tout le membre qui se porte dans l'abduction.

Ce phénomène du réflexe tendineux est, je vous l'ai dit, connexe de la contracture.

Je vous signale enfin un troisième phénomène, dernier épisode de la maladie. Il se passe du côté de la tête. Il consiste dans une physionomie spéciale et dans une paralysie commençante du bulbe. La malade a la parole inintelligible; elle ne peut prononcer les mots. Elle n'avale les aliments qu'avec difficulté. Son visage présente des rides profondes et tourmentées, surtout dans le domaine du facial inférieur. Les commissures labiales sont attirées fortement en dehors, à droite et à gauche, ce qui agrandit la bouche démesurément. La langue est animée de secousses fibrillaires et couverte sur ses bords et à sa surface de petites circonvolutions analogues aux circonvolutions cérébrales. Le faciès présente une sorte de tétanos de tous les muscles. Tels sont les phénomènes que cette malade offre à notre observation; tous les autres signes sont négatifs. L'intelligence est parfaite; toutes les fonctions sont normales et l'existence de la malade n'est sérieusement en danger, malheureusement, que parce que, l'alimentation devenant progressivement impossible, elle ne pourra survivre longtemps à la paralysie bulbaire.

Notre deuxième malade est un homme atteint aussi de sclérose latérale amyotrophique, mais à un degré moindre et seulement depuis peu de temps. Il n'est donc qu'au début

de la maladie, tandis que la malade précédente n'a plus que quelques mois à vivre. Celui-ci est un homme de trente-six ans, marchand de vins. Il est Auvergnat; vous constatez facilement qu'il prononce les mots d'une façon irrégulière et incomplète; il a déjà une difficulté de parole. Il n'est malade que depuis dix ou onze mois; le diagnostic de sa maladie est fait depuis cinq mois.

C'est la difficulté dans la marche qui a frappé d'abord ce malade; il a remarqué qu'il sautait en marchant, que ses jambes étaient raides « comme si les nerfs le repoussaient. » Il tremble sur ses jambes. Il présente au plus haut degré le phénomène du pied, le réflexe du tendon rotulien, ainsi que la trépidation spinale. Il est donc atteint de paraplégie spasmodique. Il n'est affecté d'aucun trouble de sensibilité; rien du côté de la vessie ni du rectum.

Ses membres supérieurs sont envahis; il éprouve de la difficulté à mettre la main sur la tête; il présente un commencement d'atrophie musculaire caractérisée déjà par les gouttières entre les métacarpiens au niveau des interosseux et entre le pouce et l'index. Nous constatons chez lui les secousses fibrillaires; ses muscles palpitent et s'agitent. Enfin nous observons le signe précurseur des contractures, le réflexe tendineux, quand nous percutons les tendons de l'avant-bras ou celui du triceps brachial.

Du côté du bulbe, les phénomènes sont encore peu accentués, mais ils ne tarderont certainement pas à s'aggraver et à suivre la même marche que chez la première malade que nous venons d'étudier.

C'est qu'en effet, jusqu'à présent, le pronostic est absolument fatal. Nous pouvons dire que ce malade, atteint depuis un an à peine, sera couché sur son lit dans un an et dans deux ans succombera infailliblement à cette terrible maladie, par le fait de la paralysie bulbaire et à la suite d'une inanition prolongée. Nous avons cependant tenté tous les moyens rationnels de traitement, mais en vain jusqu'à présent; nous avons affaire ici à une maladie de système, qui est le dernier acte d'un processus morbide commencé depuis longtemps et contre lequel nous ne pouvons rien.

La sclérose latérale amyotrophique diffère en cela d'une façon considérable de l'atrophie musculaire progressive. Celle-ci, en effet, a un pronostic plus favorable. Pour vous en donner un exemple, je vous présente une femme qui est malade depuis dix ans. Elle a tous les symptômes de l'atrophie musculaire progressive; elle a la main simienne, la paralysie à peu près complète des membres supérieurs atrophiés; rien qui rappelle la paralysie labio-glosso-laryngée, quoique cela puisse survenir plus tard. Rien du réflexe tendineux aux poignets, et, du côté du tendon rotulien, aucune différence avec l'état ordinaire et normal.

Je ne m'arrête pas aujourd'hui à discuter ces phénomènes; je tenais seulement à vous les faire constater cliniquement. Je termine cette conférence en vous faisant voir diverses projections relatives aux faits dont je viens de vous entretenir. Remarquons, entre autres, une préparation histologique qui démontre que la langue peut conserver à l'œil nu son relief normal, mais qu'elle n'en a pas moins subi une dégénérescence atrophique, les intervalles entre les fibres musculaires étant remplis par du tissu conjonctif et de la graisse. De nombreuses projections de coupes de la moelle démontrent aussi que la lésion de la sclérose latérale amyotrophique occupe les cordons latéraux et qu'elle y est régulièrement systématisée.

---

**HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.**

**Des Alopécies.**

I

L'alopécie est une affection pour laquelle le médecin est constamment persécuté, et sur laquelle circulent couramment des préjugés qu'il importe de détruire, notamment en ce qui concerne les relations supposées entre l'alopécie et la syphilis. Cette dénomination vient du mot ἀλώπηξ, renard, singulière origine qui s'explique parce que le renard est aussi, paraît-il, exposé à perdre ses poils. L'alopécie est la chute des poils des différentes parties du corps et particulièrement des cheveux, chute de cheveux antérieurement existants et absence de poussée consécutive de nouveaux cheveux à la place des premiers; c'est le déboisement et le non-reboisement des régions pileuses. Elle a donc pour conséquence ultérieure la calvitie, la dénudation absolue de ces régions.

Le cheveu est logé dans une dépression cylindroïque qu'on appelle le follicule pileux, sur le fond duquel se trouve la papille pileuse, constituée par un renflement conique; le cheveu y est implanté et y tient étroitement, il ne peut en être séparé que par la traction ou par la macération. Le cheveu n'est qu'un produit de sécrétion; c'est une matière inerte, incapable de réagir contre les causes morbides; l'alopécie n'est pas une maladie du cheveu, elle est une maladie de la papille pileuse.

Au point de vue du diagnostic et du traitement, toutes les alopécies doivent être divisées en deux groupes, selon qu'elles sont accompagnées ou non de lésions du cuir chevelu, selon que l'on trouve ou non des lésions contemporaines expliquant la maladie.

A. *Alopécies avec lésion du cuir chevelu.* — Ce sont toutes les alopécies symptomatiques des affections du cuir chevelu, celles-ci produisent l'alopécie par des procédés divers : 1° toutes les lésions ulcéreuses du cuir chevelu, traumatiques, cancroïdes, syphilis; 2° toutes les dermatoses du cuir chevelu, érysipèle, eczéma, pityriasis, séborrhée, etc.; 3° les parasites, favus, trichophyton. L'alopécie n'est qu'un effet. Ainsi un malade perd ses cheveux; on trouve une poussière blanche fine, des pellicules analogues à du son : c'est du pityriasis, c'est la cause de la chute des cheveux. Chez un autre on reconnaît le favus, il suffit de guérir la cause pour arrêter l'alopécie. Il est inutile d'insister davantage sur cette catégorie, dont le diagnostic, et, par suite, le traitement sont toujours faciles.

B. *Alopécies sans lésion du cuir chevelu.* — On peut les diviser en cinq classes : 1° alopécie sénile et alopécie précoce; 2° alopécie de convalescence; 3° alopécie cachectique; 4° alopécie syphilitique; 5° pelade.

I. Alopécie sénile et alopécie sénile précoce. — Cette alopécie est un dérivé de l'âge; elle est une conséquence comme fatale de l'usure des organes et du poids des ans. Elle commence vers la partie moyenne de la vie, de trente-cinq à quarante ans; son début n'est pas fixe et varie plus ou moins chez les uns et chez les autres. Les uns vieillissent avant l'âge; quelques autres conservent l'intégrité complète d'une luxuriante chevelure, comme on le voit parfois chez ces beaux vieillards dont vous connaissez tous des

exemples. On voit, par contre, des jeunes gens qui perdent leurs cheveux abondamment, très-abondamment même; c'est l'alopécie sénile précoce, qui débute vers trente, vingt-cinq ans et même plus tôt. Ses causes sont des plus variables : 1° citons en première ligne la goutte et l'arthritis. L'alopécie est très-commune chez les goutteux, c'est un signe par excellence de la disposition goutteuse. De même, toutes les causes débilitantes ayant une action prolongée, les excès de tout genre, qui amènent une usure progressive des forces de l'organisme, le travail intellectuel, l'abus des femmes, le coït, l'onanisme, les veilles habituelles, les excès de table, etc. On voit l'alopécie aussi bien chez les savants de l'Institut que chez les gens qui ont abusé dela vie mondaine, les viveurs en un mot. 3° Les soucis, les chagrins intenses, les préoccupations, la misère, l'emprisonnement, sont encore des causes d'alopécie. Mais nous ne savons pas tout sur ce point; pourquoi les hommes y sont-ils infiniment plus prédisposés que les femmes? Nous ne le savons guère. Pourquoi certaines familles plutôt que d'autres? Il y a une influence de races, de sang, qui reste inexpliquée. Pourquoi en dehors de toute cause débilitante, en dehors de toute diathèse et de tout excès, voit-on survenir l'alopécie chez des sujets soumis à la meilleure hygiène? C'est encore un mystère.

Ces deux formes d'alopécie sénile se distinguent par trois grands caractères : *a.* elle est lente, progressive, ne dévastant pas la tête en quelques semaines ni en quelques mois, mais procédant seulement à la longue et au cours des années. — *b.* Elle est systématisée, ayant son siège spécial bien circonscrit, le vertex, à l'endroit précis de la tonsure ecclésiastique, et vers le front, sur la partie antéro-supérieure du crâne ; elle éclaircit légèrement ou dénude complètement. Elle respecte d'autres régions : ainsi l'alopécie sénile respecte toujours les parties latérales et postérieures. La calvitie est encadrée dans un demi-cercle de cheveux allant des tempes à la nuque. — *c.* Elle est symétrique, d'une façon absolument régulière; élégante dans sa forme, elle atteint les deux côtés de la tête également, n'allant pas à gauche à un centimètre de plus qu'à droite; elle n'a rien de ridicule ni de difforme, et confirme à la physionomie une expression de sagesse, d'expérience et de vénérabilité. Elle sied à merveille à certaines têtes que déformerait une perruque; c'est la beauté sévère représentée en sculpture par la tête classique d'Eschyle.

II. Alopécies de convalescence. — Un grand nombre de maladies graves sont suivies de la chute des cheveux ; après la fièvre typhoïde, les cheveux tombent presque toujours à profusion; après les fièvres éruptives, la scarlatine, l'érysipèle, les phlegmons graves, le typhus, la pneumonie. Même à la suite d'un état qui pourtant est absolument physiologique, après l'accouchement, beaucoup de femmes perdent leur chevelure, quoique leurs couches aient été absolument normales. Cette particularité est très-intéressante à mentionner, et il ne faut nullement attribuer ces cas d'alopécie à la vérole ou à toute autre affection.

Les caractères de l'alopécie de convalescence sont : *a.* d'être rapide, de survenir en quelques semaines; *b.* d'être généralisée, elle n'a pas de systématisation, et ne choisit pas ses régions, elle frappe à gauche et à droite, partout; *c.* d'être modérée en général, quelquefois elle est intense, mais ne produit jamais la calvitie complète; *d.* elle est réparable, temporaire. Quand les cheveux sont tombés pendant la convalescence, ils repoussent.

Quant à la pathogénie de cette alopécie, on l'explique par un trouble nutritif, produit par la maladie et par les conditions qui ont déterminé celle-ci. C'est un phénomène analogue à ce qu'on voit pour les ongles, où il se fait une dépression transversale, un amincissement de l'ongle qui a été mal nourri pendant la maladie. De même le cheveu, moins bien nourri aussi s'altère à sa base, au niveau du bulbe pileux : il devient moins adhérent. Il ne tombe pas pendant le cours de la maladie, mais après la maladie.

III. Alopécie cachectique. — Elle survient dans toutes les maladies qui apportent dans l'organisme un trouble profond et chronique, dans la phthisie pulmonaire, dans toutes les affections tuberculeuses, dans les cancers, dans les affections organiques, la cirrhose, l'impaludisme, le diabète, la cachexie dartreuse et la cachexie syphilitique.

C'est une alopécie générale, disséminée, envahissant toute la chevelure à la fois; tous les cheveux sont ternes, secs, pulvérulents, ayant perdu leur lustre comme les cheveux d'un mort.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 novembre 1879 — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° une lettre de M. Mignot (de Chantelle) sur un cas d'oreille supplémentaire ; 2° une lettre de M. Monard, qui abandonne sa situation de stagiaire aux eaux minérales ; 3° deux lettres de candidature de MM. Siredey et Cadet de Gassicourt, qui se portent candidats dans la section de pathologie médicale; 3° un mémoire de M. le docteur Longet sur une *Epidémie de fièvre typhoïde qui a régné sur le 93e régiment de ligne.*

### PRÉSENTATIONS

M. Béclard présente un nouveau *Manuel de physiologie* de M. Fort, professeur libre d'anatomie à l'École pratique de la Faculté. Ce volume, contenant près de 900 pages, est concis, complet et parfaitement au courant de la science. Ce genre de livre est très-utile à l'étudiant, qui ne peut pas toujours lire des ouvrages très-étendus.

M. Bergeron présente, au nom de M. le docteur Duché, une brochure intitulée : *Protection des enfants du premier âge.*

M. Peter présente les Bulletins de la Société de médecine de Paris pour 1878.

M. Chereau présente une notice intitulée : *Bibliographia Patiniana.*

M. Maurice Perrin présente, au nom de M. le docteur Yvert, un volume intitulé : *Traité des blessures du globe de l'œil.*

M. Depaul présente, au nom de M. Lebert, un volume intitulé : *Traité de la phthisie pulmonaire.*

M. Richet, au nom de M. Gallard, présente la deuxième édition de ses *Leçons cliniques sur les maladies des femmes.*

M. le Président annonce la mort de M. Valette, membre correspondant depuis la fondation de l'Académie.

### RAPPORTS

M. Bouis lit une série de rapports sur les eaux minérales, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

### LECTURES

M. H. Roger lit une note additionnelle à son mémoire du 21 octobre sur la communication congénitale des deux cœurs par inocclusion du septum interventriculaire. Dans ce mémoire M. H. Ro-

ger avait cherché à établir l'existence clinique distincte de cette anomalie cardiaque jusqu'à présent méconnue, ou confondue, soit avec d'autres vices de conformation, soit avec les maladies du cœur proprement dites. M. Roger avait affirmé qu'un bruissement cardiaque spécial était le signe pathognomonique de cette malformation. Des objections lui ont été faites, auxquelles il répond en lisant un extrait d'une observation avec autopsie que M. le docteur Gaston Decaisne a publiée, sous le titre de *Communication congénitale des ventricules du cœur*.

Dans ce fait, auquel ne manque point le contrôle de l'anatomie pathologique, on retrouve et la lésion congénitale du septum ventriculaire que M. Roger a séparée des autres malformations, et le bruissement particulier qui la caractérise, et l'ensemble des signes positifs et négatifs dont il a tracé le tableau clinique.

M. VIDAL lit un mémoire intitulé : *Traitement du lupus par les scarifications linéaires*, qu'il résume ainsi :

1° Le traitement externe du lupus par les scarifications est le moins douloureux, le plus sûr, celui qui met le mieux à l'abri des récidives, et enfin celui dont les résultats, au point de vue de la régularité de la cicatrice, sont les meilleurs.

2° Applicable à toutes les variétés de lupus, d'une efficacité remarquable dans les formes tuberculeuses non ulcéreuses et ulcéreuses, même dans les cas de lupus vorax, il a moins d'action contre le lupus érythémateux et une puissance encore moindre contre le lupus acnéique. (Renvoi à la section de thérapeutique.)

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHARBON

M. COLIN réplique à M. Pasteur. Sa réplique porte non-seulement sur la question de fait, mais encore sur la grande question des méthodes appliquées à l'observation et à l'expérimentation. Il s'est imposé, en outre, dans cette réplique, de défendre la vieille médecine, qu'on menace d'une fin prochaine.

M. Colin déclare tout d'abord n'avoir discuté avec personne. Si, dit-il, l'exposé de mes résultats a paru à M. Pasteur impliquer contradiction ou négation des siens, il ne dépend pas de moi que cet exposé ait un autre sens. En s'engageant à ne plus discuter avec son collègue, il n'a pas entendu aliéner le droit de transmettre à l'Académie ses observations ou ses expériences lorsqu'elles lui semblent de nature à l'intéresser et à contribuer à l'avancement de la science.

M. Colin se propose de montrer que M. Pasteur a commis de graves erreurs historiques sur les questions actuellement en discussion ; qu'il ne se montre pas toujours juste dans l'appréciation des faits, des vues ou des raisonnements de ses adversaires ; qu'il se méprend assez souvent sur la valeur des méthodes suivies par le physiologiste et le médecin, méthodes plus compliquées que celles du chimiste ou du physicien.

C'est au développement de ces propositions que M. Colin a consacré sa nouvelle argumentation, que son étendue ne nous permet pas de résumer aujourd'hui.

MM. PASTEUR et BOUILLAUD présentent quelques observations au sujet de cette lecture.

### PRÉSENTATION

**Ovariotomie et hystérotomie. —** M. PÉAN présente à l'Académie trois opérées : deux ont subi la gastrotomie, l'une pour un volumineux kyste de l'ovaire, l'autre pour l'ablation d'un utérus affecté de tumeurs embryoplastiques ; la dernière portait une tumeur fibro-cystique de l'utérus, qui fut traitée par le drainage chirurgical. Voici le résumé de ces trois observations :

La première malade n'avait que douze ans lorsqu'elle fut soumise à la gastrotomie. Elle portait depuis trois ans une tumeur à surface irrégulière et bosselée, qui avait été considérée comme cancéreuse, même après des ponctions réitérées, par plusieurs chirurgiens qui l'avaient examinée.

La tumeur était tellement volumineuse, eu égard à la petite taille de la malade, que les fausses côtes en paraissaient luxées en dehors et que les côtes inférieures remontaient, en se superposant, jusqu'à la clavicule. Une volumineuse hernie existait à l'ombilic. M. Péan, pensant avoir affaire bien plutôt à un kyste dermoïde qu'à une tumeur encéphaloïde, se résolut à opérer. Il fit l'ablation par la gastrotomie, et, malgré l'adhérence intime du grand épiploon à toute la face antérieure de la tumeur, qui vint compliquer l'opération au point qu'il fallut lier et exciser une portion très-saignante du repli séreux, M. Péan put retirer une portion solide (enveloppe du kyste et une masse formée d'aréoles, de matière sébacée et de poils) du poids de 5,500 gr. et 20 litres de liquide.

Le douzième jour après l'opération, l'enfant commençait à marcher ; le dix-huitième jour, elle rentrait dans sa famille, à quelques lieues de Paris, et reprenait ses jeux habituels.

En produisant ce fait, M. Péan a moins l'intention d'appeler l'attention de l'Académie sur la bénignité relative que paraît présenter l'extirpation des kystes dermoïdes de l'ovaire ou de l'abdomen (huit cas opérés par lui ont abouti à la guérison, sauf une seule malade qui a succombé pendant la convalescence à des accidents nerveux) que d'aborder quelques considérations d'un autre ordre. D'ailleurs ne sait-on pas que la gastrotomie, pratiquée pour l'ablation de tumeurs de diverses espèces, est susceptible de donner des séries de guérisons successives de vingt malades, comme M. Péan a encore eu la satisfaction de l'observer cette année même dans sa pratique ? Ce qu'il désire établir, c'est que, chez de jeunes enfants dont la santé était fortement compromise et la croissance arrêtée par la présence de tumeurs assez volumineuses, et pendant un temps assez long pour que le squelette eût subi des déformations importantes, l'extirpation a pu avoir pour heureux résultat, non-seulement le retour à la santé, l'accomplissement normal de toutes les fonctions, une croissance régulière, mais encore la disparition des déformations du squelette, qui ont fait place à un très-beau développement. En effet, la jeune opérée de M. Péan, qui va avoir quinze ans, est aujourd'hui une belle jeune fille presque aussi grande que sa sœur aînée, qui a quelques années de plus qu'elle ; et elle est réglée depuis un an et demi.

La seconde malade portait une tumeur utéro-cystique, dont M. Péan la débarrassa par l'hystérotomie. Cette tumeur était surtout intéressante au point de vue du diagnostic. Elle avait tous les caractères extérieurs des gros kystes du bassin. Ponctionnée avant l'opération, elle avait donné 15 litres de liquide hématique complètement semblable à celui que contiennent les kystes sanguins de l'ovaire. Très-rapidement le kyste se reproduisit, comme il arrive pour les kystes hémorrhagiques des annexes de l'utérus. A la suite de la ponction, l'épuisement et la prostration des forces s'accusèrent fortement.

Malgré sa faiblesse, la malade supporta bien l'opération. M. Péan a présenté la tumeur à l'Académie le jour même (1) où elle fut enlevée, et son examen a été l'objet d'un rapport spécial de M. Ch. Robin. Le savant histologiste reconnut que la masse liquide retenue dans la cavité utérine amplifiée était du sang depuis longtemps épanché et chargé d'abondantes concrétions fongueuses, mais que les parois du corps de l'utérus étaient le siège d'une hypertrophie considérable, de kystes et d'innombrables tumeurs solides sous-muqueuses, de dimensions variables et de nature embryoplastique.

M. Péan n'avait pas chez cette malade réduit le pédicule, bien qu'il l'eût fait souvent depuis nombre d'années. La méthode qui consiste à laisser le pédicule au dehors lui a toujours donné de bons résultats. Il pense qu'on peut trouver des indications favorables à l'une et à l'autre méthode. Il n'avait pas non plus employé la méthode antiseptique dans ce cas-là, bien que depuis quelque temps elle paraisse lui donner de bons résultats.

Bien que l'utérus ait été enlevé complètement, sauf la portion intravaginale du col, qui était restée saine, on était en droit de craindre qu'une récidive ne se produisît dans un délai relativement court. Il n'en a rien été jusqu'ici, et pourtant cette pauvre femme, marchande des quatre saisons, est loin de vivre dans des conditions d'hygiène et de bien-être favorables.

---

(1) Séance du 20 mars 1877.

Elle a été opérée au moment où elle n'avait plus ses règles, après l'âge de la ménopause; il n'y a donc pas lieu de s'étonner que la menstruation n'ait pas reparu après l'opération, tandis que, chez les malades encore jeunes sur lesquelles on a enlevé à la fois l'utérus et les deux ovaires, en conservant seulement la portion intra-vaginale du col, la menstruation a continué d'être régulière pendant un plus ou moins grand nombre d'années, jusqu'à l'époque de la ménopause. Chez plusieurs d'entre elles, pendant les premiers mois qui suivirent l'opération, il y eut au moment des époques un suintement sanguin, à l'angle inférieur de la plaie, plus abondant que chez les malades auxquelles on a pratiqué l'ovariotomie et chez lesquelles un suintement sanguin s'écoule également à ce niveau. Chez cette malade, ajoute M. Péan, comme chez les nombreuses hystérotomisées qu'il a déjà présentées à l'Académie, à diverses reprises, de même que chez toutes celles qu'il a dû soumettre à l'hystérotomie (et il a déjà publié les observations de quarante-six d'entre elles), il ne restait plus pour elles d'autre chance de salut que dans l'ablation de la tumeur, en même temps que de celle de la majeure portion de l'utérus. Il est évident que les trente succès qu'il a obtenus sur ce nombre lui paraissent suffisants à légitimer l'opération et à encourager les chirurgiens à ne plus abandonner les malades quand elles sont vouées à une mort certaine.

Il ne parle pas des malades affectées de tumeurs fibreuses simples, enflammées ou non, et qui leur permettent de vivre et de se livrer à leurs travaux. Il est appelé, non moins que les autres chirurgiens, à en voir journellement un grand nombre chez lesquelles ces tumeurs diminuent spontanément ou à l'aide d'un traitement médical approprié; il ne reconnaît comme passibles de l'hystérotomie que les malades qui, par suite de complications graves, sont vouées à la mort dans un délai plus ou moins long. Il a montré par ses statistiques que la guérison pouvait être obtenue dans des proportions des plus avantageuses. Il n'y a donc pas besoin de légitimer davantage la conduite de ceux qui cherchent à l'imiter, et c'est uniquement dans le but de montrer que la récidive peut ne pas avoir lieu chez les malades qui portent des tumeurs, en apparence malignes, du bord de l'utérus, qu'il présente aujourd'hui cette femme, dont il a montré autrefois les pièces à l'Académie, le jour même de l'opération.

La dernière malade présentée par M. Péan offre, à ces divers points de vue, un intérêt particulier.

Il y a deux ans, il a enlevé par le col un fibrome du corps de l'utérus, et il croyait avoir obtenu une guérison définitive, lorsqu'il y a six mois la malade revint avec une énorme tumeur fibrocystique et un état fébrile des plus intenses; elle était sur le point de succomber à des hémorrhagies et à des symptômes d'infection putride. Le doigt introduit dans la cavité du col, ayant montré que la plus grande partie de la tumeur était fluctuante, il incisa avec le thermocautère et évacua plusieurs litres de liquide; ceci fait, il reconnut qu'une partie de la tumeur était solide, s'implantait sur le fond de l'utérus et qu'elle était dès lors inopérable par le vagin; il introduisit par l'ouverture de la poche kystique un long tube fenêtré à double courant, afin de faire plusieurs fois par jour des injections antiseptiques, de modifier la tumeur et d'en amener l'atrophie. Au bout de quelques semaines, cet heureux résultat était obtenu après une réaction fébrile inquiétante; la guérison paraissait complète et définitive, lorsque la malade se présenta ces jours derniers pour la troisième fois à M. Péan, avec une énorme tumeur fibreuse de l'utérus. Il est donc évident que les moyens qui ont été employés pour éviter l'hystérotomie, ont été impuissants à entraver la marche de cette redoutable affection. Il présente cette malade pour montrer que l'hystérotomie, si elle avait été acceptée depuis longtemps, ne l'aurait pas laissée dans la situation fâcheuse où elle se trouve actuellement, tandis que les résultats qu'il a obtenus jusqu'ici par cette opération sont des plus encourageants.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Inspection médicale des écoles publiques.* — Le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux préfets la circulaire suivante :

« Monsieur le préfet, mon attention a été appelée à plusieurs reprises sur l'utilité qu'il y aurait, au point de vue de l'hygiène des écoles primaires, à organiser dans tous les départements un service de médecins inspecteurs de ces écoles.

« L'inspection primaire a, sans doute, le devoir de veiller à ce que les locaux scolaires soient établis dans des conditions satisfaisantes de salubrité et d'installation; mais les inspecteurs primaires, quels que soient d'ailleurs leur zèle et leur vigilance, ne possèdent en général que des connaissances médicales imparfaites, et certaines circonstances susceptibles d'influer sur la santé de la population enfantine peuvent leur échapper.

« Il m'a donc paru qu'il y a là une lacune à combler, et j'ai cherché les moyens de remédier à un état de choses qui ne peut se prolonger sans inconvénient.

« Le service d'inspection médicale des écoles primaires pourrait être organisé sur les bases suivantes :

« Il y aurait dans chaque canton un ou plusieurs médecins chargés de visiter dans leurs tournées de clientèle, les écoles publiques, au double point de vue de la salubrité des bâtiments et de l'état sanitaire des élèves. Ils auraient pour mission de veiller à ce que les conditions hygiéniques soient exactement remplies, d'adresser aux maîtres et aux familles des conseils opportuns et de fournir à l'occasion des renseignements utiles à l'Administration.

« Ce service d'inspection médicale, que je désire voir organisé dans toute la France, fonctionne déjà dans quelques grandes villes et en particulier à Paris, où il donne d'excellents résultats; déjà, en ce qui concerne spécialement les salles d'asile, l'article 16 du décret du 21 mars 1855 a prescrit la visite hebdomadaire d'un ou de plusieurs médecins nommés par le maire.

« Je me plais à penser que ce projet ne rencontrera dans l'application aucune difficulté sérieuse. Les hommes de bonne volonté ne manqueront certainement pas pour remplir ces fonctions de haute confiance pour lesquelles une légère rétribution pourrait au besoin être votée par les communes intéressées. Je ne doute pas, monsieur le préfet, qu'en faisant appel au dévouement du corps médical, toujours prêt chez nous à servir la chose publique, vous ne trouviez dans votre département le nombre de médecins nécessaire à l'organisation d'un service qui est digne de toute votre sollicitude. »

Un peu moins de phrases sur le dévouement du corps médical, et une *rétribution*, « *non pas légère* « et *pouvant* « *au besoin être votée par les communes* », mais en proportion avec les services réclamés, feraient bien mieux l'affaire du corps médical, qui, de tout temps et sous tous les régimes, se laisse trop exploiter.

— Une commission est instituée près le ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, à l'effet de diriger le classement et l'organisation des collections ethnographiques qui dépendent de ce ministère.

Sont nommés membres de cette commission : MM. l'amiral Pâris, président; Milne-Edwards, vice-président; le professeur Broca; Charton, sénateur; Maunoir, secrétaire général de la Société de géographie; Georges Périn, député; de Quatrefages, de l'Institut.

MM. Armand Landrin et le docteur Hamy sont chargés du classement desdites collections, sous la direction de ladite commission. Ils assisteront aux séances à titre consultatif, mais sans avoir voix délibérative.

— *Hôpitaux de Paris.* — La consommation annuelle du lait s'élèvera, pour l'année 1880, au chiffre de 1,418,000 litres, se décomposant de la manière suivante :

Hôtel-Dieu : 80,000. — Pitié : 70,000. — Charité : 60,000.

— Necker : 35,000. — Enfants-malades : 30,000. — Laënnec : 80,000. — Cochin : 20,000. — Midi : 5,000. — Lourcine : 15,000. — Maternité : 20,000. — Cliniques : 6,000. — Enfants-Assistés : 4,000. — La Rochefoucaud : 20,000. — Sainte-Périne : 23,000. — Chardon-Lagache : 7,000. — Salpêtrière : 320,000 — Saint-Antoine : 100,000. — Sainte-Eugénie : 15,000. — Saint-Louis : 50,000. — Tenon : 100,000. — Lariboisière : 80,000. — Maison municipale de santé : 45,000. — Beaujon : 35,000. — Ménages, à Issy : 30,000. — Devillas, à Issy : 5,000. — Bicêtre : 40,000. — Incurables, à Ivry : 120,000. — Saint-Michel et Lenoir-Jousseran, à Saint-Mandé : 3,000.

Le service de la boucherie exigera, pour la même période, un chiffre de 1,884,000 kilos, se décomposant ainsi :

Service de la boucherie centrale (à l'abattoir de Villejuif) : 1,850,000 kilos. — Service de l'hospice Brézin à Garche : 22,000 kilos. — Service de la succursale de l'hôpital des Enfants à Forges-les-Bains : 12,000 kilos.

Le service du charbon de bois exigera 3,000 doubles hectolitres.

Terminons cette petite énumération en disant que les hospices de la Salpêtrière et Bicêtre consommeront chacun 180,000 litres de vin.

— Sur les soixante élèves stagiaires qui viennent de sortir du Val-de-Grâce, la Faculté de médecine de Nancy compte treize de ses anciens élèves.

— Le service médical de nuit, qui fonctionne si heureusement à Paris, sera établi à Bordeaux, à partir du 1er janvier 1880.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Meleux, professeur d'anatomie, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite école.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Guérineau, professeur de clinique externe, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite école, en remplacement de M. Orilard, décédé.

— *École de pharmacie de Montpellier.* — M. Collot, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, pharmacien de première classe, est chargé provisoirement, pendant l'année scolaire 1879-1880, des fonctions d'agrégé.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Köhler (René), né à Saint-Dié (Vosges), le 7 mars 1860, est nommé préparateur de zoologie, en remplacement de M. Valentin, démissionnaire.

M. Vivier (Léon-Charles-Auguste), né à Malzéville (Meurthe) le 21 septembre 1861, est chargé des fonctions de préparateur de chimie agricole pendant la durée du congé accordé à M. Grandeau.

— M. le docteur Fort, professeur libre à l'École pratique de la Faculté, commencera un cours particulier de physiologie le vendredi 20 novembre 1879, à cinq heures, dans son amphithéâtre, 2, rue Antoine-Dubois, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. Ce cours, complètement indépendant du cours d'anatomie et de dissection commençant le 17, comprendra toute la physiologie et durera jusqu'au 25 mars. (Voir le *Nouveau Guide de l'étudiant*, 1880, page 81.) — S'adresser, pour les renseignements et pour l'inscription, 21, rue Jacob.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8901.

N° 135. — SAMEDI 22 NOVEMBRE 1879. 52e ANNEE. SAMEDI 22 NOVEMBRE 1879. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois.. 8 fr. 50 c. — Six mois... 16 — — Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le rédacteur habituel de la Revue clinique passe pour aujourd'hui la plume à l'un de ses jeunes collaborateurs. Le docteur Albert Brochin est allé la semaine dernière avec son maître, M. Péan, à Londres, pour y étudier sur quelques points l'état actuel de la chirurgie, et spécialement les procédés des chirurgiens anglais dans l'ovariotomie et les applications de la méthode de Lister à cette grave opération. C'est le résultat de cette étude faite sur place qui va faire le sujet de la Revue clinique de ce jour, à laquelle nous pourrions donner le titre de *Revue clinique hebdomadaire anglaise*.

#### L'ovariotomie à Londres.

Grâce à l'extrême obligeance de M. Spencer Wells et de MM. Bantoch et Fhomton, ses élèves, il nous a été donné d'assister à plusieurs ovariotomies. Nous croyons qu'il ne sera pas sans intérêt de faire connaître la façon dont les chirurgiens anglais pratiquent cette opération et de la comparer à celle des chirurgiens français. Dans cette étude comparative, c'est principalement la pratique de M. Spencer Wells, à Londres, et celle de M. Péan, à Paris, que nous aurons en vue.

Disons d'abord que l'ovariotomie est, en Angleterre, plus encore qu'en France, une opération de la pratique courante. Elle est si bien admise aujourd'hui que presque tous les chirurgiens de Londres la pratiquent, et il nous a semblé qu'ils la proposaient habituellement plutôt qu'on ne le fait ici, ce qui n'est peut être pas sans exercer une certaine influence sur leurs bons résultats. Il est juste d'ajouter que M. Spencer Wells n'a pas trouvé, dans ses débuts, moins d'obstacles ni d'oppositions de la part de ses confrères de Londres que n'en ont rencontré ses imitateurs à Paris. Mais tous les médecins anglais se sont rendus à l'évidence, et il serait impossible d'en trouver un seul aujourd'hui qui osât professer encore que l'ovariotomie est une opération presque toujours mortelle et qu'on ne doit pas pratiquer.

Nous ne dirons qu'un mot du traitement préventif que les ovariotomistes font subir à leurs malades : ce traitement consiste uniquement à relever autant que possible leurs forces par une bonne alimentation et des préparations toniques, et à les purger la veille ou l'avant-veille de l'opération. Cette conduite est exactement celle que suit et qu'a toujours suivie M. Péan.

Nous n'avons pas vu pratiquer d'ovariotomies dans de grands hôpitaux; c'est dans de petits établissements, comme *Samaritan Hospital*, ou dans des maisons particulières, qui ne contiennent qu'un petit nombre de chambres séparées, que M. Spencer Wells et ses élèves opèrent habituellement leurs malades. Il n'y en a jamais plus de trois à quatre dans la même chambre, et ces messieurs prennent soin de placer chaque nouvelle opérée en compagnie de celles qui sont en pleine convalescence. Ils ne paraissent pas attacher d'importance aux inconvénients qu'il peut y avoir à faire l'opération dans la chambre même où doit rester la malade. Nous pensons qu'il est préférable, comme le fait M. Péan, d'opérer dans une autre chambre, surtout avec l'emploi de la pulvérisation phéniquée, qui laisse dans la pièce une odeur qui ne plaît pas à tout le monde.

La température de la chambre où se fait l'opération n'est pas très-élevée (15 à 16°). Cette température est sensiblement inférieure à celle des chambres où M. Péan pratique habituellement ses opérations.

Les ovariotomistes, et nous pourrions dire le plus grand nombre des chirurgiens, aujourd'hui, à Londres, emploient la méthode antiseptique, et en proclament bien haut les bons effets. On sait en quoi consiste cette méthode. A l'aide d'un appareil pulvérisateur analogue à celui dont nous avons donné la description et le dessin dans la *Gazette des hôpitaux*, n° 75, p. 597, et qui est placé sur une petite table auprès du lit à opération, on constitue tout autour du champ opératoire une atmosphère de vapeurs phéniquées provenant d'une solution au vingtième. Cette pulvérisation est commencée dès que la malade est endormie et continuée pendant tout le temps de l'opération, jusqu'au moment du pansement. En outre, tous les instruments sont placés dans une cuvette spéciale, où ils trempent dans une solution au quarantième ; les éponges, les mains elles-mêmes de l'opérateur et des aides sont lavées dans le même liquide. Toutes les pièces du pansement sont également phéniquées.

Ajoutons aussi que la réduction du pédicule, dans les ovariotomies comme dans les hystérotomies, est aujourd'hui la règle en Angleterre. Si nous en parlons ici, c'est que ces

deux principes, emploi de la méthode antiseptique dans toute sa rigueur et réduction du pédicule, sont la base du manuel opératoire des ovariotomistes anglais. Nous en reparlerons plus loin; revenons à l'opération en elle-même.

La malade est couchée sur une table étroite où, une fois endormie, elle est fixée par une large courroie passant au-dessus des genoux; les jambes sont enveloppées dans une couverture de laine ; les mains sont attachées contre la table. Un tablier en caoutchouc, percé à son centre d'un trou de 20 centimètres de diamètre environ, est placé sur la patiente de façon à ne laisser à découvert que le ventre, sur lequel cette toile est fixée par une bande circulaire de diachylon. Au-dessous du lit est placé un récipient destiné à recevoir les liquides. Ce lit, d'une extrême simplicité, très-suffisant pour les cas ordinaires et les opérations qui ne durent pas plus d'une demi-heure à trois quarts d'heure, ne nous paraît pas valoir le lit imaginé par M. Péan, qui est disposé de telle façon que l'opérateur et ses aides sont assis et ne se fatiguent pas inutilement, qu'il peut être incliné en divers sens et que la malade peut être facilement transportée dans sa chambre sans la moindre secousse. Ce lit, qui sert à M. Péan depuis plus de dix ans, est décrit et figuré à la planche V du travail qu'il a fait en collaboration avec Urdy sur l'hystérotomie.

Avec la simple table dont se servent les chirurgiens de Londres, l'opérateur est placé debout à la droite de la malade; le seul aide qui l'assiste, de l'autre côté, en face de lui, est celui qui administre l'agent anesthésique à la tête du lit, derrière la malade. L'opérateur prend lui-même ses instruments, placés sur une petite table à sa droite.

Les agents anesthésiques que l'on emploie de préférence, à Londres, sont le chloroforme, le bichlorure de méthylène ou le protoxyde d'azote au début, puis l'éther. M. Spencer Wells préfère le bichlorure de méthylène, comme provoquant moins de vomissements. Il y a plusieurs années déjà que M. Péan l'a employé, sans lui trouver d'avantages sur le chloroforme. Au lieu de la simple compresse dont nous nous servons ici pour administrer le chloroforme, ces messieurs ont recours à un appareil spécial, dont s'est servi autrefois M. Péan, et qui se compose d'un flacon dont le bouchon, muni d'une canule plongeant dans le liquide, est en communication, par deux tubes en caoutchouc, d'une part avec un masque et, d'autre part, avec une poire insufflatrice. Il est facile, à l'aide de cet appareil, de graduer l'administration de l'agent anesthésique et de suivre assez régulièrement les inspirations de la patiente. Nous le préférons, quant à nous, à la simple compresse recouverte de taffetas gommé dont se sert M. Péan.

Les instruments préparés pour une ovariotomie sont : un bistouri, des ciseaux, une large sonde cannelée en forme de spatule, dix à douze pinces hémostatiques, de grandes pinces porte-éponges, quatre fortes pinces à mors plats et à griffes, un gros trocart muni d'un tube et de griffes sur ses côtés, une forte aiguille courbe à manche pour lier le pédicule, une pince porte-aiguille, des aiguilles enfilées d'avance et du fil de soie. Tous ces objets trempent dans la solution phéniquée. Ce petit nombre d'instruments, parfaitement suffisant d'ailleurs pour la grande majorité des cas, comparé au luxueux arsenal de M. Péan, nous a quelque peu frappé. Sans vouloir blâmer cette extrême simplicité, nous pensons toutefois qu'il est toujours plus prudent de se mettre en garde contre l'imprévu et de toujours se munir, selon l'exemple de M. Péan, de tout ce qui peut être nécessaire dans les cas les plus compliqués.

Nous avons été heureux de voir les chirurgiens anglais pratiquer le pincement des vaisseaux selon les règles établies par M. Péan (1). Les pinces qu'ils emploient sont à peu de chose près les mêmes que les nôtres; elles sont seulement un peu plus fortes, ce qui est un avantage.

Voici comment procède M. Spencer Wells dans les cas de kystes ovariques simples sans complications particulières : la malade une fois endormie, il fait sur la ligne médiane une incision en rapport avec le volume de la tumeur, mais toujours aussi petite que possible (de 6 à 8 centimètres en moyenne). Il incise ainsi successivement les diverses couches qui forment la paroi abdominale; le péritoine est incisé sur la sonde cannelée. Des pinces sont appliquées sur les vaisseaux saignants. Le kyste, une fois mis à nu sur une très-petite étendue, est attiré à l'aide de pinces à griffes, le plus possible en dehors et immédiatement ponctionné ou même incisé avec le bistouri. Dans ce dernier cas, le liquide s'écoule librement sur le tablier de caoutchouc, et, bien que l'ouverture du kyste ne soit faite que sur la partie attirée au dehors, il tombe forcément du liquide dans la cavité abdominale. Le kyste une fois vidé est maintenu au dehors, détaché de ses adhérences, s'il en existe: la cavité péritonéale est soigneusement épongée, et, arrivé sur le pédicule, le chirurgien le lie en un ou plusieurs points, suivant sa disposition et son étendue. Les vaisseaux qui donnent du sang et qui ont été pincés sont liés successivement avec le même fil de soie; la cavité péritonéale est bien épongée de nouveau, le pédicule réduit et les parois suturées. Pendant qu'on fait la suture, une éponge plate est maintenue au-dessous des parois, où elle est laissée jusqu'à la fin de l'opération.

La suture est faite de bas en haut à l'aide de fils munis, à chaque extrémité, d'une aiguille droite; chaque aiguille est passée, de chaque côté, à travers le péritoine et la paroi, de dedans en dehors. Les fils ainsi passés, maintenus ensuite par l'aide, sont assez rapprochés les uns des autres et successivement noués. Avant de nouer le dernier, le chirurgien retire l'éponge qui a été placée au-dessous de la paroi, passe une sorte de spatule destinée à bien aplatir le péritoine contre la paroi, et termine l'opération en liant le dernier fil.

Cette manière de procéder diffère sur plusieurs points de celle de M. Péan, que nous considérons comme classique aujourd'hui en France. Relativement à l'incision d'abord, ces messieurs s'attachent à la faire aussi petite que possible, au risque même de se trouver gênés par la suite dans les manœuvres nécessaires pour détacher les adhérences ou aller à la recherche du pédicule. Nous ne pensons pas qu'il y ait un sérieux inconvénient à prolonger de 2 ou 3 centimètres cette incision, surtout si cette prolongation doit faciliter les manœuvres ultérieures. Tandis que M. Spencer Wells et ses élèves ne se servent que d'éponges et ne prennent pas de précautions particulières pour empêcher une partie du sang ou des autres liquides de tomber dans la cavité péritonéale, ni les anses intestinales d'être exposées à l'air libre, M. Péan, comme on sait, se sert de serviettes chauffées à la température du corps et à l'aide desquelles ses aides maintiennent les intestins dans la cavité abdominale et ne laissent faire issue au dehors que la poche kystique elle-même. En outre, M. Péan ponctionne toujours le kyste avec un gros trocart en communication avec une pompe aspiratrice, ce qui lui permet de vider très-rapidement les kystes

(1) *Du pincement des vaisseaux comme moyen d'hémostase*, 1877.

les plus volumineux. Enfin il se servait encore, dans ces derniers temps, de fils de catgut pour la ligature du pédicule et des vaisseaux. Il procédait successivement à la réunion du péritoine par des fils de soie, et à celle des parois par la suture entortillée.

Dès qu'ont été connus en France les bons effets de la méthode de Lister, M. Péan n'a pas hésité à l'appliquer dans ses opérations de gastrotomie. Mais il faut bien reconnaître qu'il ne l'avait pas appliqué jusqu'ici avec toute la rigueur des chirurgiens anglais; il se contentait, en effet, de faire laver les mains des aides dans une solution beaucoup moins concentrée que celles qui sont employées à Londres, et de faire pulvériser pendant tout le temps de l'opération de l'eau phéniquée au vingtième sur le champ opératoire. A Londres, les ovariotomistes ne s'en tiennent pas à ces mesures principales de la méthode de Lister. Non-seulement les mains des aides, mais les instruments, les éponges, les fils, tout, en un mot, ce qui doit approcher, de près ou de loin, le malade est trempé, saturé, pourrait-on dire, d'acide phénique. Quant à la pulvérisation, M. Péan l'a pratiquée dès le principe, comme l'indique M. Lister.

Il est une autre particularité dans la façon de faire des ovariotomistes anglais, qui mérite notre attention : c'est le petit nombre d'aides dont ils se font assister. Tandis que MM. Spencer Wells, Bantoch, Fhomton, dans les ovariotomies que nous leur avons vu pratiquer, se contentent de deux ou trois aides au plus, M. Péan, jusqu'ici, n'en a jamais eu moins de quatre, ainsi disposés : deux assis de chaque côté de la malade et un pour le chloroforme. Cette différence n'a rien qui doive surprendre quand on songe aux précautions minutieuses que prend M. Péan pour protéger la cavité abdominale contre l'influence des agents extérieurs, pour faire éponger continuellement les parties saignantes, pincer immédiatement tout vaisseau ouvert, et ne mettre les organes intra-abdominaux qu'en contact avec des serviettes chauffées à une température égale à celle du corps.

Nous ne ferons aucune difficulté de reconnaître que les opérations que nous avons vu pratiquer par ces messieurs à Londres ont été, de tous points, fort bien conduites et assez rapidement menées à bonne fin; mais qu'il nous soit permis de faire observer que, dans ces sortes d'opérations, l'imprévu joue toujours un rôle assez important pour qu'on soit plus excusable de pécher par excès de précautions que par une trop grande confiance. Il faut ajouter que nos confrères d'outre-Manche, opérateurs et aides, apportent, dans leurs opérations, un sang-froid, un calme, un flegme, en un mot, qu'on trouve rarement chez nous. Tout se fait avec une méthode, une régularité, un silence qui inspirent aux assistants une réelle confiance.

Reste la question du pansement et des soins consécutifs : le pansement tel que le font aujourd'hui les chirurgiens de Londres est des plus simples et se compose de quelques carrés de gaze phéniquée préparée d'avance, appliquée directement sur le ventre, d'un peu d'ouate, de larges bandes de diachylon maintenant et comprimant tout l'abdomen et d'une ceinture de flanelle. Ce premier pansement n'est levé que le huitième jour, sauf, bien entendu, des indications particulières. M. Péan employait déjà depuis quelque temps le pansement dit de Lister, qui se compose, comme on sait, du protective, de la charpie phéniquée, du mackintoch et de l'ouate phéniquée. Il laissait également ce premier pansement plusieurs jours.

Quant aux soins consécutifs, les chirurgiens anglais font administrer aux opérées, si elles souffrent plusieurs petits lavements laudanisés. En cas de vomissement, ils prescrivent la glace à l'intérieur et soutiennent les malades avec des lavements ainsi composés : thé de bœuf, porto, jaune d'œuf, de chaque 30 grammes. Si du second au troisième jour la température s'élève au-dessus de 40, ils appliquent sur la tête le bonnet de glace imaginé par M. Spencer Wells; ce bonnet est formé d'un long tube en caoutchouc disposé en spirale, dont une extrémité est en communication avec un seau placé au-dessus du lit et rempli d'eau glacée, et dont l'autre extrémité aboutit à un récipient quelconque placé au-dessous du lit. A l'aide d'un robinet, on peut graduer l'écoulement d'eau glacée, qui doit se faire continuellement par ce tube en spirale, coiffant complètement la malade. M. Spencer Wells aurait obtenu de très-bons effets de ce moyen contre l'hyperthermie. Enfin, si la malade présente des symptômes de péritonite, on l'enveloppe dans des draps mouillés, jusqu'à ce que la température baisse. S'il y a du tympanisme, on facilite l'évacuation des gaz par l'introduction dans le rectum d'un long tube analogue à une sonde œsophagienne et qu'on laisse à demeure; puis on donne, à plusieurs reprises dans la journée, du sulfate de quinine à la dose de 20 à 30 centigrammes. Sans rechercher la constipation, ces messieurs ne font rien, dans les premiers jours, pour faciliter les garde-robes. Ils ne se pressent pas d'alimenter leurs opérées, et les laissent volontiers plusieurs jours avec les seuls lavements nutritifs dont nous avons fait connaître la composition.

Il est plusieurs points dans ce mode de traitement consécutif qui nous ont quelque peu frappé : d'abord, les doses énormes de laudanum que l'on donne en lavement; en effet, il y a des opérées qui prennent jusqu'à 60 et même 80 gouttes de laudanum dans les vingt-quatre premières heures! Il y a lieu de penser que les femmes anglaises ont pour ce médicament une tolérance plus grande que nos compatriotes. Nous serions même disposés à croire que cette différence n'existe pas seulement au point de vue de la tolérance pour les narcotiques, mais aussi au point de vue de l'impressionnabilité. Toutes les malades que nous avons vu opérer à Londres faisaient preuve d'autant de calme et de sang-froid que leurs opérateurs. On sait que la plupart du temps il est loin d'en être ainsi chez nous. Sans vouloir rien ôter à l'habileté et au talent des ovariotomistes anglais, on nous permettra de faire observer que ces différences, très-tranchées entre les deux nations, n'est peut-être pas sans influence sur le résultat ultime des opérations. Quoi qu'il en soit, les résultats obtenus par nos confrères de Londres sont évidemment des plus encourageants; ils se seraient, disent-ils, sensiblement améliorés, surtout depuis qu'ils appliquent la méthode de Lister dans toute sa rigueur et qu'ils se sont fait une règle de réduire toujours le pédicule.

Dans sa pratique déjà longue de l'ovariotomie et de l'hystérotomie, M. Péan a eu recours nombre de fois à cette méthode de la réduction du pédicule; elle lui a donné jusqu'ici de bons résultats; mais, outre qu'il ne la trouve pas tout à fait exempte de dangers, il pense qu'il est des cas où il est bien préférable de laisser le pédicule au dehors, en le fixant à l'angle inférieur de la plaie. C'est donc là, pour lui, une question d'indication et non de règle générale.

Le traitement consécutif qu'il fait suivre à ses opérées diffère notablement de celui que nous venons de faire connaître : il préfère aux lavements laudanisés les suppositoires de morphine, comme étant d'une application plus facile et

moins fatigante pour les malades, d'un effet plus sûr. Dès les premiers instants, il a recours aux boissons alcooliques (eau-de-vie, champagne, etc.), glacées s'il y a des vomissements. Dès le second jour, il donne du sulfate de quinine et de l'alcoolature d'aconit, à doses assez élevées, en potions, en lavements ou sous forme de granules de Burggraeve. Suivant les indications et suivant les années, il a fait appliquer de la glace sur le ventre des opérées, pendant plusieurs jours. Enfin, dès le troisième jour, s'il n'est survenu aucun accident et si la température ne s'élève plus, il alimente fortement ses malades, ce qui leur permet le plus habituellement de pouvoir se lever avant le quinzième jour et de quitter la maison de santé après quinze à vingt jours.

En résumé, les ovariotomistes de Londres semblent obtenir depuis quelque temps des résultats plus satisfaisants que par le passé et n'hésitent pas à les attribuer à l'emploi de l'acide phénique. M. Péan, de son côté, depuis près d'un an qu'il emploie également la pulvérisation et le pansement phéniqués, a eu une série des plus heureuses. Il est juste d'ajouter qu'il a également obtenu des séries fort heureuses avant l'emploi de cette méthode. Mais, devant les affirmations aussi précises de MM. Spencer Wells, Bantoch, Fhomton, Barnes, Doran, etc., nous n'hésiterions pas, quant à nous, à continuer de nous en servir, tout en prenant les mêmes précautions que par le passé pour protéger la cavité péritonéale et les intestins.

M. Félix Guyon, de retour d'un voyage à Londres, où il venait de voir opérer M. Thompson, déclarait que, si jamais il devenait calculeux, il se ferait opérer par cet éminent chirurgien; ce à quoi M. Thompson répondait que, s'il avait la pierre, il viendrait se la faire broyer à l'hôpital Necker. MM. Spencer Wells et Péan ne pourraient se donner mutuellement la même marque de confiance pour l'ovariotomie, ce qui ne les empêche pas de professer l'un pour l'autre une réelle et sincère confiance.

Dans une visite, malheureusement un peu courte, que nous avons faite à M. Lister dans son service de *King' College Hospital*, nous avons pu voir, M. Péan et moi, quelques cas intéressants, et nous avons pu recueillir de M. Lister lui-même de précieux renseignements sur les avantages réels de la méthode antiseptique appliquée à divers cas.

Il en est de même d'une visite que nous avons faite à l'hôpital Saint-Thomas, sous la conduite extrêmement obligeante de M. Mac-Cormac. Nous en parlerons dans un autre article, nous bornant pour cette fois à ce qui concerne spécialement l'ovariotomie. Qu'il nous soit permis, en terminant, d'adresser nos bien sincères remerciements à tous ces messieurs, et plus particulièrement à MM. Spencer Wells, Harth, Mac-Cormac et Barnes, pour leur bienveillant accueil. J'ai été, quant à moi, profondément touché de la haute estime que les chirurgiens de Londres montrent à l'égard des représentants de la presse et de la chirurgie françaises.

Dr Albert Brochin.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Anomalie très-rare dans la conformation de la matrice.** — M. le docteur Camille Meunier-Quéaux (de Reims) signale dans sa thèse inaugurale (Paris, 1879) un fait nouveau et inconnu jusqu'à présent, tant au point de vue bibliographique que comme disposition anatomique. Il s'agit d'un *utérus duplex semipartitus, globularis, bicollis*. La malade a été observée dans le service de M. Martineau, à Lourcine. On a constaté chez elle l'existence d'une matrice double, dont les cavités, indépendantes dans leur portion antérieure, communiquent par leur fond qui est unique. Il y avait en effet deux orifices du col, l'un présentant l'aspect d'un col utérin après trois accouchements, l'autre ayant l'aspect d'un col nullipare. En introduisant une sonde métallique dans chaque orifice, on s'apercevait que le cathéter jouait facilement dans la cavité gauche, tandis qu'il était très-serré dans la cavité droite. On constata par un bruit sec que les extrémités des cathéters se touchaient dans le fond de l'utérus, tandis qu'ils étaient séparés l'un de l'autre dans la partie la plus rapprochée du col.

Dans ce cas, le cloisonnement intérieur, médian et longitudinal de la matrice, est incomplet, tandis que la forme et l'extérieur de l'utérus semblent normaux. Ce qui fait l'intérêt et la singularité du cas que nous rapportons, c'est que les deux cols sont plus qu'accollés; ils sont complètement confondus extérieurement, bien que munis chacun d'un orifice externe nettement distinct, et d'un canal cervico-utérin particulier. De plus, et surtout, la cloison incomplète, au lieu d'exister dans le fond de l'utérus et de se prolonger plus ou moins en avant sous forme de languette médiane, d'éperon, de tissu utérin dirigé dirigé d'arrière en avant, du corps et du fond vers le col, a disparu dans la partie postérieure de la cavité utérine qui est unique et non divisée, et n'a persisté que dans le tiers antérieur environ de cette cavité, dans la portion cervicale et dans celle qui unit le corps et le col de l'utérus.

L'auteur conclut que cette malformation, comme toutes les malformations utérines, est due à l'arrêt de développement, qui empêche la résorption des cloisons qui séparent les organes doubles à l'état rudimentaire. Cette résorption s'opère de bas en haut, ou, autrement dit, d'avant en arrière. Dans le travail de formation, il peut y avoir un arrêt de développement à n'importe quelle période de ce travail; et, suivant l'époque de son apparition, cet arrêt donne naissance à une variété spéciale de malformation utérine. L'arrêt de développement qui survient à la fin du troisième mois, mais sans être d'emblée définitif, donne lieu à l'utérus que nous venons de décrire. Cet utérus *duplex semipartitus bicollis* permet la menstruation, la fécondation, la gestation et la parturition normales. Cette anomalie utérine est d'ailleurs compatible avec la santé, et le diagnostic peut en être fait pendant la vie, comme le prouve l'exemple de la malade qui fait le sujet de cette observation, et qui est sortie guérie de l'hôpital, où elle était entrée pour une métrite.

**Fracture par arrachement du petit trochanter.** — M. Julliard (de Genève) publie une observation de cette fracture, non encore décrite dans les auteurs : il s'agit d'un vieillard de quatre-vingt-deux ans, qui tomba sur le côté, en se levant de son lit. Il ne lui fut pas possible de se relever; on diagnostiqua une fracture du col du fémur. Le malade ayant succombé, on trouva à l'autopsie une vaste effusion sanguine dans les muscles de la cuisse, dans le psoas iliaque et dans la hanche. L'articulation coxo-fémorale était intacte. Point de fracture du col; en revanche, une fracture du petit trochanter. Ce dernier, à l'insertion du psoas iliaque, était arraché de l'os, auquel il ne tenait plus que par un lambeau de périoste. L'extrémité supérieure du fémur était creusée d'une cavité grosse comme une petite noix et présentait une dégénérescence sarcomateuse.

En résumé, la fracture du petit trochanter est accompagnée des symptômes suivants : déformation de la hanche et de la cuisse, ecchymose, impuissance du membre et rotation en dehors, exactement comme dans les fractures du col du fémur; point de raccourcissement, point d'épanchement dans le genou, ni de crépitation. (*Progrès méd.*)

**Une chaîne d'or disparue dans le tissu cellulaire sous-cutané du cou.** — Une jeune fille de dix-huit ans s'était appliqué autour du cou une chaîne d'or, dans le but d'arrêter le développe-

ment d'un goître, affection très-commune à Lassalle (Gard). M. Bourguet, appelé six à huit mois après, pour en faire l'extraction, s'attendait à trouver le collier au fond d'un sillon cutané plus ou moins profond ; mais quelle ne fut pas sa surprise quand il ne vit que deux ou trois bouts de chaîne, sortant par autant d'orifices, et communiquant avec des trajets sous-cutanés. Tout le reste du collier avait disparu à travers la peau, laquelle s'était refermée par dessus, de sorte que le cou était entouré d'une petite cicatrice, blanche ici, rougeâtre plus loin, sous laquelle on sentait un corps dur et peu mobile. Pour faire l'extraction de la chaîne, il fallut inciser la cicatrice, et, le collier étant chargé sur un stylet, le sectionner avec de forts ciseaux avant d'en extraire les fragments avec des pinces ordinaires. En un point même il fallut chercher le collier à 1 centimètre de profondeur, et disséquer ses adhérences.

La partie de la chaîne enlevée par dissection était double et avait une longueur de 15 à 18 centimètres. Cette chaîne était englobée dans les tissus qui remplissaient les différents anneaux. C'était un de ces colliers à petits anneaux, pouvant faire trois fois le tour du cou et venant se fixer en avant à une plaque rectangulaire.

Il est facile de se rendre compte de la façon dont le collier a pénétré sous la peau, car la jeune fille tirait souvent dessus ; par conséquent, la chaîne aura peu à peu usé la peau, l'aura ulcérée sans grandes souffrances, et pénétrant petit à petit à travers, au moyen de ce sillon circulaire d'ulcération, elle aura été enfermée par les bourgeons charnus qui se seront cicatrisés par dessus. (*Lyon méd.*)

**Diagnostic et traitement d'une rupture de vessie.** — Le docteur Heath rend compte (*The Lancet*) d'un cas de rupture de la vessie qu'il a eu à traiter quarante heures après l'accident. Le malade présentait une tension extraordinaire du bas-ventre. Le cathéter amena une évacuation d'urine sanguinolente. De l'eau chaude introduite au moyen d'une seringue se faisait sentir jusque dans le « creux » de l'estomac et dans la région rénale.

La laparotomie fut pratiquée après éthérisation. La blessure de la vessie fut fermée au moyen d'une suture courante avec du catgut, le cathéter laissé en permanence. L'urine, demeurée claire pendant cinq jours, redevint sanguinolente, une péritonite se déclara et le malade mourut six jours après l'accident.

A l'autopsie, on trouva que la partie inférieure de la blessure de la vessie s'était rouverte, sans doute parce que la suture avait été faite avec du catgut et que le fil avait peut-être été coupé trop près du nœud. (*Mouvem. méd.*)

**Bronchite grave due à l'inhalation de vapeurs d'acide hypo-azotique.** — M. Tandler rapporte (*Arch. der Heilk.*) l'observation d'un homme de vingt-cinq ans, fortement constitué, apporté à l'hôpital dans un état de dyspnée extrêmement grave. Visage cyanosé, yeux injectés, pupilles contractées et sans réaction. Respiration fréquente et pénible, parole impossible, pouls accéléré, plein. Dans le thorax, râles muqueux de diverses grosseurs, généralisés. La personne qui l'accompagne raconte que cet état dure depuis le jour précédent. Le malade avait été occupé à préparer du cirage et versait de l'acide nitrique sur du fer métallique. Une vapeur rougeâtre remplit la salle, où il resta pendant une demi-heure, toussant et craignant d'étouffer. Cependant, le malaise augmentant et se compliquant d'une sensation de resserrement, il sortit et se promena une heure durant. Quatre à cinq heures seulement après l'inhalation du gaz, l'oppression augmenta et la toux devint gênante.

Le malade guérit du reste rapidement de sa bronchite qui n'était remarquable que par son extrême acuité et par sa généralisation. Des exemples de ce genre sont rares. Hirt dit n'en avoir jamais observé. Les cas de Sucquel, Charier et Desgranges se sont terminés par la mort. (*Ab. méd.*)

**Migrations d'un épillet d'avoine, du pharynx au conduit auditif externe.** — Une femme tenant entre les dents un épi d'avoine, en avale un épillet. Aussitôt elle éprouve à droite, près de la base de la langue, la sensation d'une égratignure, d'une piqûre, qui le lendemain remonte peu à peu. Les douleurs augmentèrent en même temps que survint une inflammation suppurative de l'oreille moyenne, avec perforation de la membrane du tympan. Dans l'ouverture s'engagea l'épillet que l'on aperçut au fond du conduit auditif externe ; son extraction faite, la guérison complète fut rapide. (*Berl. klin.* et *Lyon méd.*)

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 novembre 1879. — Présidence de M. Tillaux.

### PLACE VACANTE

M. LE PRÉSIDENT annonce que, le bureau ayant déclaré vacante la place de M. Paulet, il y a lieu de pourvoir à l'élection d'un membre titulaire. Les candidats sont invités à poser leur candidature par une *nouvelle* lettre.

### CORRESPONDANCE

**Ovariotomie antiseptique** — M. J. BOECKEL (de Strasbourg adresse à la Société une note sur des opérations d'ovariotomie pratiquées d'après la nouvelle méthode, qui consiste à réduire le pédicule dans l'abdomen, au lieu de le fixer, comme autrefois, dans l'angle inférieur de la plaie. Parmi les quatre observations citées par M. Bœckel, signalons une ovariotomie pratiquée avec succès pendant la grossesse de la malade et une laparotomie pratiquée avec succès chez une malade atteinte d'ascite, que l'on croyait atteinte d'un kyste de l'ovaire.

### LECTURE

**De la section des nerfs ciliaires et du nerf optique, substituée à l'énucléation du globe oculaire.** — M. Abadie fait une communication sur ce sujet. La plupart des auteurs pensent que l'ophthalmie sympathique se fait par irritation des nerfs ciliaires plutôt que par celle du nerf optique. La section de ces nerfs peut donc arrêter cette ophthalmie sympathique ; on pourrait la substituer à l'énucléation. Cette section se fait avec un ténotome ; on coupe les nerfs ciliaires, le nerf optique et l'artère centrale. M. Abadie a pratiqué cette opération dix-huit fois depuis un an : trois fois la section a été faite sur des yeux perdus et non déformés ; après la section, la cornée est restée avec un aspect presque normal. Dans des cas de moignons douloureux, la coque artificielle a été supportée facilement après la section. Dans un cas où le volume du globe oculaire staphylomateux était considérable, une incision de la sclérotique, maintenue béante pendant huit jours, a donné issue à du corps vitré, et a amené une atrophie progressive de l'œil. Après la section des nerfs ciliaires, le moignon a pu soutenir une pièce artificielle. Le procédé opératoire consiste à sectionner le tendon du droit externe, dénuder la sclérotique en haut et en bas, jusqu'au niveau du nerf optique que l'on coupe avec des ciseaux ; on luxe l'orbite, et alors, voyant le nerf optique, avec des ciseaux mousses on sectionne les nerfs ciliaires et l'on remet l'œil en place. Cette dénudation du pôle postérieur de l'œil luxé n'amène pas de gangrène, les vaisseaux du segment antérieur étant suffisants pour la nutrition de l'organe. Le bandage compressif est appliqué pendant quarante-huit heures, avec un pansement phéniqué (1/100e) et de la glace pour maintenir la température à 3 ou 4 degrés.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA MOBILISATION DES ARTICULATIONS MALADES.

M. BERGER. J'ai observé plusieurs cas dans lesquels la mobilisation artificielle a été nuisible aux malades et a amené des accidents inflammatoires suivis d'ankylose. J'ai vu, en 1877, un homme tombé de haut, qui se fit une fracture transversale de l'extrémité inférieure de l'humérus, avec plaie du coude. Il fut traité par le pansement ouaté de Guérin : vingt-huit jours après, j'enlevai le pansement et

je trouvai le membre dans la raideur, mais pouvant faire une demi-flexion; quinze jours après, j'enlevai l'appareil silicaté, et je tentai d'imprimer au coude quelques mouvements de flexion et d'extension, sans faire souffrir le malade. Cependant cela suffit pour provoquer, le lendemain, une inflammation violente suivie d'abcès fistuleux, puis d'ankylose totale de l'articulation du coude. M. Guérin eut un homme de vingt-cinq ans, atteint de luxation du coude avec fracture et plaie; il le plaça dans son pansement ouaté, et, quatre à cinq semaines après, il obtint la guérison. Alors il voulut accroître les mouvements de l'articulation, essaya la flexion artificielle. Il eut les mêmes résultats que moi, inflammation violente, fistules et ankyloses.

J'observe à la Charité un malade qui, il y a cinq ans, à la Plata, reçut un coup de feu au coude; plusieurs séquestres ont été éliminés. Le coude avait conservé un peu de flexion, la supination et la pronation. Voulant recouvrer une plus grande amplitude de mouvements, cet homme se fit traiter par un médecin qui lui réséqua 3 centimètres de tissu osseux: une fistule et des phénomènes inflammatoires ont suivi cette opération; aujourd'hui le membre est presque dans l'extension avec ankylose osseuse. Depuis un an, on a tenté, tous les mois, de mobiliser cette articulation: chaque fois on provoque des poussées inflammatoires, et actuellement cet homme est encore aux prises avec un érysipèle. J'ai vu aussi, à Saint-Antoine, un homme atteint de fracture de jambe vers la région tibio-tarsienne, avec plaie et fracture du coude. Je dus réséquer une partie de l'extrémité saillante de l'humérus pour réduire la fracture: je laissai le malade dans un pansement ouaté; en quarante jours, la cicatrisation du coude était presque complète; les mouvements ont persisté dans l'articulation, flexion et extension dans une amplitude d'environ 40 degrés. Je viens de traiter, à la Charité, un autre malade tombé d'un échafaud, et qui avait une fracture compliquée de la cuisse avec une fracture du coude aussi compliquée de deux plaies. Je plaçai à la cuisse un appareil de Scultet, et je mis le bras dans un pansement ouaté. Trente jours après, la cuisse présentait une réunion profonde et la plaie du coude était cicatrisée, avec conservation de mouvements assez étendus de flexion, d'extension, de supination et de pronation.

Tous ces faits semblent donc montrer que l'ankylose totale a été le résultat de l'intervention chirurgicale. Quant aux cas de fractures sans plaies (surtout pour le coude), je puis encore citer quelques faits. M. Barthommier a conclu, dans sa thèse sur les fractures du coude chez les enfants, que l'ankylose n'est pas la suite des manœuvres intempestives. J'ai observé un écolier atteint de luxation du coude avec fracture; j'immobilisai le membre pendant trois semaines. En levant l'appareil, je trouvai la raideur dans l'articulation; je voulus imprimer quelques mouvements, avec précaution; ces manœuvres provoquèrent des poussées inflammatoires, de la douleur et du gonflement qui m'obligèrent à pratiquer une nouvelle immobilisation. Plus tard, ayant chloroformisé le malade, je rompis les adhérences; cette opération provoqua encore une fois de l'inflammation et du gonflement, accompagnés même d'un certain degré d'atrophie musculaire. J'eus recours aux douches, au massage, aux courants continus descendants, etc.

L'amélioration est venue six mois après d'une façon remarquable; l'extension seule laisse encore à désirer. A la Pitié, j'ai vu une jeune fille atteinte d'ankylose du coude, à la suite d'une arthrite provoquée par une chute. La raideur était totale. J'administrai du chloroforme et j'imprimai au coude des mouvements d'extension et de flexion forcés; ces tentatives n'eurent guère de succès et lassèrent la malade, qui sortit de l'hôpital. Je citerai enfin l'histoire d'une femme âgée de plus de cinquante ans, qui fit une chute violente sur ses deux coudes, et eut une fracture de la partie interne et articulaire de l'humérus gauche, et une contusion du coude droit avec épanchement sanguin. Je fis l'immobilisation, avec compression au moyen de la ouate, pendant seize ou dix-huit jours, du côté de l'entorse; la fracture fut immobilisée pendant trente jours. L'aspect des deux membres était identique; la raideur était égale des deux côtés. Je tentai la mobilisation sans succès; ce qui provoqua des poussées inflammatoires. Je rompis les adhérences, manœuvre qui fut encore suivie d'inflammation. Je conseillai alors à la malade de faire elle-même les mouvements de mobilisation; et je lui prescrivis les courants continus descendants faibles. Les mouvements sont assez bien revenus; et, chose remarquable, c'est du côté de la fracture qu'ils sont le plus complets.

Je puis donc conclure, sans nier l'action parfois utile de la flexion forcée, que la mobilisation artificielle a toujours produit des accidents inflammatoires suivis de désordres permanents, et qu'elle semble avoir retardé le retour du membre à son fonctionnement normal. Je rappellerai ici, avant de terminer, que déjà, dans ma thèse inaugurale, je soutenais que les raideurs du genou consécutives aux fractures de cuisse étaient l'effet de la fracture elle-même plutôt que celui de l'immobilisation prolongée, l'épanchement articulaire et l'arthrite consécutive du genou étant des causes bien suffisantes pour expliquer ces raideurs. M. le professeur Guyon en a d'ailleurs donné la preuve en employant les révulsifs et la compression dans les fractures de rotule.

M. VERNEUIL. Je serais fort reconnaissant à mes collègues si chacun d'eux voulait imiter l'exemple donné par M. Berger et par moi: nous avons signalé les cas où la mobilisation nous a donné des résultats funestes; or il est impossible que nos collègues n'en aient pas, eux aussi, observé des exemples. Que chacun apporte donc ses observations personnelles et l'on pourra instruire avec fruit cette grande question, si importante au point de vue pratique.

### PRÉSENTATION DE PIÈCE

**Enfoncement des os du crâne. — M. LANNELONGUE.** Je présente une pièce d'enfoncement du crâne chez un enfant âgé de huit ans. Le 12 novembre dernier, à midi, ce petit garçon a reçu un coup de pied de cheval. On l'apporta deux heures après à l'hôpital, où l'interne constata que les mouvements réflexes étaient conservés, qu'il n'y avait plus de paralysie, mais l'enfant ne répondait pas aux questions. Le blessé passa la soirée sans fièvre, et resta dans le même état de somnolence, dont on ne le tirait que difficilement. Il ne nous répondait que par des grognements; je constatai seulement une espèce de mâchonnement du côté des mâchoires, et des grincements de dents. Pas de paralysie de la face ni des membres. Une plaie existait sur la région latérale gauche du crâne, à la région fronto-pariétale, et il y existait une dépression des os du crâne qui étaient enfoncés dans une étendue de 2 centimètres 1/2 de longueur sur 2 centimètres de largeur.

Deux fragments d'os brisé sur le milieu formaient là deux plans inclinés; ils étaient mobiles. Je les enlevai en les soulevant avec des pinces, une sonde cannelée et un stylet. Le fond de la plaie était encore rouge; c'était encore une lame osseuse appartenant à la table interne de l'os; elle était un peu mobile, et je pus encore l'extraire, mettant ainsi à nu la dure-mère avec son aspect blanc caractéristique. Mais celle-ci était déchirée. Cette opération ne soulagea guère le petit malade. Cependant la température augmentait tous les jours; de 36°, elle vint à 37°,3, puis à 38°, et enfin à 40°,2 le troisième jour, date à laquelle cet enfant succomba dans le coma, et sans avoir présenté de paralysie; nous avions remarqué seulement quelques mouvements fibrillaires des muscles de la mâchoire et de la face, ainsi que du nystagmus.

L'autopsie nous a fait découvrir une autre grande lamelle osseuse restée adhérente par sa base à la paroi crânienne, et qui pouvait s'enfoncer profondément dans la substance cérébrale. La dure-mère était déchirée. Une couche purulente occupait les méninges sur la convexité frontale du côté opposé. Enfin, à la partie moyenne de la deuxième circonvolution frontale gauche, existait une cavité dans la substance cérébrale, du volume d'une noisette, la substance cérébrale étant détruite exactement à ce niveau. On sait que l'on n'a attribué à ce point aucun centre moteur, celui de la langue et des muscles de la face étant situé plus en arrière. Pendant la vie, on n'a observé, en effet, aucune paralysie; ce fait serait donc favorable, en ce point, à la doctrine des localisations.

M. HOUEL fait remarquer que la dépression de la table interne

ne peut jamais se redresser; c'est la règle. On laisse persister la compression et l'on n'enlève que les esquilles appartenant à la table externe. Il faudrait compléter la fracture, et redresser la lame interne : il faut enlever les esquilles internes, autant qu'il est possible, si l'on veut faire cesser les accidents.

La séance est levée à cinq heures.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— *Concours de l'externat.* — Question donnée le 13 novembre 1879 : *Muscle diaphragme.*

*Épreuve de pathologie.* — Première question donnée le 15 novembre : *Signes et diagnostic de la pleurésie aiguë.*

Deuxième question donnée le 17 novembre : *L'Entorse.*

Troisième question donnée le 18 novembre : *Du Phlegmon diffus.*

— La Société de médecine légale, ayant consacré sa séance de rentrée à honorer la mémoire de M. Devergie, a décidé qu'elle tiendrait une séance supplémentaire pour épuiser son ordre du jour. Cette séance aura lieu le lundi 24 novembre 1879, à trois heures précises, au Palais-de-Justice (salle d'audiences de la cinquième chambre du tribunal civil).

Ordre du jour : I. Communication de la commission permanente. Rapport de M. Leblond, sur un cas de mort violente. — II. Considérations médico-légales sur plusieurs affaires de coups et blessures jugées par la cour d'assises du Tarn. Communication par M. Caussé (d'Albi), membre correspondant. — III. Empoisonnement aigu par le chlorate de potasse. Communication de M. le docteur Manouvriez (de Valenciennes). — IV. La valeur d'une empreinte d'ongle dans un cas de meurtre ayant entraîné la peine capitale. Communication par M. Liégey, membre correspondant. — V. Sur un fait d'empoisonnement par l'acide phénique. Communication de M. Weiss, interne des hôpitaux. — VI. Suite de la discussion sur les voleuses dans les magasins.

— M. le docteur Ménière (d'Angers) a commencé le lundi 17 novembre ses conférences sur les maladies des femmes, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à sa clinique, 15, rue des Grands-Augustins.

— M. le docteur Mallez fera, le lundi 24 novembre, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, un cours sur les projections photo-micrographiques d'un certain nombre de préparations d'anatomie pathologique de la vessie, des reins et de l'urèthre.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Avis.* — M. Sauvaget est prévenu qu'il subira le deuxième examen de doctorat (examen oral) le lundi 24 novembre 1879, à une heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8916.

N° 136. — MARDI 25 NOVEMBRE 1879. 52e ANNEE. MARDI 25 NOVEMBRE 1879. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## HOTEL-DIEU. — M. Richet.

### Nouvelle observation de luxation du sternum.

Nous venons d'observer un exemple authentique de luxation du sternum. Il s'agit d'un homme âgé de soixante-deux ans : remarquez déjà cet âge avancé ; on a dit que les deux pièces du sternum sont soudées à cette époque de la vie et qu'elles ne peuvent plus se luxer ; Maisonneuve a démontré que chez certains individus cette soudure ne se fait jamais.

Cet homme raconte qu'étant dans un grenier à foin et des planches s'étant rompues, il est tombé de la hauteur d'un premier étage. Comment est-il tombé? Il ne saurait trop le dire. D'après sa mimique, on peut supposer qu'il serait tombé la tête en avant, comme l'indiquent encore les écorchures qu'il porte sur le nez ; le tronc était donc probablement fléchi en avant. La douleur du côté de l'oreille gauche tient sans doute aux tiraillements subis par le muscle sterno-mastoïdien. Cet homme n'était pas ivre. Il a senti, dans sa chute, un craquement assez violent, et il a porté immédiatement la main sur sa poitrine en s'écriant : « J'ai là quelque chose de cassé, qui m'empêche de respirer. » Il a été apporté à l'hôpital, et nous l'avons trouvé dans l'état où vous le voyez encore aujourd'hui.

La première chose qui frappe, quand on l'examine, est la difformité de sa poitrine : il a la tête comme enfoncée dans la poitrine et les épaules relevées. Quand on le fait asseoir, il ne peut guère amener la tête en avant. De profil, il présente une saillie considérable de la partie antérieure de la poitrine, dans la direction horizontale d'une épaule à l'autre. Cette saillie est recouverte par une peau à la teinte cuivrée, non violacée, teinte produite par l'extravasation du sang des parties profondes vers les parties superficielles. On constate nettement qu'il ne s'agit pas là de contusion, et que la luxation n'est pas directe, mais qu'elle est certainement indirecte.

A la palpation, on sent que cette tumeur qui fait saillie est quelque chose de solide et de résistant, que c'est un os. Partout où l'on presse au niveau de la saillie, on reconnaît qu'il y a un os sous les téguments. Le bord supérieur de la tumeur est arrondi, non tranchant; en l'étudiant avec soin, on trouve que ce bord arrondi porte trois facettes régulières. L'une des fossettes est au milieu, et il y en a une à chaque extrémité. L'existence de ces fossettes est caractéristique ; elle est pathognomonique, d'après Maisonneuve.

Ce sont des facettes articulaires correspondant, celle du milieu à l'articulation de la deuxième pièce du sternum avec la première pièce, et celles des deux extrémités à l'articulation du sternum avec le cartilage de la deuxième côte, ce cartilage étant resté en rapport avec la première pièce du sternum, tandis qu'il a été arraché de la deuxième partie du sternum.

La partie osseuse qui fait saillie est donc le corps du sternum, deuxième pièce du sternum luxée sur la première. Où se trouve la première pièce sternale, ou manche du sternum? En suivant les deux clavicules avec le doigt, on trouve ces clavicules à leur place, et leur extrémité interne parfaitement articulée avec le manche du sternum ; les deux faisceaux sterno-mastoïdiens ne sont pas déplacés ; au-dessous, la poignée du sternum est à sa place normale.

Nous avons cherché la crépitation sans la trouver ; l'interne du service, M. Quenu, qui a vu le malade le premier jour, a cru la sentir à gauche, au niveau du cartilage de la troisième côte, mais il ne l'a plus aperçue dans la suite. Il semble donc qu'il n'y a pas de fracture et que nous avons affaire à une luxation simple, luxation en avant du corps du sternum sur la poignée. Du côté de la poitrine, la sonorité est parfaite en avant. En arrière, on entend des râles de bronchite dans les grosses bronches. Le malade a des crachats verdâtres et jaunâtres ; il dit d'ailleurs qu'avant son accident, il était déjà atteint de vieille bronchite. Sa respiration est toutefois moins gênée que dans les cas analogues que j'ai observés ou dont j'ai lu la relation.

Il n'a pas de fièvre.

J'ai déjà vu un cas de luxation du sternum, cas plus grave que celui-ci, dans lequel j'ai tenté la réduction, mais en vain ; le malade a succombé aux diverses autres lésions viscérales dont il était atteint. Avant de vous en raconter l'histoire, je crois intéressant de vous faire connaître rapidement l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet.

La luxation du sternum était inconnue dans l'antiquité. Duverney, à la fin du dix-huitième siècle, en cita un exemple : un homme travaillait dans un trou, couché sur le côté, dans

la position horizontale, quand une pierre, se détachant, lui tomba sur l'épaule et lui écrasa latéralement le thorax. Ce mécanisme est très-net; la pression latérale a forcé les côtes à repousser le sternum en avant. Plusieurs autres observations ont été publiées depuis cette époque, par David, par Horrand (de Rouen), par Maisonneuve (1842), par Malgaigne. Ces trois derniers chirurgiens en ont observé chacun deux exemples; moi-même j'en ai vu aussi deux cas; peut-être les faits de ce genre sont-ils plus nombreux, mais ils passent inaperçus pour ceux qui n'en ont pas encore eu sous les yeux.

Malgaigne a admis trois mécanismes de cette luxation : d'abord, par renversement du tronc en arrière. On cite l'exemple d'un homme tombant du haut d'un échafaud, de telle façon que son corps rencontra une traverse (un poulain), sur laquelle il resta suspendu, le corps reposant sur le dos, et la tête étant renversée en arrière. Il y a peut-être eu là plutôt écartement que luxation véritable. Un deuxième mécanisme de luxation est celui dans lequel l'individu tombe le corps fléchi en avant. C'est là, je crois, le véritable; ainsi un individu ayant voulu sauter de haut, les pieds touchant le sol, le siège se fléchit sur les pieds et le malade fut relevé avec une luxation bien caractéristique. Il faut enfin, je crois, admettre la luxation se produisant par le brusque resserrement des côtes dans le sens latéral, car c'est par ce mécanisme seul que le malade de Duverney put être atteint de luxation.

On a discuté la possibilité de la luxation du sternum, et l'on a dit : pour qu'il y eût luxation, il faudrait d'abord qu'il existât une articulation entre les deux pièces. Or c'est ce que Maisonneuve, alors prosecteur, démontra nettement; ces deux pièces ne se soudent pas autant qu'on le croyait; la soudure souvent ne se fait que vers quarante-cinq ou cinquante ans, et souvent encore au-delà de cet âge. Ce fait explique la mobilité qui persiste, chez certains sujets, entre les deux pièces du sternum; on en connaît deux ou trois cas de luxation pathologique ; l'exagération des mouvements peut la produire. Ainsi M..., mécanicien, qui avait étudié l'horlogerie et était toujours penché en avant, avait une grande mobilité entre le manche et la poignée du sternum; ayant plus tard étudié l'anatomie, il reconnut que ce qu'il croyait normal était une rare exception, et il fit voir à Malgaigne qu'il pouvait, sans gêne, faire passer la deuxième pièce du sternum au-devant et au-dessus de la première.

Presque toujours les luxations du sternum ont été compliquées, ce qui s'explique par la violence du traumatisme, qui est nécessaire pour produire de pareilles lésions. Je vous ai dit que j'avais vu un autre cas de luxation du sternum : c'est à l'hôpital Saint-Louis. Un matin, la police y fait apporter un homme que l'on avait trouvé sans connaissance dans le fossé des fortifications. Cet homme était fort bien mis; son portefeuille, contenant 80,000 francs en billets de banque, permit de retrouver son adresse. C'était un négociant de la rue du Sentier, atteint de folie, qui, se croyant poursuivi par ses créanciers, s'était enfui du côté des fortifications. Je l'examinai de concert avec mon collègue Denonvilliers; il crachait le sang; immédiatement nous vîmes la saillie du sternum; il s'agissait d'une luxation de la deuxième pièce sur la première. Nous essayâmes la réduction, mais sans y réussir. Un moment nous avons cru avoir obtenu quelque chose, mais nous ne pûmes insister davantage à cause de l'état du malade. Celui-ci fut transporté à son domicile; je lui trouvai d'autres lésions graves, une fracture du bassin, des accidents abdominaux, etc.; il succomba bientôt après, mais je ne pus en faire l'autopsie.

Le pronostic des luxations du sternum n'est pas grave, en général, quand la luxation est simple et qu'elle n'est pas accompagnée, comme dans le cas précédent, de fractures du crâne ou du bassin. La plupart de ceux qui ont eu une luxation simple ont guéri.

Peut-on laisser ces malades sans tenter la réduction? Assurément non. La réduction a été obtenue une fois; le malade fut étendu en travers, sur un coussin, de façon que la poitrine soit bombée et les membres pendants. L'extension et la contre-extension furent pratiquées en tirant d'une part sur les muscles droits de l'abdomen et le bassin, et d'autre part sur les sterno-mastoïdiens et le menton. On pressa, en même temps, sur la saillie sternale, qui fut progressivement repoussée en arrière; un bandage fut appliqué. Vingt-cinq jours après, la difformité était « presque » complètement réduite. Malgaigne a émis des doutes sur l'authenticité de la réduction, à cause de ces derniers mots.

Moi aussi, chez le malade que je vous présente aujourd'hui, j'ai cru, un instant, avoir obtenu la réduction. Je l'ai placé en travers sur son lit; j'ai fait fixer le pubis et la tête, et j'ai pressé vigoureusement sur la saillie sternale. J'ai senti tout à coup que cela glissait et que la tumeur diminuait. Bien que je fusse certain que tout n'était pas réduit, je fis appliquer un bandage, consistant en une pelote serrée, maintenue sur la saillie. Le lendemain, tout était dans le même état qu'avant nos manœuvres; la saillie était aussi volumineuse que vous la voyez encore à l'instant.

Faut-il renouveler ces tentatives? Oui, on le peut, parce que le sujet n'en a pas souffert; il prétend même en avoir été soulagé. Mais nous ne pouvons user du chloroforme, tant à cause de la déformation du thorax et des manœuvres que nous allons faire, que de la bronchite dont est atteint le malade. J'ai fait préparer des crochets et un levier qui pourront peut-être nous aider à repousser la pièce sternale. Toutefois je dois vous dire que je ne compte pas sur un résultat favorable.

En effet, après des tentatives énergiques de réduction, il semble un moment que la tumeur est considérablement diminuée et que la réduction est aux trois quarts obtenue; mais, quelques minutes après, la saillie sternale reparaît, et la luxation existe comme auparavant.

---

## HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

### Sclérose latérale amyotrophique; théorie du réflexe tendineux (1).

On rencontre assez souvent des affections diffuses, non systématiques, des centres nerveux, dans lesquelles vous pourrez observer la contracture spasmodique permanente, l'atrophie musculaire, l'exaltation des réflexes tendineux; il serait pourtant téméraire de porter le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique. Ainsi, je vous présente aujourd'hui une femme atteinte de pachyméningite cervicale hypertrophique; son observation est connue depuis longtemps, depuis la thèse de M. Joffroy. Cette malade, actuellement, nous offre tous les symptômes de la sclérose laté-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, nº 134.

rale amyotrophique; elle n'est cependant pas atteinte de cette maladie, et je veux justifier le tableau clinique que j'ai présenté de cette affection. Chez cette malade, les deux membres inférieurs sont rigides, résistant des deux côtés aux mouvements que je cherche à leur imprimer; ils sont atteints de contracture spasmodique permanente, les muscles antagonistes étant affectés à peu près également. L'exaltation du réflexe du tendon rotulien est aussi manifeste; rien du côté de la vessie ni dans la sensibilité. Dans les membres inférieurs, nous constatons de la parésie, la main simienne et l'exagération des réflexes tendineux. Il n'y a pas trace de paralysie bulbaire; c'est ce qui distingue ce cas des exemples classiques de sclérose latérale amyotrophique, mais on pourrait penser qu'elle se développera prochainement et que le diagnostic de sclérose latérale se confirmera. Il n'en est rien. Cherchons plus haut dans l'histoire de cette malade, et nous verrons que sa maladie date de longtemps : si c'était de la sclérose latérale, son évolution se serait faite dans l'espace classique de trois années, durée qu'elle n'a jamais dépassée. Ici, au contraire, la maladie décroît, le processus morbide est éteint; cette femme n'est plus une malade, elle est une infirme. La première période de sa maladie a été caractérisée par des douleurs atroces dans le thorax et les membres inférieurs, suivies plus tard d'anesthésie. Ensuite est venue la paraplégie des membres inférieurs, accompagnée de rigidité. La pachyméningite cervicale n'est pas, en effet, systématisée; elle peut atteindre telle ou telle partie; la vessie peut être paralysée, les eschares du sacrum peuvent apparaître, comme on les a observés jadis chez cette malade, aussi bien que la paralysie du rectum. Donc, en étudiant le parcours tout entier, nous voyons qu'il n'appartient pas à la sclérose latérale amyotrophique, bien qu'il présente, entre autres phénomènes, tous ceux que nous rapportons à cette maladie.

Je pourrais vous présenter beaucoup d'autres malades du même genre; mais l'espèce que j'ai décrite existe si bien qu'elle a été trouvée par des médecins français et étrangers et vérifiée par l'examen histologique. Cependant M. Leiden (de Berlin) a prétendu que c'était une espèce morbide artificielle, une simple création de l'esprit, un accident clinique, en un mot. Les autopsies qu'il a faites démontrent qu'il a eu affaire aux mêmes cas que moi; je puis donc les discuter. Il a d'abord avancé que la paralysie labio-glosso-laryngée était, dans mes observations, celle que nous observons ordinairement. Or celles que j'ai observées présentent la lésion des faisceaux latéraux du bulbe. Leiden prétend qu'il n'y a pas de paralysie de ce genre sans lésions des faisceaux latéraux; or il en existe sept ou huit cas bien authentiques. Il ajoute que la paralysie s'explique par l'atrophie; non, car dans mes observations la paralysie est le fait dominant, tandis que l'atrophie n'est pas suffisante pour expliquer la paralysie. Pourquoi les malades de Leiden sont-ils alités dès la première année de la maladie, tandis que ceux qui ont de l'atrophie musculaire progressive peuvent marcher pendant huit ou dix ans ? Il y a, chez mes malades, de la paralysie des membres inférieurs, on ne peut la mettre sur le compte de l'atrophie musculaire qui n'est pas encore manifeste.

Leiden dit encore que la paralysie est sans rigidité, et qu'elle est flaccide : ce fait est absolument opposé à ce que j'ai observé et à ce que je vous ai démontré. Vous avez vu, dans la dernière séance (1) que mes malades présentent la contracture. C'est encore ce qu'ont vu tous les médecins qui ont diagnostiqué la sclérose latérale amyotrophique, notamment M. Rigal, à l'Hôtel-Dieu. La contracture existe toujours, plus ou moins prononcée, souvent très-prononcée. Elle est souvent un fait transitoire; elle peut disparaître, mais sa non-existence au moment de l'observation, ne prouve point qu'elle n'existe pas dans la sclérose latérale. En tout cas, le phénomène connexe qui lui est intimement lié, le réflexe tendineux n'a jamais fait défaut.

Enfin Leiden prétend que, la lésion occupant le système des faisceaux latéraux, elle devrait aller jusqu'au bulbe et presque dans la capsule interne. Je l'ai précisément trouvée et suivie jusque dans les pyramides antérieures du bulbe et dans la capsule interne.

Lorsque j'ai décrit cette espèce morbide, j'ai suivi la méthode classique, qui consiste à s'attacher aux cas types, en négligeant les cas frustes. Le type de l'ataxie locomotrice progressive, créé par Duchenne (de Boulogne) n'embrasse assurément pas la généralité des cas; mais, si Duchenne avait amplifié sa description, ce type si bien connu aujourd'hui ne se serait point fixé dans les esprits. Actuellement cette espèce est fondée; il en est de même de la sclérose latérale; plus tard, s'il faut y ajouter quelque chose, s'il y a des déviations du type principal, nous nous en occuperons.

Avant de chercher l'interprétation physiologique des phénomènes du genou, je vais d'abord vous présenter quelques malades qui offrent un intérêt pratique.

Voici d'abord une jeune fille, âgée de vingt ans, atteinte d'une paraplégie encore mal connue, infantile, et probablement congénitale. Elle a, depuis sa naissance, cette paraplégie spasmodique caractérisée par la rigidité des membres inférieurs, rigidité constatée déjà par sa nourrice, et qui n'a fait que croître depuis cette époque. Vous voyez quelle difficulté cette malade éprouve à détacher ses pieds du sol : elle lève alternativement les épaules pour s'aider dans sa marche; elle a les jambes raides, et, si elle est assise, elle peut tenir très-longtemps les jambes étendues sans toucher le sol. Elle présente le réflexe tendineux; aucun trouble de la vessie ni du rectum; rien non plus du côté de la sensibilité : tout cela est le syndrome désigné sous le nom de paraplégie spasmodique, ce n'est pas une maladie spéciale.

Voici une autre malade, une femme de cinquante-neuf ans, qui arrive en marchant sur la pointe du pied; elle est malade depuis l'âge de trente-cinq ans. Sa maladie a donc une évolution très-lente. Elle présente de l'impuissance motrice et une contracture considérable, accompagnée de la trépidation de l'épilepsie spinale et du réflexe tendineux rotulien. Vous voyez même que le réflexe rotulien se change en une espèce d'épilepsie spinale.

Chez les malades atteints de l'hémiplégie vulgaire, de cause cérébrale, on voit très-souvent de la paralysie avec contracture. Ainsi cet enfant est un exemple d'hémiplégie spasmodique infantile, avec contracture du côté gauche; le membre inférieur présente un pied-bot varus équin; nous constatons également l'exaltation du réflexe tendineux.

Une autre malade, une vieille hémiplégique, vous présente encore une distorsion remarquable, le pied-bot varus équin, à un très-haut degré.

Nous arrivons maintenant à un groupe d'affections où l'absence du réflexe tendineux est un caractère; notons au premier rang l'ataxie locomotrice progressive. Je frappe le tendon rotulien chez cette malade ataxique, il n'y a absolument aucun mouvement. Le fait n'est pas rigoureusement

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, n° 134.

constant, mais c'est la règle ; il existe même dans des cas où l'ataxie n'est pas très prononcée.

Voici un petit garçon qui est le type de ces paralysies flaccides, non spasmodiques ; il a de la paralysie spinale infantile, son bras est atrophié ; vous voyez que l'épreuve du réflexe tendineux est tout à fait négative. Chez les petits enfants, le réflexe tendineux s'observe à l'état normal après la naissance, mais il s'atténue progressivement.

Dans l'hystérie, le côté anesthésié présente, vous le savez, un certain degré de parésie et d'impuissance motrice ; il y a là une apparence de flaccidité, mais l'excitabilité persiste à un degré remarquable, et elle est mise en relief par le réflexe tendineux. Chez cette jeune fille B..., atteinte d'hémianesthésie droite avec achromatopsie droite, le côté droit est parésié, mais ce côté est facilement susceptible de contracture provoquée (par l'aimant). Elle a aussi un pied-bot varus équin, dépendant des mêmes causes ; il faut un rien pour mettre, chez elle, la contracture en relief. Pendant que j'obtiens la secousse du tendon rotulien, remarquez que sa main droite fait, en même temps, un mouvement involontaire.

Voici une autre hystérique présentant une anesthésie totale, quoique prédominante du côté gauche. L'insensibilité est profonde ; cette malade n'a même pas la sensibilité profonde musculaire ; elle ne peut marcher que les yeux ouverts ; si on lui ferme les yeux, ou qu'on la place dans l'obscurité, elle s'affaisse immédiatement, parce qu'elle n'a pas la notion de l'attitude de ses membres. On pourrait croire là à l'existence d'une paralysie avec flaccidité ; il n'en est rien. Il y a trépidation involontaire du pied lorsqu'on lui relève le pied ; et ce qui prouve que la contracture est proche et imminente, c'est qu'on peut la produire bien vite. Il suffit d'une excitation légère pour provoquer la contracture, surtout du côté gauche le plus anesthésié ; soit le voisinage d'un aimant, soit l'électrisation statique, une faradisation légère, soit la vibration d'un diapason, etc.

Revenons au but principal de cette conférence, à l'explication théorique des réflexes tendineux. Et d'abord, s'agit-il bien là d'un phénomène réflexe ? Oui, car un certain nombre de phénomènes cliniques plaident en faveur de cette hypothèse. Vous avez vu à l'instant que le choc du tendon rotulien chez notre jeune hystérique était suivi d'un mouvement analogue se passant dans la main du même côté ; l'excitation transmise à la moelle s'étendait donc jusque dans les muscles du bras.

Pour arriver à une démonstration absolue, il fallait recourir à l'expérimentation ; or le lapin, comme l'homme, présente à l'état normal le phénomène du genou. Un médecin russe a trouvé que ce signe du tendon disparaissait quand on avait préalablement détruit la moelle. Lorsqu'on percute le tendon, on peut supposer que le muscle est excité directement par la tension du tendon. Il n'en est rien, puisqu'il faut une moelle intacte pour que le phénomène se produise. Toutefois ce n'est pas de toute la moelle que dépend le réflexe, c'est d'une région très-limitée qui est, chez le lapin, la portion comprise entre la cinquième et la sixième vertèbre lombaire. La moelle étant détruite au-dessus ou au-dessous de ce point, le réflexe tendineux ne disparaît pas, mais il cesse dès que cette portion est lésée. Les racines antérieures et postérieures de la sixième paire lombaire répondent à cette région ; ce sont les origines principales du nerf crural chez le lapin. Or, si l'on coupe la racine postérieure ou la racine antérieure de cette paire, le phénomène cesse.

Il y a donc là un arc réflexe : il commence, par exemple, aux cellules motrices des cornes antérieures, puis, par le prolongement cylindrique, il va aux racines motrices et aux muscles. Dans la profondeur du muscle, il y a des nerfs centripètes placés entre le muscle et le tendon ; ces petits nerfs se perdraient dans l'aponévrose. Ils seraient des nerfs centripètes, allant aux racines postérieures, où ils rencontrent les cellules æsthésodiques, lesquelles sont en rapport avec les cellules motrices. C'est là l'arc diastaltique ou réflexe musculaire tendineux. Quand on percute le tendon, celui-ci se tend, excite les petits nerfs centripètes ; l'excitation se transmet au centre spinal et de là gagne les cellules motrices.

Tout ce qui excite les cellules nerveuses motrices rendra le phénomène plus sensible ; c'est le cas de la strychnine, dont l'emploi thérapeutique ne pourra être utile que dans les cas où cette excitabilité est diminuée. Le bromure de potassium sera indiqué dans les cas contraires.

Il ne faut pas croire que cet arc diastaltique du réflexe tendineux soit le même que l'arc réflexe musculo-cutané. Ainsi, chez une hystérique anesthésique, le chatouillement ne produit pas de réflexe musculo-cutané, tandis que, si l'on percute un tendon, elle répond d'une façon très-vive. Au contraire, dans l'ataxie locomotrice, le malade peut avoir conservé les réflexes cutanés, souvent exagérés, tandis que la percussion du tendon ne provoque aucun mouvement. Dans la paraplégie spasmodique, les deux systèmes sont excitables et réagissent également.

La clinique a appliqué à l'homme la méthode expérimentale dont on avait obtenu des résultats. Vous savez que, lorsqu'on excite un muscle directement, il ne répond pas directement à l'excitation, il y a un temps perdu ou excitation latente. On a pu mesurer la durée chez l'homme, et nos recherches ont porté ce chiffre à six millièmes de seconde. Si le signe du tendon était l'effet d'une excitation directe, le temps perdu serait aussi court ; mais, si c'est un réflexe, il faut que l'excitation aille à la moelle et en revienne vers le muscle, d'où un temps perdu beaucoup plus long ; c'est en effet ce que l'on constate ; M. Brissaud a trouvé un temps perdu de 45 à 50 millièmes de seconde. C'est donc bien un phénomène réflexe.

L'étude des traces obtenues avec le myographe est encore instructive dans les diverses affections nerveuses. On trouve que l'onde musculaire se forme plus ou moins vite, a plus ou moins d'amplitude et de durée suivant que l'on a affaire à telle ou telle affection. Cette onde est très-courte à l'état normal. Lorsqu'il y a exaltation spinale, le temps perdu est plus court, l'onde s'élève brusquement. Si elle s'allonge, c'est déjà une esquisse de contracture, etc. Voici, par exemple, un tracé myographique obtenu chez une hémiplégique (de cause cérébrale) : le tracé nous montre que le côté que l'on croit sain ne l'est réellement pas ; il a une excitation plus grande qu'à l'état normal.

Dans un autre cas d'hémiplégie, voici que le côté paralysé a un tendance à la contracture ; la durée et le dicrotisme du tracé nous l'indiquent. Nous trouvons de même que la contracture est imminente dans cet autre tracé d'hémiplégique qui n'a pas de contracture, mais qui a le phénomène du genou ; c'est l'état intermédiaire qui aboutira vite à la contracture.

Je termine cette conférence en vous faisant voir des projections se rapportant aux divers types de contractures, con-

tracture avec flexion exagérée, avec extension, etc. Remarquons, entre autres dessins, celui qui démontre que la paraplégie, dans le mal de Pott, vient d'une compression produite non par le squelette osseux, mais par la pachyméningite tuberculeuse, qui épaissit considérablement les enveloppes de la moelle.

Signalons enfin un dessin représentant une scène de l'épidémie hystérique de saint Médard. Ce tableau, emprunté à un ouvrage du temps, représente une femme atteinte d'un pied-bot varus équin très-prononcé. Les médecins de l'époque, des hommes très-éclairés, dit la légende, l'entourent, l'examinent et déclarent que c'est une maladie aussi surnaturelle qu'incurable. La malade va sur le tombeau du diacre Pâris, où elle a une crise hystérique à la suite de laquelle sa contracture disparaît. Le miracle est fait. Un deuxième tableau représente cette femme avec un pied bien droit, entourée par la population étonnée. On ne savait assurément pas à cette époque ce que c'est que le pied-bot d'origine hystérique.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

### Des alopécies (1).

II

IV. Alopécie syphilitique. — La syphilis provoque très-fréquemment la chute des poils du corps et la chute des cheveux. C'est à propos de l'alopécie crânienne que certains préjugés ont cours; il importe d'en faire justice par les considérations suivantes : 1° A quelle époque de la syphilis se produit l'alopécie? Quand on rencontre un homme de quarante ou quarante-cinq ans chauve, on ne manque pas de dire dans le monde qu'il s'agit d'une vieille vérole, ou que c'est un péché de jeunesse. Rien n'est plus faux. Loin d'être une manifestation tardive, l'alopécie est un symptôme de vérole jeune, survenant trois, quatre, six mois, un ou deux ans au plus après l'infection. Cette loi est presque absolue, c'est à la suite des premières poussées secondaires qu'apparaît l'alopécie, vers le troisième ou le quatrième mois généralement, quelquefois dans le cours de la première ou de la deuxième année, si le traitement a été retardé. Dans ces cas l'alopécie ne survient que plus tard, et seulement comme symptôme de syphilides ulcéreuses, puis on a l'alopécie cachectique, qui vient à tous les âges de la vérole.

Au point de vue pathogénique, l'alopécie secondaire s'explique de deux façons : quelquefois, mais rarement elle vient à propos d'une lésion du cuir chevelu, le plus souvent elle apparaît sans la moindre lésion. Dans le premier cas, c'est à l'occasion de syphilides papuleuses ou papulo-croûteuses du cuir chevelu. Dans le second, qui est le plus général, les cheveux tombent abondamment, sans qu'on trouve rien sur le cuir chevelu, qui est sain, ou tout au plus présente quelques petites croûtelles d'acné. Au niveau de ces dernières, on comprend encore que les cheveux tombent, mais là où il n'y a pas trace d'acné, pourquoi l'alopécie apparaît-elle?

2° Dans quelles formes de syphilis survient l'alopécie? Elle se produit fréquemment dans toutes les formes de syphilis bénignes, moyennes ou malignes; il n'y a pas de syphilis où elle ne puisse se manifester. Toutefois il n'est pas moins vrai que c'est surtout dans certaines syphilis qu'on la rencontre, dans les syphilis secondaires graves, qui s'attestent par un groupe de symptômes asthéniques, par des phénomènes d'alanguissement, d'affaiblissement, d'amaigrissement et de faiblesse générale.

Cette alopécie a un symptôme unique, la chute des cheveux, sans aucune inflammation, ni douleur, ni démangeaison. Quant à son siège, elle est remarquable parce qu'elle n'a pas de localisation, elle n'est pas systématisée. La syphilis frappe partout, en avant, en arrière, sur les parties latérales; son domaine est tout le crâne. Quant à la forme qu'elle présente, tantôt elle éclaircit les cheveux d'une manière à peu près régulière; la chevelure est moins touffue, moins abondante, et c'est tout. Tantôt elle dessine les îlots d'une façon inégale, respectant presque certaines parties, tandis qu'elle dénude certains points. C'est, dans le premier cas, comme si dans une forêt on coupait un arbre sur dix, et, dans le second cas, comme si dans une forêt épaisse on créait çà et là de vastes clairières. Ordinairement on trouve les deux modes réunis sur la même tête.

Le degré d'alopécie présente de nombreuses variétés : *a*. elle peut être légère ou moyenne dans beaucoup de cas, pas assez discrète cependant pour qu'elle ne soit pas apparente et que le malade ne s'en aperçoive pas en faisant sa toilette; *b*. elle est quelquefois intense, très-apparente, et ne peut être dissimulée, les cheveux tombent alors par poignées; *c*. dans l'alopécie excessive, une partie du crâne est complètement dénudée et présente des places absolument glabres; *d*. citons enfin, dans des cas tout à fait exceptionnels, l'alopécie totale, qui ne laisse pas un cheveu sur la tête. M. Verneuil en a cité un cas; moi-même j'ai vu un malade à qui il restait exactement dix-sept cheveux.

Dans l'alopécie syphilitique secondaire, le cheveu s'altère, perd son lustre et son aspect; il devient sec, terne, lanugineux; avec de vrais cheveux, comme disait Diday, ces malades ont l'air d'avoir une perruque.

La durée de cette alopécie n'est jamais que temporaire; après un, deux, six mois, la chute des cheveux s'arrête, et toujours et invariablement les cheveux repoussent. C'est donc une erreur du vieux temps de croire que la vérole a rendu quelqu'un chauve; cette petite médisance, si souvent répétée, est anticlassique : jamais la vérole n'a fait de chauves, jamais un malade n'est resté chauve du fait de la vérole. On peut provisoirement perdre ses cheveux pendant quelques temps à cause de la vérole, mais les cheveux repoussent. Tous les jours ici nous en voyons des exemples frappants : je vous montrais encore à l'instant notre malade du n° 17; cette jeune fille est entrée ici ayant perdu presque tous ses cheveux, aujourd'hui elle peut les natter. Je formulerai donc en véritable axiome que *les alopécies persistantes et générales ne sont pas d'origine syphilitique.*

L'alopécie syphilitique s'étend quelquefois à tout le corps et fait tomber les cils, les sourcils, les poils du mont de Vénus, etc.

L'alopécie sourcilière est encore assez commune, surtout chez les femmes : tantôt elle raréfie les sourcils, les fait moins fournis et moins touffus; tantôt elle les dégarnit d'une façon irrégulière, par places, par îlots; ainsi on voit, par exemple, un tiers de l'arcade sourcilière qui manque. Rien n'est plus caractéristique que cette alopécie des sourcils, avec une arcade rompue, qui fait une désharmonie si choquante et surtout si affichante, car elle est pour nous un signe de syphilis.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 novembre 1879.

L'alopécie des cils est moins fréquente et moins complète ; cependant les syphilides ulcéreuses peuvent les faire tomber.

L'alopécie génitale est assez fréquente, chez les femmes surtout, et surtout sur le mont de Vénus; si la lésion est peu intense, elle peut rester inaperçue, car il y a de très-grandes différences dans le luxe des chevelures génitales; mais j'ai vu l'alopécie complète en certains îlots, ou même l'alopécie totale de cette région, ce qui lui donnait l'aspect du relief glabre et blanc des statues. Cette difformité est très-vexatoire, et j'ai vu des femmes qui en étaient vraiment inconsolables.

L'alopécie peut aussi attaquer quelquefois les poils des aisselles et ceux de toute la surface du corps.

Mais toutes ces alopécies sont temporaires et disparaissent après un certain temps.

*Traitement.* — L'alopécie syphilitique n'a pas de médication spéciale. Tous les moyens locaux sont impuissants; toutes les pommades, lotions, etc., sont inutiles. Certains médecins conseillent de rafraîchir la chevelure en faisant couper souvent les cheveux et en les rasant; un cheveu fréquemment coupé repousse plus vite. Mais couper les cheveux ne fait rien à des cheveux qu'elle n'atteint pas. La rasure est-elle plus active? Ce n'est pas du tout démontré. Et c'est une grosse affaire, surtout pour les femmes; il est inutile de leur imposer ce sacrifice en pure perte, il est superflu et ne fait pas repousser les cheveux.

Le traitement interne agit mieux, et ici je recommande les mercuriaux. A ce mot de mercure les gens du monde ne manquent pas de se récrier et de dire que le mercure fait tomber les cheveux. Pour tous vos clients, ce n'est jamais la vérole qui a fait tomber leurs cheveux, c'est le mercure. Voilà trois siècles que l'on a en vain combattu ce préjugé; au seizième siècle on accusait déjà le vif-argent de faire tomber les cheveux, et Fracastor, un des chantres de la syphilis, protestait : « Chose singulière », disait-il, « nous avons vu parmi les symptômes du nouveau mal français une manifestation curieuse, la chute des cheveux, de la barbe, des sourcils, etc.; on a considéré cela comme l'effet du vif-argent, il n'en est rien, il est reconnu que c'est l'effet de la maladie elle-même (1530). » Nous pouvons en dire autant aujourd'hui : tout le monde a vu arriver dans nos salles une foule de malades avec la tête dénudée, alors qu'ils n'ont pas encore pris un atome de mercure; quand ils sortent de l'hôpital, où ils ont été soumis au traitement par le mercure, ils ont tous leurs cheveux.

La conclusion est donc que : ce qui agit le mieux et exclusivement sur l'alopécie syphilitique est le traitement mercuriel, aidé, bien entendu, si besoin est, des auxiliaires ordinaires de cette médication, fer, quinquina, hydrothérapie, etc.

---

## THÉRAPEUTIQUE.

### De l'aconitine dans les névralgies.

Les affections désignées sous le nom de névralgies, si douloureuses et souvent si difficiles à combattre, sont depuis bien longtemps le sujet d'études constantes et d'observations suivies de la part d'un grand nombre d'expérimentateurs.

Les faits cliniques, relatifs aux puissantes propriétés antinévralgiques de l'aconitine cristallisée, signalés dans ces dernières années, ont vivement attiré l'attention des thérapeutistes, et l'excellent travail du docteur Oulmont (1), médecin de l'Hôtel-Dieu, vient amplement confirmer les résultats énoncés précédemment.

« L'aconitine, dit le docteur Oulmont, réussit parfaitement dans certaines formes de névralgie faciale essentielle, c'est-à-dire qui ne sont pas liées à d'autres lésions, sans intermittence ni périodicité bien marquées, névralgies congestives, comme les appelle M. Gubler, survenues le plus souvent à la suite de refroidissement. L'aconitine produit, dans ces cas, des guérisons d'une rapidité extrême, en deux jours, trois jours. J'ai vu un cas de névralgie faciale datant de sept jours, sans périodicité bien marquée, et qui avait résisté au sulfate de quinine, céder instantanément et définitivement à 1/4 de milligramme d'azotate d'aconitine.

« Le succès est plus marqué et plus rapide dans les névralgies récentes que dans les névralgies anciennes. On cite pourtant de ces dernières datant d'un mois, deux mois, cinq ans, qui ont guéri : la première au septième jour, la deuxième au troisième jour et la troisième en trois semaines. (Laborde et Franceschini.)

« L'aconitine n'est pas sans action sur les névralgies ou les hyperesthésies secondaires, comme celles qu'on observe dans les caries dentaires, les caries du rocher, l'otite interne, les paraplégies, etc., etc.

« Le rhumatisme articulaire aigu, traité par l'aconitine, nous a donné de beaux résultats. Chez quatre individus auxquels ce médicament a été administré à la dose, au début, de 1/2 milligramme par jour, augmentée tous les jours de 1/2 milligramme et portée jusqu'à 1 milligramme et 1 milligramme et demi, la guérison est arrivée une fois en huit jours, et la deuxième fois en dix jours. La température, de 39 à 38 degrés à l'entrée du malade, était descendue à 38°,2 et 36°,1, et le pouls était tombé dans les mêmes proportions. Dans les autres cas, la guérison a eu lieu également, mais seulement au quinzième et au dix-huitième jour, et la dose du médicament fut portée graduellement à 2 milligrammes et 2 milligrammes et demi. L'action apyrétique fut également bien évidente, et la température descendit, vers les huitième et neuvième jours, de 1 degré et demi à 2 degrés.

« Les résultats obtenus par M. Gubler sont tout aussi remarquables (thèse de M. Franceschini, p. 52 et suiv.) : sur quatre observations qui ont été publiées et dans lesquelles les malades ont été traités par les injections hypodermiques de 1/2 milligramme une et deux fois par jour, jointes aux doses d'aconitine de 1/2 milligramme, prises à l'intérieur, portées graduellement de deux jusqu'à quatre doses par jour, la guérison eut lieu le sixième, le neuvième, le douzième et le treizième jour; une seule fois il resta une certaine raideur articulaire. L'action sur la douleur a été très-rapide du deuxième au quatrième jour; sur la fièvre elle a été plus lente, mais non moins manifeste. »

« Dans les névralgies du trijumeau, dit le professeur Gubler (2), ses effets sont véritablement merveilleux. »

M. le docteur Oulmont termine son travail par cette conclusion, que l'aconitine est un médicament bien défini, qui agit chez l'homme d'une manière sûre et régulière; mais, à cause de son énergie, il faut ne l'employer qu'à très-petites doses et largement espacées.

Fréquemment les névralgies sont accompagnées d'accidents intermittents et périodiques bien marqués. Pour combattre cette complication il est indispensable d'associer à l'aconitine le quinium, dont l'indication est nette dans ces sortes d'affections.

Le point important, pour le médecin et pour le malade, est de pouvoir compter sur un médicament pur, inaltérable, toujours identique dans sa composition et très-scrupuleusement dosé. C'est pour atteindre ce but que le docteur Moussette prépare des pilules contenant chacune très-exactement, un cinquième de milligramme aconitine cristallisée et 5 centigrammes quinium pur.

(1) Docteur Oulmont. *De l'aconit, de ses préparations et de l'aconitine considérée au point de vue thérapeutique.* Paris, 1877, *Académie de médecine,* séance du 29 janvier 1878.

(2) *Leçons de thérapeutique faites à la Faculté de médecine.* Paris, 1877.

En raison de l'action énergique de l'aconitine, il est bon de tâter la susceptibilité du malade, et de commencer le premier jour par trois pilules : une le matin, une à midi et une le soir.

Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour jusqu'à six dans les vingt-quatre heures; on se tiendra à cette dose jusqu'à la cessation des douleurs, et, à moins de cas exceptionnels, il sera bon de ne pas aller au delà. S'il survenait un peu de diarrhée, on diminuerait la dose de ces pilules.

« En résumé, les études physiologiques et les observations cliniques recueillies dans les hôpitaux de Paris ont démontré que l'action sédative que les pilules Moussette exercent sur l'appareil circulatoire, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les névralgies du trijumeau, les névralgies congestives, les affections rhumatismales, douloureuses et inflammatoires, etc., etc. »

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 novembre 1779 :

M. Morel, professeur d'anatomie générale descriptive et topographique à la faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur d'histologie à ladite Faculté (chaire nouvelle).

M. Lallement, professeur adjoint à la faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur d'anatomie descriptive à ladite Faculté (chaire nouvelle).

— M. le docteur Charles Fernet, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, est nommé médecin de l'École normale supérieure, en remplacement de M. Gueneau de Mussy, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Magnier de la Source, docteur en médecine, est nommé préparateur de chimie au laboratoire de médecine légale institué à la Morgue (emploi nouveau).

M. Dreyfus-Brissac, docteur en médecine, est nommé chef de clinique des maladies des enfants (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Jacquemet, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier (section des sciences physiques), est maintenu en activité pendant l'année scolaire 1879-1880.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Boutan (Louis-Marie-Augnste), bachelier ès lettres et bachelier ès sciences, est nommé préparateur-adjoint de zoologie.

— *École de médecine d'Arras.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle, s'ouvrira le 16 mai 1880. — Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques s'ouvrira le 26 mai 1880. — Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *École de médecine de Grenoble.* — Un concours s'ouvrira le 19 mai 1880 pour un emploi de suppléant des chaires de médecine; — le 26 mai 1880 à la même école, pour un emploi de suppléant des chaires de chirurgie. — Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *École de médecine de Limoges.* — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 19 mai 1880. — Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Duménil est chargé du cours de clinique chirurgicale pendant la durée du congé accordé à M. Flaubert.

— *École de médecine de Tours.* — Un concours s'ouvrira le 16 mai 1880 pour un emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale. — Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Les leçons de clinique chirurgicale de M. le professeur Broca (hôpital Necker) auront lieu désormais les mardis et samedis de chaque semaine, à neuf heures.

— M. le docteur Ch. Mauriac commencera ses leçons cliniques de syphiligraphie le samedi 29 novembre 1879, à neuf heures et demie, à l'hôpital du Midi, et les continuera les samedis suivants à la même heure. Chaque leçon sera suivie d'une revue des malades et d'instructions pratiques sur le traitement des maladies vénériennes.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8924.

N° 137. — JEUDI 27 NOVEMBRE 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 27 NOVEMBRE 1879. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



---

## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la séance d'hier, l'Académie a entendu une lecture de M. Bucquoy, à l'appui de la candidature, sur le pneumo-thorax sans communication de la plèvre avec l'air extérieur, consécutif à la thoracentèse par aspiration, et une lecture de M. Burq sur la métallothérapie à Vichy de 1870 à 1873 contre le diabète, et subsidiairement de l'application des métaux à la médication alcaline pour en augmenter et corriger les défauts. Cette dernière communication de M. Burq a paru être écoutée avec intérêt. Ce n'est pas sans un certain sentiment de satisfaction intime que nous avons vu enfin accepter dans la science tout un ordre nouveau de faits dont la démonstration a coûté tant d'efforts et tant de persévérance et auxquels la *Gazette des hôpitaux*, au milieu de l'indifférence générale, sinon même de préventions défavorables, n'a cessé dès l'origine de donner son appui et ses encouragements.

Dr BROCHIN.

---

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

### Diabète sucré : examen de l'urine ; dosage du sucre (1).

II

Si l'examen des urines est de règle dans toutes les maladies, il l'est à plus forte raison dans le diabète sucré. La *quantité* des urines est déjà un signe important : elle est augmentée dans le diabète quelquefois dans des proportions considérables. Notre malade rend actuellement 3 litres d'urine ; celui de M. Vulpian n'en rend pas moins de 6 à 8 litres dans les vingt-quatre heures.

La *densité* est aussi fortement augmentée : prise à l'aréomètre de Bouchardat, elle est, chez ces deux malades, de 1040 en moyenne.

La *couleur* de l'urine est assez pâle en général ; celle de nos malades est relativement encore assez foncée.

Le point capital de l'examen de l'urine des diabétiques est la recherche de la présence du sucre. De nombreux procédés ont été imaginés pour cette recherche. Tous sont passibles d'erreurs plus ou moins considérables ; nous ne nous occuperons ici que de ceux qui sont accessibles aux cliniciens.

A. Le plus ancien est celui de Moohr. On introduit de l'urine dans un tube, et l'on y ajoute deux ou trois pastilles de potasse caustique. On chauffe assez légèrement la portion inférieure du tube ; la potasse fond, puis la partie inférieure se colore en brun. Cette coloration s'accentue progressivement en un brun rouge assez massif, et envahit toute l'étendue du liquide. Après quelques instants, en se refroidissant, elle devient plus brunâtre, ressemblant à la couleur d'un vin vieux de Malaga.

Ce procédé est passible seulement de deux causes d'erreur : 1° la présence de l'hémoglobine, qui donne une coloration rosée, mais ne devenant pas plus foncée par le refroidissement ; 2° la présence des acides biliaires, de pigment biliaire, dont on se débarrasse en décolorant l'urine.

Ce procédé est encore un des meilleurs pour les cliniciens. Avec une coloration aussi brune que celle que nous constatons dans le cas particulier, on peut être assuré que l'urine renferme au moins 40 grammes de sucre par litre ; si les tons rouges étaient plus nets, en regardant le liquide par transparence, on pourrait compter encore 30 grammes environ par litre. Si la coloration est noire, comme du café, on peut admettre le chiffre de plus de 50 grammes par litre.

B. Mentionnons, sans le recommander et pour en signaler les inconvénients, le procédé de Luton (de Reims). Il consiste à ajouter à l'urine du bichromate de potasse et de l'acide sulfurique ; l'urine prend une magnifique coloration vert émeraude, lorsqu'elle contient du sucre. Mais toutes les substances ternaires peuvent donner cette réaction. Il suffit qu'un individu ait fait un excès de boisson pour que son urine ainsi traitée prenne une coloration aussi intense. Vous voyez qu'avec de l'eau pure, à laquelle j'ajoute une trace d'alcool, j'obtiens cette réaction, qui n'est donc nullement caractéristique du sucre.

C. Voici un autre procédé qui possède une certaine valeur : on introduit dans un tube du sous-nitrate de bis-

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 novembre 1879.

muth, deux pastilles de potasse, puis l'urine. On chauffe la partie inférieure du tube; le liquide passe de la couleur blanche à la couleur noire, à une véritable teinte de poudre de charbon, due à la réduction du bismuth métallique en présence du sucre.

Avec du nitrate d'argent, on obtient le même effet. Mais il y a deux causes d'erreur : 1° la présence de l'albumine, qui réduit les sels métalliques en présence de la potasse : il faut donc séparer l'albumine en la coagulant par la chaleur et en filtrant avant de rechercher la glycose; 2° si l'urine contient beaucoup d'acide urique, on obtient la même réduction. Or l'acide urique est assez difficile à séparer de l'urine.

D. J'arrive au procédé bien connu de Barreswill, qui repose sur la réduction de la liqueur cupro-potassique. La liqueur de Fehling (sulfate de cuivre, sel de Saignette, lessive de soude) est titrée de façon que 10 centimètres cubes de cette liqueur correspondent à 5 centigrammes de glycose. Pour rechercher la présence du sucre, on verse dans un tube la liqueur bleue, et l'on chauffe. Ce liquide, en effet, s'altérant avec une très-grande facilité, on doit s'assurer par l'ébullition qu'il ne se réduit point par lui-même. S'il reste limpide, on introduit l'urine dans le tube (moitié moins d'urine que de liqueur bleue), et l'on chauffe la partie *supérieure* du tube. Immédiatement vous voyez apparaître une coloration rouge, jaune, verdâtre, intense, puis tout le liquide prend une coloration *orangé* manifeste, caractéristique de la présence du sucre.

Les erreurs de ce procédé tiennent : 1° à la présence de l'albumine, qui peut masquer la réaction en réduisant le liquide en un magma violet; on éliminera donc l'albumine par la chaleur et la filtration préalable; 2° à la présence de substances qui réduisent ainsi l'oxyde de cuivre, telles que le chloroforme qui passe en nature dans l'urine, ou la créatinine en excès (mais il en faudrait une quantité énorme, au moins 10 grammes par litre pour produire une réduction aussi considérable, et il est déjà très-rare d'en rencontrer 2 grammes par litre); 3° à la présence d'acide urique en excès, mais la réduction n'est pas la même. On voit ici une masse pulvérulente que la lumière ne traverse pas, avec une teinte jaune orangé nette, tandis que l'acide urique produit une réduction flaconneuse de gros flocons laissant des intervalles que peut traverser la lumière, et la réduction a plutôt une teinte brune noirâtre; les flocons sont très-légers et mettent une ou deux heures pour se déposer, tandis que, dans la glycosurie, le précipité est abondant et tombe vite au fond du tube.

Il peut être intéressant en clinique de montrer le sucre en nature, d'extraire la glycose de l'urine et de la montrer à l'état amorphe. Voici un procédé simple, mais dont l'exactitude peu rigoureuse n'est satisfaisante que pour la clinique. Je prends 200 centimètres cubes d'urine, et je fais évaporer à siccité au bain-marie dans une capsule de porcelaine. Le résidu est lavé avec 50 centimètres cubes d'alcool, qui entraîne et dissout l'urée, les matières extractives, les sels, le chlorure de sodium. Ce lavage est répété deux ou trois fois. Puis je traite le résidu avec l'éther, qui entraîne les matières grasses. Il reste la glycose mélangée à une très-petite quantité de sels minéraux insolubles. Je reprends le résidu par l'eau élevée progressivement à la température de 40° ou 50°; je filtre, et j'évapore jusqu'à consistance sirupeuse. Par le refroidissement, le sucre se dépose sur le fond de la capsule; je reprends le dépôt par le même procédé, et j'obtiens enfin le sucre cristallisé en nature, qui était contenu dans les 200 centigrammes cubes d'urine.

Le *dosage* du sucre contenu dans l'urine peut se faire par quatre procédés ayant une valeur très-diverse : 1° on peut le faire avec le polarimètre. On introduit 100 centimètres cubes d'urine dans un ballon, et l'on y ajoute 10 centimètres cubes d'une solution d'acétate de plomb pour décolorer l'urine; il se fait un précipité abondant qui entraîne toutes les matières colorantes, et l'on filtre. Le liquide filtré est introduit dans le tube du polarimètre (tube dit « de 22 centimètres » à cause de sa longueur), puis on obture le tube avec l'index de verre glissé latéralement et obliquement, afin d'éviter l'introduction de bulles d'air, et on visse l'index métallique.

Ce tube rempli d'eau distillée est d'abord mis en place, en face de la lampe : on regarde dans la lunette et l'on voit un cercle divisé en deux parties inégales par une ligne noire, ces deux parties ayant des couleurs différentes. On tourne la vis située au-dessous de la lunette (de gauche à droite), jusqu'à ce que les deux disques aient une coloration égale. C'est le zéro de la graduation de l'index. Il n'y a pas de sucre dans le liquide de ce tube (eau distillée). On remplace alors ce tube par le tube rempli d'urine, et, lorsqu'on regarde dans la lunette, on voit que les deux disques ont changé de coloration et ne sont plus égaux. On tourne la vis en sens inverse jusqu'à ce que la coloration soit égale, rose pâle, des deux côtés. On lit la division correspondante sur l'index; dans le cas particulier, nous lisons le chiffre 25. Or chaque degré du saccharimètre correspond à $2^{gr},256$ de sucre par litre; donc $25 \times 2^{gr},256 = 56^{gr},400$ de sucre par litre, et, comme le malade rend 2,500 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures, on aura $56^{gr},400 \times 2^{l},500 = 141$ grammes de glycose.

Ce malade rend 141 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures. Avant son traitement, il en rendait 225 grammes.

Le dosage par la saccharimétrie est, de tous les procédés, le plus certain et le plus exact.

---

## HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

### Orchite parenchymateuse.

Nous avons affaire à un garçon bien constitué et d'une bonne santé habituelle. Il n'a pas eu la syphilis. Il y a cinq jours, il a commencé à ressentir de la douleur dans le testicule droit, que nous avons trouvé rouge, gonflé, sensible à la pression, et considérablement augmenté de volume. La fièvre a apparu; 39° de température.

En général, une orchite blennorrhagique n'est qu'une épididymite accompagnée d'inflammation de la tunique vaginale, avec infiltration du tissu cellulaire lâche des tuniques du testicule. Quand la douleur persiste chez un malade qui se traite et chez qui l'on a bien soutenu les bourses, cette douleur est l'indice de la suppuration. Certaines orchites sont très-douloureuses, mais n'ont pas pour cela un caractère de gravité exceptionnelle.

La douleur a été attribuée par les uns à la violence de l'inflammation, à la distension des tuniques; par d'autres, à l'inflammation même de la glande testiculaire. J'ai vu, l'an dernier, dans cette salle, un malade atteint d'une orchite

très-douloureuse, qui souffrait en même temps d'une sciatique intense. Cette orchite ayant un caractère névralgique, je l'ai combattue par l'administration de sulfate de quinine; au bout de deux jours, les douleurs ont disparu. Quand l'orchite est ainsi très-douloureuse, la fièvre n'est pas plus intense; la température ne dépasse guère 39°.

Chez notre malade, la douleur était très-vive; on pouvait songer à une douleur véritablement névralgique, à ces névralgies testiculaires avec irradiations. Toutefois on peut admettre qu'il s'agit plutôt ici d'une inflammation de la glande elle-même, d'une orchite parenchymateuse. L'inflammation commence par l'épididyme, puis elle s'étend, en quelques jours, à la glande; ces cas sont rares, mais ils existent. C'est alors que la douleur éclate très-vive et térébrante. Nous n'avons pas observé de fluctuation nette au-devant des bourses où la tumeur est très-dure. Lorsqu'il n'y a que de l'épididymite, la douleur et le gonflement siégent à la partie postérieure des bourses; toutefois, dans des cas d'épididymite simple, on pourrait encore observer ces symptômes à la portion antérieure; cela tiendrait à ce que, dans un certain nombre de cas, l'épididyme est en avant.

Tous ces caractères doivent cependant nous faire admettre comme plus probable une orchite parenchymateuse proprement dite.

Ce diagnostic admis, quel traitement devons-nous appliquer? Il doit être nettement antiphlogistique. Nous calmerons le mouvement fébrile par une saignée générale, que je crois être un excellent moyen, en la réservant toutefois à l'orchite franchement inflammatoire, comme celle que nous observons ici; car, dans l'orchite à forme névralgique, les émissions sanguines ne donneront pas de résultats satisfaisants. Que l'on s'efforce donc de bien distinguer ces deux formes, et l'on saura les bons effets de la saignée, pratiquée en temps utile. La saignée générale fait tomber la température. N'oublions pas, d'autre part, que le sulfate de quinine est un analgésique puissant, et employons-le pour combattre la douleur. Nous en avons obtenu d'excellents effets; hier matin, après l'administration du sulfate de quinine, la température est tombée de 39° à 37°; la douleur a un peu diminué. Mais les symptômes locaux ne s'améliorent guère; la suppuration va arriver fort probablement.

Ici se présente la question de savoir s'il faut inciser le parenchyme dès maintenant: je pense qu'on doit s'abstenir de cette opération pendant que la tunique vaginale se rétracte, le testicule en est pour ainsi dire expulsé au dehors; il s'épanouit au dehors, se renverse, et la constriction amène la gangrène. Pour éviter que le testicule sorte ainsi, et fasse hernie par les lèvres de l'incision, on doit rejeter cette incision. Mieux vaut attendre que la suppuration soit plus avancée, constitue un foyer bien circonscrit; puis alors on pourra faire une ponction, par laquelle la glande, les tubes séminifères n'auront aucune tendance à sortir. Le testicule restera ainsi enfermé dans ses enveloppes, ce qui est très-important, car un testicule en état d'ectopie, par le mécanisme que nous venons de décrire, ne vaut pas mieux qu'un testicule enlevé par l'opération de la castration.

Pour faire cette ponction l'on se sert d'un bistouri à pointe très-aiguë, et on fait la ponction sous-cutanée en pénétrant obliquement dans la tunique vaginale. Le soulagement est immédiat; mais on ne doit pas employer la ponction sous-cutanée dans tous les cas d'orchite douloureuse; il faut apprécier l'état du parenchyme et réserver ce mode de traitement aux cas exceptionnels comme celui que nous avons sous les yeux.

---

## HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. JULES SIMON.

### Des causes de claudication chez les enfants.

I

On vous amène un enfant qui boite: quelle est la cause de sa maladie? Il ne faut pas croire que ce phénomène, la claudication, est toujours produit par la même affection; il est le résultat de maladies très-différentes. Le médecin doit en faire le diagnostic différentiel; le traitement sera aussi tout à fait différent, suivant que l'accident sera rattaché à telle ou à telle autre maladie.

Voici, par exemple, une fillette d'une douzaine d'années qui boite et marche avec des béquilles. Je la fais coucher sur un lit, et j'examine immédiatement l'articulation coxo-fémorale. Si je saisis le fémur et que je lui imprime des mouvements, je fais basculer le bassin qui oscille en même temps que le fémur; mon doigt, appliqué sur l'épine iliaque antérieure et supérieure, perçoit exactement la transmission des mouvements imprimés au fémur, comme si fémur et bassin ne faisaient qu'une seule pièce. C'est là, vous l'avez reconnu, un signe pathognomonique de la coxalgie. Venons à des cas plus difficiles et plus compliqués.

Je vous présente une petite fille de six ans, qui boite comme la première. Je répète le premier examen, je cherche la coxalgie, et je ne trouve rien du côté de la jointure. La tête de fémur est complètement libre dans son articulation. A quoi tient la claudication?

Est-ce à la paralysie infantile? Il y a en effet amaigrissement du membre, mais en même temps je constate du raccourcissement de ce membre; le bassin n'est pas relevé, au contraire il est plutôt abaissé; il faut donc chercher une autre cause que la paralysie infantile. Explorons le pli de l'aine: du côté sain, je sens la tête du fémur sous mon doigt, tandis que, du côté malade, je ne suis plus arrêté par la tête du fémur, qui a disparu de sa place habituelle. La cavité du pli de l'aine est plus prononcée que du côté sain. Il y manque la saillie faite naturellement par l'extrémité supérieure du fémur. Si je fléchis le membre, je trouve une mobilité exagérée, le genou vient jusque dans l'aisselle. Les mouvements de flexion sont donc plus libres qu'à l'état normal; ceux d'abduction seuls sont limités. La région fessière est ronde du côté normal, mais, du côté malade, nous voyons que le trochanter est plus éloigné de la ligne médiane, et que la fesse est plus plate, les muscles fessiers étant plus étalés, parce que leurs insertions sont plus éloignées. Si je fais fléchir le membre en plaçant la main au-dessus du trochanter, je sens la tête sous mon doigt, roulant et circulant autour de la cavité cotyloïde. La tête du fémur est donc sortie de sa cavité; il y a luxation du fémur sur le bassin.

Les causes de claudication sont le plus souvent des maladies articulaires, dont la plus fréquente est, sans contredit, la coxalgie à tous les degrés; en second lieu vient la luxation congénitale, qui est cependant assez rare et dont je viens de vous présenter deux exemples.

A côté de ces causes principales, nous trouvons les lésions osseuses, l'ostéo-périostite du voisinage de l'articulation coxo-fémorale, du genou ou du tibia, les fractures, les cals

difformes, parfois même les périostoses. Ajoutons-y encore les maladies du système nerveux, la paralysie infantile, les paralysies d'origine cérébrale, médullaire ou diphthéritique. La douleur d'une névralgie est encore bien suffisante pour déterminer une boiterie; à plus forte raison, si la douleur est symptomatique d'une lésion osseuse. De même, les maladies du système musculaire, la paralysie pseudo-hypertrophique dans laquelle les muscles se développent considérablement; mais l'accroissement de volume est dû seulement au tissu conjonctif qui étrangle la fibre musculaire elle-même et la condamne à l'impuissance. L'atrophie musculaire progressive, les contractions dues à la peur (et auxquelles il faut bien faire attention dans une première exploration), les rétractions musculaires, parfois les abcès de la fosse iliaque, le mal de Pott avec une collection purulente arrivant au voisinage du psoas (ce qui simule la coxalgie d'une façon bien remarquable, retenez-le bien), les brûlures, etc., sont encore autant de causes de claudication.

La croissance est bien aussi une cause de boiterie, mais beaucoup plus rare qu'on ne le dit généralement. Des douleurs dans les os et les articulations peuvent bien être le fait d'une croissance rapide, mais il faut vous défier de ce diagnostic, et ne l'accepter que lorsque vous aurez invoqué en vain toutes les autres causes que je viens de signaler. Hier encore, je voyais un de mes petits clients, âgé de quatre ans; il se plaignait de fatigue dans le genou, ce que le père attribuait à la croissance ou à la fatigue provoquée par des exercices d'escrime auxquels il se livre avec son fils; j'examinai les articulations, et je découvris une arthrite coxo-fémorale qui pourra bien le mener à la coxalgie complète.

Revenons maintenant en détail sur chacune des principales causes de claudication que je viens de vous énumérer.

Et d'abord la *coxalgie :* comment reconnaîtrez-vous que la claudication est due à la coxalgie? Je vous ai indiqué le premier signe chez la première malade que j'ai examinée, la transmission au bassin des mouvements imprimés au fémur, signe pathognomonique par excellence. Le deuxième signe est la douleur; le petit malade boite et il souffre. La douleur s'exaspère la nuit; elle siège surtout dans le genou, au début. Après avoir imprimé des mouvements au fémur pour voir s'ils font basculer le bassin, examinez le pli de l'aine et la partie postérieure de l'articulation; constatez s'il y a une luxation de la tête fémorale. Enfin l'attitude du membre dans l'adduction, son allongement ou son raccourcissement, etc., achèveront de confirmer le diagnostic.

Il est bien entendu que nous ne nous arrêtons pas aux maladies du genou, des articulations tarsiennes, etc., qui sont une cause de claudication, mais dont le diagnostic s'impose immédiatement.

La *luxation* congénitale donne lieu aussi à la claudication. Dans ces cas, le malade se dandine, se tasse, pour ainsi dire, du côté où il marche; il semble que ce côté descend, à chaque pas, de 1 ou 2 centimètres, et que la cuisse entre dans le corps. La portion du membre luxé est à peu près la même que dans la coxalgie, et ne peut aider beaucoup à faire le diagnostic différentiel.

Quand l'enfant vient de naître, atteint d'une luxation congénitale, la tête du fémur est sur le sourcil cotyloïdien; les muscles qui s'insèrent à la partie interne du fémur sont tiraillés, le membre se place dans l'adduction. Plus tard, quand l'enfant marche, la tête fémorale se place en dehors de la cavité, puis elle chemine dans la fosse iliaque, en glissant toujours vers la partie supérieure et en dehors. Son manchon fibreux est trop large, probablement déjà dans la vie intra-utérine, à la suite d'un arrêt de développement analogue à celui qui produit le bec-de-lièvre, la hernie, etc. Le ligament nous permet le déplacement favorisé encore par un sourcil cotyloïdien moins élevé qu'à l'état ordinaire. La flexion se fait alors beaucoup plus facilement qu'à l'état normal dans lequel la tête serait arrêtée par l'os des iles. L'extension est aussi très-facile, aussi bien que l'adduction; mais l'abduction est très-limitée, parce que les muscles sont plus courts à cause du déplacement de la tête, ils sont en dehors de la ligne médiane. Le pli de l'aine n'est plus composé que de parties molles sous le doigt, quand la tête n'est plus à sa place; le pli inguinal fait un creux. A la partie postérieure, la tête du fémur se trouve dans la fosse iliaque; le trochanter est plus haut et beaucoup plus en dehors. Au premier examen, la fesse paraît plate, le pli fessier est plus long. La mobilité de la tête se constate sous la main; au contraire, on perçoit l'immobilité du trochanter sous le doigt, parce que ce trochanter devient un point central et ne se déplace pas pendant que la tête décrit un arc de cercle. A l'état sain, le trochanter est comme enchâssé dans l'os, et l'on n'en perçoit pas la mobilité. Ici, au contraire, on sent qu'il est possible de le mouvoir. Si l'on fait des tractions sur le fémur, en fixant le bassin, on sent qu'on l'abaisse un peu; ce signe a été indiqué par Dupuytren.

Les *lésions osseuses* simulant la coxalgie sont encore une cause de claudication. Il faut aussi savoir les reconnaître. Chez les sujets scrofuleux, l'ostéo-périostite du trochanter, de l'os iliaque ou du fémur, provoque une atmosphère douloureuse, inflammatoire, gênant les muscles et produisant des symptômes fonctionnels analogues à ceux de la coxalgie. L'enfant boite; il a de la raideur et se tient le plus fixe possible. Le chloroforme permet de poser un diagnostic sûr. Mais, sans cette ressource suprême, vous pouvez vous prononcer. Explorez d'abord la région saine pour habituer l'enfant à votre examen, puis imprimez au membre malade des oscillations très-douces, très-ménagées, qui vous permettront bientôt de provoquer une rotation absolue du fémur dans tous les sens, et vous prouveront que l'articulation est libre. J'ai vu ainsi un adulte qui avait une sciatique depuis deux ou trois mois; on voyait à la hanche quelque chose se tuméfier; cela venait-il de l'os iliaque du trochanter ou de la jointure? Je constatai qu'il pouvait faire tous les mouvements; j'étais donc sûr qu'il n'y avait rien dans l'articulation. Il avait été opéré deux fois pour un cancroïde du sein (quoique ce fût un homme), et les accidents actuels tenaient à une lésion cancéreuse des os du bassin. Très-souvent à nos consultations nous inscrivons rapidement le diagnostic de coxalgie pour des enfants pâles, scrofuleux, qui boitent; lorsqu'ils sont examinés plus attentivement dans nos salles, nous découvrons que les mouvements sont conservés dans l'articulation incriminée.

Dans la *paralysie infantile*, l'enfant boite encore, mais c'est d'une façon différente; il traîne la jambe. Il n'a pas de douleur; les accidents sont venus tout d'un coup; on sait que tel jour l'enfant était bien portant, et que le lendemain on l'a trouvé, après des convulsions ou non, atteint de paralysie à la moitié du corps. Puis le bras se dégage vite, mais la jambe traîne et notamment, à sa région antéro-externe, on remarque son atrophie avec tendance au pied-bot équin varus.

Examinez les mouvements articulaires, ils sont libres; le

pli de l'aine n'est pas déprimé comme dans la luxation congénitale; il n'y a point d'écartement du grand trochanter; il n'y a que faiblesse du membre atrophié et refroidissement très-sensible de ce membre; rien du côté du cerveau. Cela vous suffira pour prononcer le diagnostic de claudication produite par la paralysie infantile.

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TROUBLES RESPIRATOIRES DANS LES LARYNGOPATHIES SYPHILITIQUES.

Par M. le docteur Krishaber.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Les laryngosténoses syphilitiques se présentent à des époques extrêmement variables de l'infection.

2° Leur apparition tardive n'est pas une preuve constante des formes avancées de la syphilis, mais il en est ainsi le plus souvent.

3° Les lésions qui provoquent la laryngosténose dans la syphilis sont différentes, suivant que l'apparition des troubles respiratoires a été brusque ou lente.

4° Le rétrécissement brusque est dû de beaucoup le plus souvent à l'œdème accompagnant les diverses manifestations spécifiques; le rétrécissement qui s'est produit lentement est dû le plus souvent à une inflammation hypertrophique ou végétante, d'autres fois à une coarctation cicatricielle, et le moins fréquemment à la formation d'une tumeur osseuse.

5° Les accidents respiratoires sont d'autant plus graves que les lésions qui les ont produits sont plus rapprochées de la trachée. Les lésions trachéales elles-mêmes sont souvent mortelles.

6° La forme lente des laryngosténoses syphilitiques peut se compliquer d'œdème et prendre brusquement un caractère d'acuité. Cette complication ne se produit pas fréquemment.

7° La forme brusque des laryngosténoses syphilitiques peut être victorieusement et rapidement combattue par le traitement spécifique, et l'intervention chirurgicale peut être évitée, *alors même que l'asphyxie paraît imminente.*

8° Le traitement spécifique doit être porté dès le début à de très-hautes doses, et être continué à doses décroissantes après la cessation des accidents respiratoires, sous peine de rechute.

9° La forme lente cède au traitement médical d'autant plus difficilement que son invasion a été plus insidieuse et plus prolongée.

10° Le rétrécissement, produit lentement, s'arrête quelquefois spontanément, et la trachéotomie ne devient pas nécessaire; mais il ne régresse jamais spontanément.

11° Lorsque, à la suite de coarctations cicatricielles, il y a tendance à l'oblitération du larynx, elle s'effectue, *quoi que l'on fasse*; l'ouverture des voies aériennes et le maintien indéfini de la canule sont imposés dans ce cas.

12° Les résultats de la dilatation mécanique dn larynx n'ont pas reçu encore la consécration du temps.

13° Les végétations syphilitiques du larynx peuvent être détruites ou extraites comme les végétations non diathésiques.

14° Le diagnostic entre les végétations simples et les végétations syphilitiques peut s'établir assez aisément; il n'en est pas toujours de même du diagnostic différentiel d'entre les végétations syphilitiques, tuberculeuses et carcinomateuses.

15° Le douleur est peu intense, la toux rare dans toutes les formes de laryngostènose syphilitique.

16° La conservation de la voix est compatible avec la gravité du mal.

17° Sauf les cas de végétations, le traitement *local* des laryngosténoses syphilitiques est sans utilité.

18° Dans l'immense majorité des cas, le choix du traitement est à faire entre la médication spécifique et la trachéotomie (ou la laryngotomie). Dans certains cas les deux moyens trouvent leur emploi.

L'étude qui vient d'être exposée a surtout pour but de déterminer ces indications.

## LA FIÈVRE JAUNE A MADRID EN 1878.

(Rapport présenté à M. le ministre de l'instruction publique par M. le docteur A. Guichet, médecin aide-major du huitième cuirassiers.)

Voici les points principaux que cette étude met en relief :

La fièvre jaune de Madrid est due à l'importation du germe morbide dans les vêtements et bagages des hommes en bonne santé licenciés à Cuba.

Elle s'est déclarée loin du voisinage de la mer et à une altitude de 675 mètres, parce que les germes, importés à l'état latent, ont repris leur activité morbifique, en présence de conditions thermiques et cosmiques favorables à leur développement.

Dans ce cas une quarantaine simple eût été utile.

On ne peut donc espérer l'immunité dans la fièvre jaune qu'en prenant les mesures suivantes :

Destruction des germes sur les bateaux provenant des pays à fièvre jaune, aussi bien dans les effets personnels des passagers et de l'équipage que dans le chargement, dans la cale et le fond de cale, soit à l'aide du froid artificiel, soit à l'aide de moyens chimiques.

Isolement immédiat du premier malade et prompte destruction des objets et effets à son service.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 novembre 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° des lettres de candidature de MM. Charles Richet, pour la section d'anatomie et de physiologie; Guéniot et Charpentier, pour la section d'accouchements; 2° un travail manuscrit de M. le docteur Maurin (de Marseille) sur *les principes de l'allaitement mixte*. (Commission de l'hygiène de l'enfance.)

### PRÉSENTATIONS

M. le secrétaire perpétuel présente, au nom de M. Charles Richet, la traduction du livre de Harvey sur *la circulation du sang*.

M. Bergeron présente, au nom de M. le docteur Sanné, les articles *Rougeole* et *Scarlatine* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. Hardy, au nom de M. Trumé (de Fontarse), un livre sur *la pathologie du grand sympathique*.

M. Maurice Raynaud présente, au nom de M. le docteur Fabre (de Marseille) un mémoire sur *les relations pathogéniques des troubles nerveux*.

M. Lagneau présente, en son nom, l'article *Anthropologie de la France*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. Larrey, au nom de M. Ennès, présente un livre en langue portugaise, intitulé : *la Vie médicale des nations*.

M. Gueneau de Mussy présente, de la part de M. Grellety, une brochure intitulée : *du Climat de Nice et de l'influence de ce climat sur les maladies de poitrine*.

M. Richet, au nom de M. Charpentier, présente un mémoire sur *l'obstétrique au Japon*.

### COMMUNICATIONS

M. Pasteur répond à une lettre adressée dans la séance précédente par M. Mascart sur la maladie des vers à soie. Il dit que la déplorable récolte de cette année est due à la mauvaise saison et non à l'inutilité des moyens qu'il a préconisés pour combattre la flâcherie.

### LECTURES

M. BUCQUOY lit une note intitulée : *du Pneumothorax sans communication de la plèvre avec l'air extérieur, consécutif à la thoracentèse par aspiration.*

Dans deux cas dont il rapporte les observations, M. Bucquoy a constaté les signes du pneumothorax après la thoracentèse, sans qu'aucune manœuvre maladroite, un vice de l'appareil ou une perforation pulmonaire, aient donné accès à l'air dans la cavité pleurale. La première fois ce fut dans une pleurésie purulente très-ancienne, chez un tuberculeux, que le pneumothorax se développa après la seconde ponction. L'opération de l'empyème montra qu'il y avait des gaz mélangés au liquide purulent, et l'autopsie qu'il n'y avait pas de perforation.

Le second fait est un cas de pleurésie aiguë, dans lequel, au milieu de l'opération, un sifflement aigu vint révéler tout à coup l'irruption de gaz dans l'appareil. Il y eut pneumothorax consécutif, mais la pleurésie n'en guérit pas moins très-rapidement.

M. Bucquoy explique le développement du pneumothorax dans ces conditions par la mise en liberté des gaz dissous dans le liquide de l'épanchement sous l'influence de l'aspiration et du vide qui s'établit dans la cavité pleurale elle-même. Ce phénomène suppose nécessairement que le retrait du poumon persiste après l'évacuation d'une partie de la sérosité.

Deux faits semblables sont rapportés par MM. Lereboullet et Tennesson ; ils reconnaissent la même cause. Cet accident consécutif à la thoracentèse rare et peu connue mérite d'être signalé ; car, lorsqu'il survient dans le cours de l'opération, il effraie singulièrement le médecin qui peut croire à l'entrée de l'air dans la plèvre. Mais, pour le pneumothorax consécutif ainsi produit, c'est un accident d'assez peu de gravité pour que la possibilité de cette complication ne soit pas une contre-indication de la thoracentèse dans la pleurésie thoracique.

M. BURQ donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *la Métallothérapie à Vichy de 1870 à 1873 contre le diabète et subsidiairement de l'association des métaux à la médication alcaline pour en augmenter et corriger les effets*, dont voici les conclusions :

La métallothérapie, qui a été affirmée si hautement dans ces derniers temps, est appelée à rendre dans le diabète, dans la variété du diabète gras surtout, et probablement dans d'autres affections diathésiques justiciables aussi de la médication alcaline, des services non moins grands que dans le traitement des névroses et de la chlorose ou chloro-anémie avec lesquelles le diabète offre tant de points de ressemblance.

Sans nier que la médication alcaline toute seule soit capable de rendre contre cette affection de notables services ; sans dire non plus que les métaux eux-mêmes, administrés, non point à la volée, pour ainsi dire, comme on le fit toujours, mais en conformité de la sensibilité thérapeutique individuelle, puissent jamais donner absolument tort à ces décevantes paroles de Cullen : *Aucun des diabétiques que j'ai vus, ni de ceux dont j'ai eu connaissance, n'a guéri*, ni sans nous départir d'une prudente réserve qui, en pareille matière, est surtout de rigueur, nous nous croyons en droit d'affirmer :

Que très-certainement le fer et l'arsenic jouent, dans les eaux alcalines qui en contiennent, un rôle dont on les a trop souvent dépouillés au profit de la médication alcaline ;

Que c'est à ces deux métaux donnés inconsciemment ou sans raison autre que celle de l'habitude et par conséquent à cette métallothérapie toute de hasard qui se pratique à Vichy, lorsqu'on envoie boire les malades à une source ferrugineuse ou arsenicale, que certains malades doivent de ne point éprouver les effets que Durand de Lunel, qui devait si bien s'y connaître, a décrits sous l'euphémisme d'*incidents* de la médication alcaline ;

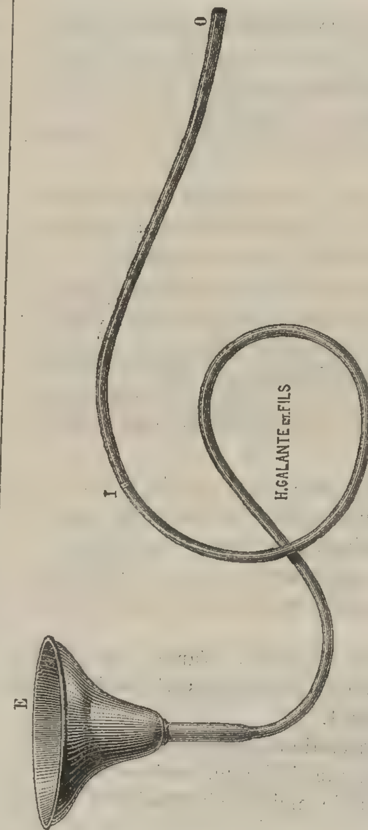
Et qu'il y a tout lieu, par conséquent, d'appliquer au diabète la même formule qu'aux névroses, savoir : Une affection nerveuse (lisez ici diabétique) étant donnée, tout le traitement consiste à lui appliquer un moyen quel qu'il soit, mais un métal de préférence, lorsque faire se peut, qui, soit *intus*, soit *extrà*, puisse ramener la sensibilité et les forces musculaires à l'état normal.

### PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. FAUCHER, interne des hôpitaux, présente un tube pour les lavages de l'estomac, construit sur ses indications par MM. Galante et fils, fabricants d'instruments de chirurgie.

Les lavages abondants de la cavité stomacale, faits à l'aide d'une pompe et d'une sonde œsophagienne, rendent souvent de grands services dans certains cas de gastrite chronique, avec production exagérée de liquides. L'introduction de la sonde, sans être difficile, est quelquefois pénible et les manœuvres de lavage fort laborieuses ; de plus, la sonde œsophagienne, fixée par le cardia, présente une extrémité relativement rigide contre laquelle la paroi de l'estomac peut venir se froisser dans un effort de vomissement et donner lieu à une hémorrhagie. Nous croyons avoir rendu cette opération plus facile et tout à fait inoffensive, grâce au mode opératoire que nous allons décrire et que nous avons employé pour la première fois au commencement de l'année 1878, dans un cas de gastrite chronique avec ulcère, qui avait résisté à tout traitement et qui est actuellement guéri.

L'appareil se compose d'un tube de caoutchouc de 1m,50 de long, de 10 à 12 millimètres, diamètre extérieur, et à parois assez épaisses, de sorte que le tube peut se courber sans effacer son calibre intérieur. A l'une des extrémités, la paroi est percée d'un œil latéral, de manière à présenter deux orifices qui peuvent se suppléer en cas d'obstruction de l'un d'eux, à l'autre extrémité est adapté un entonnoir d'une capacité d'environ 500 grammes.




Pour pratiquer le lavage, le malade saisit l'extrémité libre du tube, le porte dans le pharynx, et le pousse légèrement en faisant un mouvement de déglutition. Il répète ensuite un certain nombre de fois l'acte d'avaler tout en guidant le tube avec la main ; celui-ci pénètre assez rapidement, et le malade s'arrête quand il voit près des lèvres une marque faite à 45 ou 50 centimètres de l'extrémité stomacale, et dont l'expérienee détermine la place exacte dans chaque cas particulier. L'extrémité avalée est alors couchée sur la grande courbure. Cela fait, le malade verse de l'eau alcaline dans l'entonnoir et l'élève à la hauteur de la tête. Le liquide pénètre rapidement en vertu de sa pesanteur. Quand il est presque disparu, mais que le tube est encore plein, il abaisse l'entonnoir au-dessous du niveau de l'estomac, au-dessus d'une cuvette posée à terre, si lui-même est assis, ou sur un siège peu élevé s'il est debout. On voit aussitôt l'entonnoir se remplir du contenu de la cavité stomacale, et l'on constate qu'il revient une quantité de liquide plus considérable que celle que l'on a introduite, entraînant des résidus de digestion.

L'opération est répétée un certain nombre de fois jusqu'à ce que le liquide revienne presque limpide. On termine par un lavage à l'eau pure, si la solution alcaline était très-chargée en bicarbonate, ce qui est nécessaire dans les cas où l'estomac contient des mucosités filantes trop épaisses pour traverser le tube sans être modifiées.

Si le siphon cesse d'être amorcé par l'introduction de gaz ou de

débris d'aliments, un léger effort, une contraction de la paroi abdominale suffisent pour rétablir l'écoulement des liquides. On peut encore faire pénétrer une petite quantité d'eau qui chasse l'obstacle. La tolérance du pharynx arrive assez rapidement, et, dès la troisième ou quatrième tentative, les malades arrivent à introduire le tube sans trop de difficulté. Plus tard l'opération se fait sans la moindre nausée et se répète jusqu'à trois fois par jour ; au début, pour éviter tout vomissement et tout séjour de résidus soit muqueux, soit alimentaires, quand l'estomac est le siège de fermentations anomales, nous avons fait rapidement cesser ces phénomènes en pratiquant des lavages avec une solution de chloral (2 grammes par litre).

En résumé, nous trouvons à cette méthode plusieurs avantages: innocuité parfaite et possibilité au malade de pratiquer lui-même l'opération aussi souvent qu'il en sent le besoin.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'externat.* — Question donnée le 24 novembre : *Luxation du maxillaire inférieur.*

Question donnée le 25 : *Péritonite aiguë.*

— *École de médecine de Dijon.* — Sont confirmés dans leurs fonctions : MM. Maillard, professeur d'anatomie ; Misset, professeur de pathologie interne; Fleurot, professeur de pathologie externe et médecine opératoire ; Morlot, professeur de clinique interne; Brulet, professeur de clinique externe ; Gautrelet, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants.

Sont nommés : MM. Laguesse, professeur d'histoire naturelle ; Collette, professeur d'hygiène et thérapeutique ; Tarnier, professeur de physiologie; Ladrey, professeur de chimie et toxicologie ; Viallanes, professeur de pharmacie et matière médicale.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Chedevergne, docteur en médecine, est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. Orillard, décédé.

M. Mauduyt, pharmacien de première classe, est nommé professeur de pharmacie et matière médicale.

— M. le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, a commencé son cours sur les maladies des femmes le jeudi 20 novembre à huit heures du soir ; il le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Lésions fonctionnelles et lésions de texture étudiées surtout au point de vue du diagnostic et du traitement d'après la doctrine physiologique qu'il professe.

— M. le professeur Lasègue commencera ses leçons de clinique médicale, à l'hôpital de la Pitié, le jeudi 27 novembre 1879, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants. Le lundi, consultation externe. Le mercredi, conférence et exercices pratiques d'anatomie pathologique, d'ophthalmoscopie et de laryngoscopie. Le vendredi, conférence et exercices pratiques de chimie pathologique. Visite tous les jours à huit heures et demie du matin.

— *Muséum.* — Les cours commenceront le 27 novembre.

M. Georges Ville (physique végétale) exposera les conditions qui déterminent, favorisent et règlent la production des végétaux, les mardis et samedis à dix heures. Le cours commencera en janvier.

M. Frémy (chimie appliquée aux corps inorganiques) fera l'histoire des métaux, les mardis et jeudis, à trois heures. Les manipulations chimiques commenceront le 27 novembre et se termineront le 15 juillet. Elles ont lieu tous les jours. (S'inscrire immédiatement au laboratoire, 63, rue de Buffon.)

M. Van Tieghem (botanique, organographie et physiologie végétale) traitera de l'état présent de la morphologie des plantes, les lundis, mercredis et vendredis à neuf heures et demie.

M. Léon Vaillant (zoologie : reptiles et poissons) traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des reptiles et batraciens de l'époque actuelle et fossiles, les mardis, jeudis et samedis, à une heure. Le cours sera complété par des conférences pratiques.

M. E. Blanchard (zoologie : animaux articulés) traitera de l'organisation, des métamorphoses, des conditions de vie des insectes, des arachnides et des crustacés, les lundis, mercredis et vendredis, à une heure. Le premier cours aura lieu le mercredi 3 décembre.

M. Perrier (zoologie : annélides, mollusques et zoophytes) traitera des relations, au point de vue de la doctrine de la descendance, entre les mollusques ou les vers et les vertébrés, les mardis, jeudis et samedis, à deux heures et demie.

La bibliothèque du Muséum est ouverte de dix heures du matin à trois heures du soir, tous les jours, excepté les dimanches et jours fériés.

— M. le docteur T. Gallard commencera ses leçons de clinique médicale, à l'hopital de la Pitié, le samedi 29 novembre 1879 (amphithéâtre n° 3). Tous les matins, à neuf heures, visites et interrogations par les élèves, salles du Rosaire et Saint-Athanase. Les mardis et samedis, leçons à l'amphithéâtre. Le jeudi, examen au spéculum et consultation spéciale pour les maladies des femmes.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Avis.* — M. Cauchy est prévenu qu'il subira le premier examen de fin d'année le vendredi 28 novembre 1879, à une heure.

**Le Directeur : Dr E. Le Sourd.**

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8933.

N° 138. — SAMEDI 29 NOVEMBRE 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 29 NOVEMBRE 1879. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



Paris, le 28 novembre 1879.

Un scandale sans précédent s'est passé lundi dernier à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris.

Au nom de l'enseignement libre, publiquement outragé par un fonctionnaire de la Faculté, nous demandons justice.

### Doctrine de la spontanéité dans les maladies spécifiques et théorie étiologique des germes.

La discussion entre MM. Pasteur et Colin sur l'étiologie du charbon s'est généralisée, comme on l'a vu dans nos comptes-rendus des dernières séances de l'Académie de médecine, et, d'une discussion de faits, est devenue une discussion de principes et de méthode. Au fier défi jeté par M. Pasteur à la doctrine étiologique de la spontanéité sur laquelle repose, suivant lui, la médecine caduque, au nom de la nouvelle étiologie des germes dont il prétend faire la base de la médecine de l'avenir, M. Bouillaud avait opposé une sorte de déclinatoire, se défendant lui et les siens d'avoir jamais adopté ni professé le principe de la spontanéité. M. Colin a hardiment relevé le gant.

On ne peut pas avoir oublié avec quel talent et quelle chaleur de conviction Chauffard a soutenu à plusieurs reprises devant l'Académie, soit à l'occasion de cette même discussion sur l'étiologie du charbon, soit à l'occasion des discussions sur la septicémie et sur la fièvre typhoïde, le principe de la spontanéité. La doctrine de la spontanéité professée par Chauffard et enseignée depuis longtemps déjà avant lui n'est pas précisément telle que paraît la comprendre M. Pasteur. Lorsque M. Bouillaud lui a répondu, à ce sujet, qu'il se méprenait sur le sens du mot spontanéité en médecine, qu'une maladie spontanée ne veut pas dire une maladie sans cause, ce qui serait prêter aux partisans de cette doctrine une absurdité gratuite, mais une maladie dont on ignore la cause, il n'a exprimé qu'une partie seulement de la vérité. Peut-être eût-il été plus exact de dire que, par maladie spontanée, on entend une maladie dont la cause principale, efficiente, est intra-organique, vient du milieu intérieur lui-même, le milieu extérieur ne lui ayant fourni que l'élément de provocation, l'occasion de se manifester. Si l'on considère que, dans les maladies communes, les causes extérieures les plus manifestes et les mieux connues n'agissent pas nécessairement au même degré et en proportion de leur intensité d'action, chez tous les sujets, il faut bien admettre qu'il y a des différences d'impressionnabilité ou de réceptivité, de réactivité ou de résistance individuelle dont il faut tenir compte et qui témoignent d'une certaine part de spontanéité de l'organisme dans tout acte morbide. D'où cette proposition, qui peut avoir une apparence paradoxale et qui s'éloignerait singulièrement tout au moins de la doctrine nouvelle qu'on cherche à faire prévaloir, savoir que si la spontanéité n'exclut pas la provocabilité, si elle n'est jamais absolue dans aucun cas, elle entre toujours pour une part, si faible que ce soit, dans la génèse de toute maladie.

Mais, puisque nous avons cité Chauffard, rappelons en quelques mots les propositions qui résument son exposé du rôle de la spontanéité dans les maladies spécifiques et contagieuses. La cause occasionnelle des maladies spécifiques, dit-il, peut appartenir à des faits d'ordre commun comme à des faits d'ordre spécifique; elle peut même faire absolument défaut. Le caractère propre des maladies spécifiques ne saurait donc être fourni par la cause extérieure occasionnelle de ces maladies. La maladie spécifique a pour cause essentielle une génération morbide spécifique au sein de l'activité humaine; ou, en d'autres termes, la maladie spécifique, quelles que soient ses causes occasionnelles, est celle qui se manifeste et se juge par la création et l'émission de produits spécifiques, c'est-à-dire capables de transmettre à un organisme sain la maladie dont ils sont le siège et le produit.

A travers ces définitions un peu vagues et confuses, peut-être, exprimées ainsi sous cette forme abstraite, il n'est pas possible qu'on ne reconnaisse pas cependant l'expression vraie d'un fait d'observation qui s'impose et s'imposera encore jusqu'à ce que la démonstration scientifique du fait contraire qu'on lui oppose soit faite, non pour une ou pour plusieurs maladies spécifiques, mais pour toutes.

C'est à l'appui de cet ordre d'idées, de cette conception étiologique, que M. Colin a apporté les résultats de ses propres observations. Dans le discours qu'il a lu dans la séance du 18 novembre, sous ce titre : *Étiologie du charbon et spontanéité des maladies contagieuses*, M. Colin a pris à tâche, non-

seulement d'opposer aux faits de M. Pasteur des faits contradictoires, mais encore d'opposer méthode à méthode, principes à principes. Laissant pour le moment de côté ce qui, dans l'argumentation de M. Colin, se rapporte aux procédés d'expérimentation, aux expériences d'Eure-et-Loir, aux souvenirs évoqués des discussions précédentes, à l'histoire de la poule charbonneuse, etc., nous allons essayer de résumer la partie de ce travail qui est relative à la question générale de la spontanéité dans les maladies transmissibles ou spécifiques.

Voici en quels termes M. Colin s'est exprimé sur ce sujet :

Il est clair que, si une affection contagieuse est de nature parasitaire, comme la gale, sa spontanéité peut et doit même être niée au nom des méthodes, car, bien qu'elle naisse loin d'un malade dans l'espace et dans le temps, elle doit toujours résulter d'une transmission de parasite, celui-ci ne pouvant être le produit d'une génération spontanée dans l'organisme ou hors de l'organisme. Mais, dès que l'affection contagieuse ne se lie plus qu'à des proto-organismes de nature douteuse et à rôle problématique, la méthode n'a plus de bases certaines pour asseoir son jugement, parce qu'il n'est pas prouvé, d'une part, que ces proto-organismes sont la cause de l'affection, la condition indispensable de son existence, et qu'il n'est pas prouvé, d'autre part, que l'organisme malade est impuissant à faire naître en lui, dans les tissus, dans les liquides, un globule vivant ou un filament immobile. Enfin, une fois qu'il s'agit d'une affection sans parasites, sans microbes, comme la rage, la morve, la méthode expérimentale, la méthode inductive ou toute autre n'ont plus qualité pour se prononcer pour ou contre la spontanéité. Alors c'est à l'observation qu'il appartient de dire si la maladie naît ou ne naît pas en l'absence d'une contagion.

Sur quels principes, sur quelles analogies, sur quelles lois et sur quels faits les méthodes se fonderaient-elles pour nier la spontanéité, ou, en d'autres termes, pour nier que l'organisme puisse, par suite de ses propres perturbations ou par l'influence des causes du dehors, spécifiques ou communes, développer l'état virulent, la maladie contagieuse? Mais cet organisme, à un moment donné, ne produit-il pas le spermatozoïde dans une glande qui jusqu'alors n'en offrait pas de trace, et, à tous les moments, le globule de sang, le globule de chyle ou de lymphe plus merveilleux que tous les microbes réunis? La plus infime de ses cellules, même dans la plante, fabrique bien le principe immédiat, l'amidon, le sucre, les graisses, les matières protéiques. Elle fait, cette cellule, sans instrument, ce que les Locustes de l'ancienne Rome, les alchimistes du moyen âge ne pouvaient faire et ce que vous tous, habiles chimistes d'aujourd'hui, ne faites qu'avec peine dans vos vastes laboratoires avec le secours de vos appareils et de vos réactifs : les médicaments les plus variés, les poisons les plus actifs, les alcaloïdes, la strychnine, l'acide chlorhydrique. Et vous refusez à cette même cellule et à cet admirable agrégat de cellules appelé l'organisme le pouvoir de faire de la salive rabique, du pus morveux ou seulement d'altérer ces liquides de telle façon qu'ils deviennent virulents.

Quant à moi, il ne me paraît pas plus difficile à l'organisme malade de produire un virus qu'une autre matière, le mucus purulent ou l'urine albumineuse, par exemple. La production d'un virus, même à titre de matière nouvelle dans l'ensemble de l'organisme malade ou dans l'une de ses parties, ne devrait pas paraître plus surprenante que celle de la bile, où la chimie indique vingt substances diverses, ou que celle du sperme d'où sortira, suivant sa provenance, un scrofuleux ou un cancéreux, etc.

Et, à l'appui de ces considérations, M. Colin cite des exemples de diverses affections contagieuses en dehors de toute transmission. Tel, le fait d'un cheval isolé, pendant des années, de tout rapport avec les animaux de son espèce, et qui, sous la seule influence de fatigues excessives et d'un mauvais régime, contracte la morve : ou celui de ce quartier de cavalerie, dont les écuries belles, bien tenues, sont soigneusement expurgées de tous animaux morveux dès les premiers indices de suspicion, où toutes les précautions sont prises pour prévenir la contagion et pour la restreindre dans les plus étroites limites, et où néanmoins l'on voit de temps en temps des explosions de morve qui obligent à prendre des mesures extrêmes ; ou bien, enfin, pour rentrer plus spécialement dans le sujet particulier qui a été le point de départ de ce débat, cet autre fait dont M. Colin a été le témoin : dans une étable dépendant d'une belle propriété entourée de murs, étable récemment construite, pavée et plafonnée, n'ayant perdu, depuis dix ans, aucun de ses hôtes, l'une des bêtes du troupeau, la plus belle, qui n'avait jamais franchi les murs de son parc, vivant de la luzerne de ce parc et s'abreuvant à un puits du jardin d'une eau très-pure et très-fraîche, est frappée tout à coup d'un charbon foudroyant ; après elle, aucune autre bête n'a été frappée ni dans les murs, ni hors des murs.

Voici ce que montre l'observation :

Que ces faits, qui ne sont, en définitive, autre chose que des expériences naturelles, n'aient pas toute la rigueur, toute la précision des expériences faites dans les laboratoires, que quelques circonstances aient pu échapper à l'observateur, nous ne le contesterons pas. Mais nous ne pouvons nous empêcher d'être frappé de leur concordance avec ce que l'observation nous montre dans la médecine humaine. Nous ne contesterons pas davantage qu'il y aurait peut-être quelque chose de plus satisfaisant pour les esprits qui aiment et recherchent les choses simples, claires et faciles à saisir, dans la vue sur l'objectif d'un microscope, du microbe producteur de chacune des maladies spécifiques. Mais, outre qu'on est loin encore d'avoir accompli ce *desideratum*, le fût-il jamais en réalité, qu'en présence de chacun de ces microbes, il resterait encore une foule de questions à résoudre. Telles sont, par exemple, celle de la résistance, à un moment donné de la vie d'un individu, à un contage qui le trouvera plus tard accessible à son action ; celle de l'immunité acquise pour certains virus ou contages, après une première atteinte de la maladie qu'il produit ; celle de la résistance absolue des uns, de l'aptitude des autres à subir indéfiniment les atteintes du même mal ; enfin les transmissions diathésiques héréditaires ; tous faits d'observation journalière indéniables, et qui montrent qu'il n'en est pas tout à fait de la causalité en médecine, comme de la causalité en mécanique, toujours fatale, toujours irrésistible et toujours adéquate dans ses effets. L'étiologie médicale est plus complexe, et l'un des éléments de sa complexité est la spontanéité organique.

Dr Brochin.

---

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

**Diabète sucré : examen de l'urine ; dosage du sucre** (1).

### III

2° M. Bouchardat a recommandé un procédé prompt, et simplement numérique ; il consiste à prendre la densité de l'urine, soit ici, 1,040, et à multiplier les deux derniers

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 novembre 1879.

chiffres par 2, soit $40 \times 2 = 80$. Ce nombre 80 est multiplié par la quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures. $80 \times 2^{l},500 = 200$ grammes. Le nombre obtenu représente la quantité de « matériaux solides » éliminés par les urines. Pour avoir la quantitè de sucre, il suffit de retrancher de ce nombre 200 le nombre 50, qui, d'après M. Bouchardat, représente le chiffre normal, à peu près invariable, de matériaux solides, autres que le sucre, éliminés par les urines. D'où $200 - 50 = 150$ grammes de sucre.

La méthode précédente nous donnait 141 grammes; l'écart entre les deux résultats est ici peu considérable. Cette approximation suffirait bien à la clinique si elle était toujours aussi exacte : malheureusement les différences peuvent être considérables. Ainsi nous avons obtenu les chiffres de 128 grammes avec le polarimètre et 112 grammes avec le procédé Bouchardat; un autre jour 225 grammes et 150 grammes; chez un autre malade, celui du service de M. Vulpian, le saccharimètre indiquait 360 grammes et le procédé Bouchardat 345 grammes.

3° Le dosage par le procédé de Fehling ou de Barreswill se fait avec la liqueur titrée de Fehling; 10 centimètres cubes de cette liqueur correspondent à 5 centigrammes de glycose.

Dans une pipette, on mesure 10 centigrammes de liqueur et on la verse dans un ballon, où l'on ajoute 2 à 3 centigrammes d'une solution concentrée de soude caustique; on étend l'eau distillée de façon à remplir le ballon aux deux tiers, l'on agite et l'on chauffe.

D'un autre côté, dans une éprouvette graduée on mesure 10 centimètres cubes d'urine, et on les dilue avec de l'eau distillée jusqu'au trait 100, de façon à avoir une dilution au 10e. On agite et l'on introduit ce liquide dans une burette de Gay-Lussac, qu'on remplit jusqu'au zéro de la grosse branche.

Quand le liquide du ballon est arrivé à l'ébullition, on ajoute « goutte par goutte » le liquide de la burette de Gay-Lussac dans le ballon, jusqu'à décoloration de la liqueur bleue du ballon : on s'arrête lorsqu'il n'y a plus de reflets bleus dans ce liquide, et que les reflets rouges apparaissent. Je lis, par exemple, sur la burette que j'ai versé $7^{cc},8$. Or 10 centimètres cubes de liqueur de Fehling = 5 centigrammes de glycose. On a donc $\frac{5 \times 1,000}{78} = 64$ grammes de sucre par litre.

Ce procédé est excellent lorsqu'on est habitué à l'employer : il ne comporte pas une erreur supérieure à 2 p. 100 du résultat total.

4° La fermentation fournit aussi un moyen de dosage du sucre; mais ce procédé comporte des dépenses d'installation supérieures même à l'achat d'un saccharimètre; il n'est donc pas à la portée du praticien.

Il est assez intéressant de s'occuper des autres principes que renferme l'urine des diabétiques, et principalement de l'urée.

Votre malade élimine dans les vingt-quatre heures 40 à 45 grammes d'urée; celui du service de M. Vulpian en rend 51 et même 60 grammes. Ces chiffres sont bien supérieurs au chiffre moyen de 25 grammes au plus à l'état normal. Or cette augmentation de l'urée éliminée est de règle dans tous les cas de diabète; le chiffre ne s'abaisse qu'à la fin de la deuxième période, lorsque la consomption est avancée. Mais il faut distinguer l'augmentation d'urée dans la première période du diabète, de celle de la dernière période. Dans le premier cas, lorsque le malade est gras et robuste encore, l'augmentation tient à ce qu'il mange beaucoup; le chiffre d'urée est en corrélation avec la quantité de matières ingérées dans les vingt-quatre heures. Au contraire, dans la deuxième période, période d'amaigrissement, d'altération des fonctions, le malade mange beaucoup moins, et cependant il élimine toujours beaucoup d'urée. Cette urée ne vient plus des aliments, mais des matériaux mêmes de l'organisme. Le malade ne fait plus de sucre avec ses aliments comme au début, mais il en fait aux dépens de son organisme; il en fait avec ses tissus, dont les matières albuminoïdes se dédoublent en sucre et en urée.

Aussi, toutes les fois que vous verrez un malade s'amaigrir en même temps qu'il rend beaucoup d'urée, vous pourrez dire qu'il passe de la première à la deuxième période, et qu'il s'achemine vers la période de consomption, jusqu'à ce que, ne pouvant plus faire de sucre, ni avec ses aliments, ni même avec ses tissus, il cesse d'éliminer sucre et urée en quantités appréciables.

Étant donnée une certaine augmentation de l'urée, comment peut-on savoir si elle vient des aliments ou de la réserve organique des tissus eux-mêmes? Quand les malades font encore du sucre avec leurs aliments, le chiffre de l'urée est toujours moins élevé que dans la dernière période, dans laquelle le sucre est fabriqué aux dépens des tissus. Ainsi, notre malade rend 40 à 45 grammes d'urée; il est encore à la première période, tandis que celui du service de M. Vulpian est arrivé à la période d'amaigrissement et élimine 50 à 60 grammes d'urée dans vingt-quatre heures.

On peut, en urologie, juger de la part qu'il faut attribuer aux aliments par le chiffre des chlorures. On ne rend de chlorures que suivant ce que l'on mange : le chiffre du chlorure de sodium donne, pour ainsi dire, la jauge de l'alimentation.

Notre malade, avec 40 grammes d'urée, élimine $9^{gr},8$ NaCl (le chiffre normal étant 8 à 10 grammes). Après son entrée à l'hôpital et son alimentation spéciale par un régime azoté approprié, il éliminait $12^{gr},75$ de NaCl, chiffre en rapport avec la richesse de son alimentation.

Le deuxième malade, avec 50 à 60 grammes d'urée, ne rend que 8 grammes à $7^{gr},5$ de NaCl : une grande partie de son urée vient donc déjà de la destruction de ses tissus.

Quant aux autres principes, l'étude clinique de l'urine n'a pas encore permis de saisir les rapports que l'on peut tirer de leurs variations quotidiennes.

---

## HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules Simon.

### Des causes de claudication chez les enfants (1).

II

Une autre cause de claudication chez les enfants est celle qui est produite par les *paralysies* d'origine *cérébrale* ou d'origine *médullaire*. Si la claudication tient à une paralysie cérébrale, vous trouverez chez l'enfant les fonctions du cerveau plus ou moins profondément troublées; de même les organes des sens. Vous observerez du strabisme, parfois des convulsions, des contractures, de la raideur, du trouble de l'intelligence. Les parents ne vous diront pas que l'enfant

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 novembre 1879.

est tombé malade subitement, du jour au lendemain, vers l'âge de 9 à 24 ou 26 mois, comme nous l'avons vu précédemment dans la paralysie infantile. Dans les cas qui nous occupent, la maladie est venue de longue date, depuis la naissance et progressivement; on a constaté de l'irritation cérébrale, et plus tard apparaît la sclérose cérébrale.

Dans la paralysie médullaire, différente de la paralysie infantile, il y a aussi de la claudication; cela tient ordinairement au mal de Pott; cherchez la colonne vertébrale, et vous trouverez une gibbosité plus ou moins prononcée. Les deux membres sont aussi paralysés l'un que l'autre, ou, du moins, il y a moins de différence entre les deux membres que dans la paralysie infantile, où, un membre étant paralysé, l'autre est à peu près intact. Retenez cependant que la paralysie consécutive au mal de Pott n'est pas incurable, elle peut guérir dans certaines circonstances. Nous avons eu ici un enfant, abandonné depuis trois ans comme incurable; après trois ans de paraplégie, il a pu marcher. On en a vu guérir après dix, vingt ans même.

La *diphthérie* est encore une cause de paralysie et par suite de claudication; vous ne vous y tromperez pas non plus, car on vous racontera que l'enfant a eu mal à la gorge, a eu le croup, qu'il a eu la voix nasonnée et qu'il rejetait les liquides par le nez (paralysie du voile du palais); parfois il y a strabisme et raideur des muscles du cou. Cette paraplégie est encore égale des deux côtés; il n'y a pas d'atrophie du membre, tous deux sont symétriques.

On observe quelquefois la *paralysie éphémère des enfants à la mamelle,* ce que Chassaignac appelait la torpeur musculaire; elle est localisée souvent à un bras, à une jambe, parfois elle occupe les deux bras. Elle dépend toujours d'une violence extérieure faite par une nourrice maladroite ou brutale, ou bien elle est consécutive à un refroidissement manifeste. On apprend que la nourrice a tiraillé le bras brusquement, que l'enfant a été assis sur le sol humide, etc.; c'est là l'explication de la paralysie passagère que l'on trouve à un membre, à une jambe ou à un bras, sans qu'il y ait trace de violence, de contusion ou d'ecchymose.

Dans certains cas, vous verrez des enfants de cinq à dix ou douze ans, des petites filles surtout, présenter des douleurs dans les jambes, des douleurs dans les nerfs, douleurs de tête, douleurs dans la face, dans les membres inférieurs, etc., c'est de l'*hystérie* naissante. Ainsi, j'ai vu une petite fille qui boitait depuis un certain temps. Articulations, os, tout était sain; elle ne présentait que des points douloureux au niveau de l'origine des nerfs. Elle était hystérique, et l'a bien montré depuis.

N'omettons pas les myalgies, les névralgies produites par le refroidissement; ces douleurs dans les membres sont en dehors de toute lésion médullaire ou cérébrale.

Des maladies des masses musculaires peuvent aussi causer la claudication; je veux parler d'une maladie rare, puisque je ne l'ai observée que trois fois, de la *paralysie pseudo-hypertrophique*. Le membre est paralysé, bien que les muscles impotents paraissent développés même outre mesure. Cela tient à ce que ces muscles sont frappés de prolifération conjonctive qui atrophie les fibres musculaires striées. Vous en ferez le diagnostic après avoir éliminé toutes les causes que nous avons énumérées dans la précédente leçon et dans celle-ci; vous verrez alors que l'enfant a les hanches énormes, des mollets rappelant ceux des tableaux de Michel-Ange, et présentant les dimensions observées habituellement chez une femme bien développée, tandis que le tronc et le reste du corps ont conservé les dimensions naturelles à l'enfance. Vous avez à faire le diagnostic différentiel de cette pseudo-hypertrophie avec la luxation congénitale du fémur; un moyen sûr d'éviter l'erreur sera d'examiner le pli de l'aine et d'y chercher la tête du fémur. Dans la luxation congénitale, vous savez que la tête est déplacée dans la fosse iliaque; vous verrez en outre le dandinement particulier au sujet atteint de luxation double, qui prend successivement son point d'appui sur un côté du corps, puis sur l'autre, en rejetant le tronc en arrière.

L'*atrophie musculaire progressive* amène quelquefois la claudication chez les adultes : elle est rare chez les enfants; elle débute, dans ce cas, par les muscles de la face, tandis que, chez l'adulte, elle attaque d'abord les muscles des éminences thénar et hypothénar.

Je citerai encore la compression des muscles à la suite d'*abcès par congestion;* après avoir reconnu que l'articulation coxo-fémorale est libre, on sent dans la fosse iliaque une tumeur arrondie et tendue : c'est l'abcès qui, passé en avant des plans aponévrotiques, est venu jusque dans la fosse iliaque externe. Cherchez ensuite à la région lombaire, et vous trouverez une gibbosité.

Des *brides cicatricielles*, des *arrêts de développement* sont encore des causes de claudication. A la suite de rétraction musculaire produite par des maladies articulaires, on observe l'atrophie du membre, mais celle-ci occupe plutôt la cuisse que la jambe; au contraire, la paralysie infantile atteint la jambe, et plutôt certains groupes de muscles que d'autres.

Je vous ai dit déjà que la « croissance » ne doit être comptée comme cause de claudication que lorsque vous aurez éliminé toutes les autres, après un examen minutieux. Il serait d'autant plus dangereux de l'admettre que toujours les parents la mettent en avant : le médecin devra donc se tenir d'autant mieux sur ses gardes. Si l'enfant a joué beaucoup, il peut avoir des douleurs dans les genoux, et même, comme je l'ai observé, du vertige et des nausées produites par cette douleur, mais ne consentez qu'*in extremis* à admettre ce diagnostic. Il en est de la croissance comme des vers et de la dentition; beaucoup trop invoqués autrefois, ces deux derniers facteurs sont peut-être un peu trop négligés aujourd'hui. Mais, avant de dire que des accidents mal expliqués tiennent à la dentition, examinez le fond de la gorge, et vous y trouverez le plus souvent la cause des troubles que vous ne pouvez expliquer.

Notons, pour terminer, la *convalescence* des grandes maladies, qui cause une certaine boiterie passagère; et, enfin, mais seulement chez les adultes, les thromboses, les varices, les appareils longtemps appliqués, les troubles de la circulation artérielle.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**État particulier de la peau dans la paraplégie.** (*British medic. Journal*). — Chez un malade atteint d'une tumeur du cou avec paralysie du grand sympathique cervical gauche, et paraplégie complète à partir de la partie moyenne du thorax, M. Wood fut frappé du fait suivant : le contact d'une sonde d'argent ordinaire laissait sur la peau des parties paralysées des traces noires fortement marquées; dans les autres points, au contraire, le frottement de la sonde ne déterminait que des traînées rouges dues à la dilatation vasculaire. M. Ferrier obtint les mêmes résultats

avec une pièce d'argent. Au contraire, les résultats étaient absolument négatifs avec une clef ou un morceau d'ivoire. Avec une pièce d'or et une médaille de bronze, il obtint aussi des marques noires, mais moins rapidement.

Pensant qu'il se formait peut-être là un sulfure métallique, M. Ferrier eut recours aux réactifs capables de le déceler, et en particulier au papier à l'acétate de plomb; aucune réaction ne se produisit. Poursuivant ses recherches, il obtint des marques noires, analogues à celles décrites plus haut, avec l'or, le cuivre pur ou en alliage, le plomb, le zinc et le magnésium. Au contraire, le fer, le platine et l'arsenic métallique ne produisent jamais que la raie rouge de la dilatation vasculaire. Ayant eu l'idée de nettoyer un fragment de magnésium avec un de ces morceaux de peau dont on se sert pour l'argenterie, il remarqua que le morceau de peau devenait plus noir par le frottement. Le résultat fut le même avec tous les métaux qui avaient laissé des traces sur la peau du patient; le fer et le platine au contraire ne produisirent rien.

Il résulte de là que la peau humaine, comme le cuir des animaux, jouit de la propriété de détacher par le frottement certains métaux sous forme d'une poudre noire très-fine. Si le fer et le platine résistent, cela tient à leur dureté.

Des résultats analogues ont été obtenus chez des sujets sains, mais beaucoup plus lentement. Chez un malade atteint d'œdème consécutif à une affection cardiaque, les marques noires sont au contraire rapidement apparues. C'est ce qui conduit l'auteur à admettre que les curieux résultats obtenus chez les sujets paralysés tiennent à un état œdémateux de la peau lié à la dilatation vasculaire, et souvent inappréciable à la pression et au pincement. Il y aurait là peut-être, selon lui, un nouveau moyen de diagnostiquer certains œdèmes qui échappent à nos procédés actuels d'exploration. (*Gaz. méd.*)

**De la fécondation artificielle.** — La fécondation artificielle, tentée dans le siècle dernier par Swammerdans et Rœsel, fut réalisée en 1767, par l'abbé Spallanzani, qui réussit à féconder artificiellement plusieurs mammifères, notamment une chienne. Les préjugés de cette époque l'empêchèrent de tenter la fécondation sur l'espèce humaine, quoiqu'il ait exprimé plusieurs fois la conviction de la possibilité du fait. Le premier succès dans l'espèce humaine fut obtenu par Hunter, en 1799, chez un hypospade qui devint père en injectant le sperme éjaculé dans le vagin de sa femme. Dès 1838, M. Girault fit injecter le sperme dans le col, au moyen d'une sonde uréthrale contenant le liquide et par l'autre bout de laquelle il le poussait par insufflation. Sims, en 1866, et Gigon, en 1846, obtinrent de pareils succès.

Mais la fécondation artificielle était restée bannie de la science, et la plupart des maîtres la condamnaient comme attentatoire à la pudeur, lorsque parut le livre de M. Courty, dans lequel l'auteur indique sommairement son procédé opératoire. M. Pajot, qui avait condamné la fécondation artificielle en 1867, n'a pas craint plus tard de l'appuyer de son immense autorité. Il la considère aujourd'hui comme applicable à certains cas, après que tous les autres moyens rationnels de traitement ont échoué. Mais on peut se demander cependant s'il ne convient pas d'essayer la fécondation artificielle, opération toujours inoffensive, avant de recourir aux mesures chirurgicales, telles que l'amputation du col, qui font courir aux malades les plus graves dangers. C'est là une question délicate dont les intéressés nous paraissent devoir être les seuls juges.

Il va sans dire que la fécondation artificielle ne doit pas être pratiquée après la ménopause, ni chez la femme atteinte d'une aménorrhée précoce et n'étant pas accompagnée de la poussée inflammatoire indiquant l'existence du molimen menstruel. Elle est également contre-indiquée dans les cas de rétrécissement du bassin, dans les cas d'atrophie de l'utérus et lorsque la stérilité reconnaît pour cause un vice de conformation irrémédiable des organes génitaux.

Il est une autre contre-indication formelle, contre laquelle M. Lutaud appelle toute l'attention des praticiens; c'est l'existence d'une pelvi-péritonite chronique. Non-seulement l'opération aurait peu de chances de succès, car, dans ces cas, la stérilité est le plus souvent due à une oblitération des trompes résultant d'adhérences, mais elle pourrait encore donner lieu à des complications inflammatoires plus ou moins graves. La métrite, l'endométrite et toutes les affections inflammatoires de l'utérus et des annexes contre-indiquent également l'opération. L'opérateur doit encore s'assurer, avant de pratiquer la fécondation artificielle, de la qualité du sperme fourni par le fécondant. Enfin, il faut s'abstenir lorsqu'il existe chez les conjoints une diathèse tuberculeuse, cancéreuse ou scrofuleuse.

Quant à l'époque à laquelle on doit pratiquer l'opération, les uns prétendent que la femme n'est fécondable que pendant les huit jours qui précèdent ou qui suivent les règles; les autres, que la fécondation ne peut avoir lieu que dans les quinze jours qui suivent les règles; d'autres enfin prétendent que la femme n'est fécondable que dans les deux ou trois jours qui précèdent la menstruation, s'appuyant sur ce fait, que le processus congestif qui détache l'ovule de l'ovaire est le moment propice pour féconder cet ovule, qui marche pour ainsi dire à la rencontre de l'élément fécondateur mâle. On a même dit, non sans apparence de raison, que la femme est plus apte à être fécondée pendant la menstruation, parce qu'alors on a des chances de rencontrer l'ovule dans l'utérus.

On ne peut encore trancher cette question; cependant les expériences tendent à prouver que la fécondation se fait plus souvent avant l'apparition des règles qu'après la disparition de l'écoulement menstruel. Des procédés opératoires divers ont été proposés par MM. Marion Sims, Courty, Pajot, Eustache. (*Courrier méd.*)

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 novembre 1879. — Présidence de M. TARNIER.

**Section du tendon du fléchisseur; suture des tendons.** — M. FLEURY (de Clermont) demande l'avis de la Société de chirurgie sur l'observation suivante : une cuisinière, âgée de dix-huit ans, s'était fait au médius gauche une plaie, très-légère en apparence, avec des fragments d'assiette; actuellement, elle ne peut fléchir le médius. Il y a donc eu section du tendon du fléchisseur. M. Fleury demande quelle doit être la conduite du chirurgien. Faut-il tenter la suture du tendon ou faire l'amputation du doigt?

M. DUPLAY n'hésiterait pas à faire la suture tendineuse; en faisant l'ischémie au moyen de l'appareil d'Esmarch, on peut pratiquer cette opération. Il sera facile de trouver la portion inférieure du tendon; quant à la partie supérieure, plus difficile à saisir, il serait préférable d'en faire l'anastomose avec un tendon voisin.

**Kyste hémorrhagique du sinus maxillaire.** — M. BOISSARIE (de Sarlat), membre correspondant, adresse l'observation d'un homme, âgé de cinquante ans, qui portait depuis quinze mois une tumeur de la narine droite, ressemblant à un polype. Plus tard, la tumeur envahit la fosse canine et la région palpébrale inférieure, déviant l'œil et obstruant la narine. Les dents et les gencives étaient d'ailleurs à l'état sain. Ni douleur, ni cachexie, ni altération des téguments. La résection du maxillaire ayant été pratiquée, on arriva sur la tumeur qui ressemblait à une sorte de poche anévrysmale; après son incision, elle laissa suinter pendant longtemps une sanie fétide, d'apparence hémorrhagique, 200 à 300 grammes par jour, en moyenne. La réparation fut rapide; les parois de la tumeur se rapprochèrent. Le point de départ de la tumeur paraît avoir été un kyste avec vascularité prononcée de la membrane. Trois ans auparavant, le malade avait présenté une tumeur analogue du bord orbitaire qui se vida par les fosses nasales; celle-ci se développa dans le sinus maxillaire de la même façon que la première dans le sinus frontal. Ces épanchements sanguins ne sont que des kystes dont le produit de sécrétion a été modifié par des hémorrhagies.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA MOBILISATION DES ARTICULATIONS MALADES.

M. LE FORT. Je pense que les opinions de M. Verneuil sont dangereuses, non pas entre ses mains, mais entre les mains de disciples moins habiles que le maître. Il en sera de l'immobilisation des articulations malades ce qu'il en a été de la théorie du taxis forcé émise par M. Gosselin. Les appareils inamovibles laissent le chirurgien dans une fausse sécurité. Sur bien des points, M. Verneuil suit la pratique adoptée universellement par nous tous, ankylophobes ou ankylophiles. Si nous sommes en présence d'une arthrite déclarée, tous nous immobilisons l'articulation malade, et même souvent les articulations voisines; nous sommes même heureux d'obtenir l'ankylose. Mais, s'il s'agit d'une arthrite légère, rhumatismale, nous cherchons, au contraire à prévenir l'ankylose par des mouvements communiqués à temps à l'articulation malade. Les mouvements sont inutiles, d'après M. Verneuil. Je suis d'un avis tout à fait opposé. Il ne faut pas s'occuper ici uniquement de l'ankylose vraie; l'immobilisation d'une articulation saine ne produira jamais la soudure complète des fausses ankyloses et des raideurs articulaires.

L'immobilisation prolongée compromet-elle le mouvement dans une articulation saine? Telle est la véritable question : M. Verneuil répond négativement; je réponds affirmativement. Il n'existe dans la science assurément aucune observation d'ankylose vraie produite dans ces conditions; mais on a vu des lésions anatomiques et des troubles fonctionnels des ankyloses fausses survenir à la suite d'immobilisations prolongées; heureux encore les malades qui seront traités à temps par un ankylophobe!

Sans parler des diverses expériences tentées sur des animaux dont on a immobilisé pendant longtemps les articulations, je ferai remarquer que les tendons se rétractent nécessairement, certaines parties relâchées se tendent, et, plus tard, ne peuvent être ramenées que par la force à leur situation normale. Ainsi, quand on laisse les doigts dans une extension prolongée, on voit, au niveau des articulations, la peau de la région dorsale, qui est plissée à l'état normal pour faciliter la flexion, se rétrécir et devenir lisse, de sorte que le malade ne pourra fléchir les doigts sans grande douleur. Il guérit alors de sa fracture, mais il est estropié de la main. M. Verneuil dit bien que, six mois après, cette gêne des mouvements aura disparu par la mobilisation naturelle, mais ce long temps de repos n'est-il rien pour un ouvrier? Un ankylophobe, qui aurait fléchi les doigts tous les quatre ou cinq jours, l'aurait mis à l'abri de pareil accident.

En 1869, une thèse faite par un élève de M. Verneuil, par M. Deltil, sur une étude comparative des divers traitements de la fracture de cuisse, constatait que l'immobilisation prolongée amenait des raideurs permanentes, la mobilisation naturelle n'étant donc pas suffisante. Mes malades, traités par l'immobilisation la moins prolongée, étaient les plus vite guéris; les raideurs étaient d'autant moins considérables que les appareils avaient été enlevés plus tôt. Les raideurs n'existeraient pas si elles étaient traitées par un chirurgien ankylophobe.

Il est évident que, dans le cas où des fragments osseux font saillie dans l'articulation, aucun chirurgien ne cherchera par des mouvements à produire une pseudarthrose; tous nous sommes, dans ces cas, partisans de l'immobilisation dans une attitude convenable.

Après la consolidation d'une fracture, faut-il se contenter de l'ankylose, ou faut-il chercher à rendre les mouvements à l'articulation? Je pense qu'il faut faire des mouvements, lors même qu'on ne serait assuré que de succès partiels, car ces manœuvres sont sans danger.

S'il s'agit de fausses ankyloses, tous nous sommes parttsans de la mobilisation artificielle. M. Verneuil lui-même admet la rupture des adhérences pour corriger une attitude vicieuse. Dans ma pratique, je n'étends que par des mouvements lents et progressifs; je ne romps point les ankyloses fibreuses; je cherche à obtenir des mouvements par des séances journalières, qui ne produisent que peu ou point de douleurs, de façon à éviter toute inflammation de l'articulation.

Après le redressement brusque, on a à craindre une nouvelle inflammation; puis on immobilise de nouveau, ce qui expose encore à des raideurs. Des accidents ont été signalés quand on a mobilisé à outrance et trop vite. Au contraire, la méthode des mouvements communiqués progressivement a donné de bons résultats.

Faut-il mobiliser après la réduction des luxations? Je suis du même avis que M. Verneuil, et je réponds : ni trop tôt ni trop tard. Pour l'épaule, il ne faut pas attendre au-delà de quinze jours, parce que, la partie axillaire de la capsule se rétractant, la tension devient douloureuse quand on tente l'abduction. Il est inutile, dangereux même d'essayer les autres mouvements. S'il y a eu des phénomènes inflammatoires, la rétraction sera encore plus grande; ce sera un nouveau motif pour ne pas provoquer des fausses ankyloses ni de l'inflammation par des mouvements prématurés.

La fin de la communication de M. Le Fort est renvoyée à la prochaine séance.

COMMUNICATION

**Grenouillette congénitale par oblitération du canal de Warthon.** — M. LANNELONGUE. Je viens d'observer un exemple de grenouillette par imperforation du canal de Warthon, chez un enfant de quinze jours. Une heure après sa naissance, la sage-femme, examinant la bouche, constata l'existence de cette tumeur du côté gauche, sur le plancher de la bouche. L'orifice du canal de Warthon ne fut pas trouvé; la tumeur suivait cependant la direction de ce canal. Je fis l'ouverture de la poche à son point culminant; il en sortit un liquide transparent et séreux (celui des grenouillettes ordinaires est filant et visqueux). Un stylet introduit dans le conduit suivait exactement le trajet du canal de Warthon, jusqu'à la glande sous-maxillaire.

Un fait analogue a été présenté avec pièces anatomiques, par M. Guyon, en 1866. Stoltz en a observé un pareil. Dubois a attribué à tort à l'imperforation du canal de Warthon une grenouillette développée par la simple dilatation d'une glandule du plancher de la bouche.

PRÉSENTATION DE MALADE

**Résection du genou.** — M. LE DENTU présente un jeune homme auquel il a pratiqué cette opération au mois de mai dernier, pour une tumeur blanche du genou avec fistules et fongosités. L'état des os était mauvais; cependant la guérison est complète. Il y a un raccourcissement de 7 centimètres, environ 5 pour le fémur, et 2 pour le tibia. Un tuteur est encore appliqué pour empêcher le membre de s'arquer en dehors. La rotule a été enlevée, parce qu'il ne semble pas qu'elle puisse être conservée utilement dans des cas analogues.

L'immobilisation a été pratiquée au moyen d'un appareil plâtré, avec fenêtres larges pour le pansement.

M. ANGER conseille, pour empêcher le ramollissement du plâtre, de doubler l'appareil avec de la gutta percha.

M. TRÉLAT propose de coller une feuille de gutta percha sur la gouttière plâtrée et de la renforcer au moyen d'une attelle en fil de fer, entourée d'une bande ordinaire et d'une bande plâtrée, que l'on incorpore, en arrière, dans la gouttière plâtrée.

PLACES VACANTES

M. LE PRÉSIDENT déclare vacantes : 1° deux places de membres associés étrangers; 2° trois places de membres correspondants nationaux.

La séance est levée à cinq heures un quart.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Jules Fleury, étudiant en médecine, ancien interne des hôpitaux de Besançon, qui vient de succomber à la diphthérie, à l'hôpital Necker.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Folet, professeur d'anatomie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de pathologie externe, vacante à ladite faculté par le décès de M. Morisson.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Reverchon (Jacques-Joseph), né à Lyon le 15 avril 1856, bachelier ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire de pharmacie, en remplacement de M. Combaud.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Hergott, professeur de clinique obstétricale et gynécologie, est nommé professeur de clinique obstétricale et accouchements (chaire transformée).

— *Boursiers des écoles supérieures de pharmacie.* — Sont nommés pour un an, à dater du 1er octobre 1879, boursiers près les Écoles supérieures de pharmacie et la Faculté mixte ci-après désignées, les candidats au grade de pharmacien de première classe dont les noms suivent :

*École supérieure de Paris.* — MM. Joseph-Louis Gaudin, Jean-Marie-Justin Lafont, Charles Marq, Émile-Louis-Casimir Rémy, Léon-Auguste-Louis Nardin, Pierre-Lucien Vaudin, Georges-Jules-Achille Garnaud, René-Victor-Marie Malenfant, Charles-Paul-Émile-Hippolyte Foulon.

*Faculté mixte de Lille.* — M. Camille-Marie Lagneau.

*École supérieure de Nancy.* — MM. Firmin-Léopold Soufflet, Charles-Alfred Held, Nicolas Beckerich, Auguste-Henri Paulin.

— *Ecole de médecine de Limoges.* — Sont nommés : MM. Barny, professeur d'histoire naturelle ; Mandon, professeur d'hygiène et thérapeutique ; Astaix, professeur de chimie et toxicologie ; Chénieux, professeur de pathologie externe et médecine opératoire ; Blényc, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants ; Pillault, professeur de pharmacie et matière médicale.

— *École de médecine de Toulouse.* — Un concours s'ouvrira le 31 mai 1880, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *Collége de France.* — MM. les professeurs et lecteurs commenceront les cours le 1er décembre. Nous extrayons de l'affiche les heures des cours qui peuvent intéresser nos lecteurs.

M. Brown-Séquard (médecine), les mardis et samedis à dix heures, traitera de l'histoire physiologique, pathologique et thérapeutique de l'inhibition (arrêt de propriété ou de fonction).

M. Mascart (physique générale) exposera la théorie des phénomènes électriques et magnétiques les mardis et samedis à dix heures et demie.

M. Schützenberger (chimie minérale), les mardis et samedis à une heure et demie. Les leçons du mardi seront consacrées à l'analyse et celles du samedi à diverses questions de chimie biologique.

M. Fouqué (histoire naturelle des corps inorganiques) traitera de la reproduction artificielle des minéraux et des roches cristallines, les jeudis et samedis à neuf heures du matin.

M. Balbiani (embryogénie comparée) traitera des phénomènes généraux de l'évolution des animaux et particulièrement des vertèbres, les mardis et samedis à une heure et demie.

M. Ranvier (anatomie générale) traitera du système tégumentaire et des terminaisons nerveuses sensitives, les jeudis et samedis à trois heures.

M. Berthelot (chimie organique) traitera de diverses questions de philosophie chimique, les lundis et vendredis à dix heures et demie.

— M. le professeur Parrot commencera ses leçons cliniques sur les maladies des enfants à l'hospice des Enfants-Assistés (rue Denfert-Rochereau), le jeudi 4 décembre 1879. Leçons cliniques les samedis et mardis à neuf heures et demie. Le mercredi, leçon dans la salle de consultations à neuf heures et demie. Visite des malades tous les jours à neuf heures.

— M. le docteur Baudot commencera son cours sur les affections de la peau, le lundi 1er décembre à quatre heures du soir, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le docteur Boucheron, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours sur les affections des membranes externes de l'œil considérées dans leurs rapports avec les maladies constitutionnelles et diathésiques, le lundi 1er décembre, à cinq heures, à sa clinique, 53, rue Saint-André-des-Arts.

Ce cours public et gratuit aura lieu le lundi et le vendredi à cinq heures.

— M. le docteur Ferdut commencera son cours public et complet d'accouchements, à l'École pratique, amphithéâtre n° 3, le lundi 1er décembre, à 3 heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8948.

N° 139. — MARDI 2 DÉCEMBRE 1879. 52e ANNÉE. MARDI 2 DÉCEMBRE 1879. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### HOTEL-DIEU. — M. Panas.

#### Coup d'œil sur l'historique de l'ophthalmologie.

I

L'ophthalmologie est une des branches les plus anciennes de la chirurgie. Deux siècles avant notre ère, elle était déjà fort répandue en Égypte ; dans le « Canon », un des six livres est exclusivement consacré à l'exposé de règles et de conseils pour le traitement des maladies des yeux. A cette époque déjà, l'ophthalmologie était exercée par des spécialistes ; les Égyptiens étaient, d'ailleurs, très-forts dans les diverses spécialités.

De l'Égypte, l'étude des maladies des yeux passa aux Grecs et aux Romains. A Rome on comptait une quantité incroyable de médecins oculistes, *medici ocularii*, dont la plupart n'étaient que des industriels. Dans les fouilles que l'on pratique actuellement aux environs de Rome, on retrouve une grande quantité de cachets d'oculistes : ils consistent en des pierres gravées sur lesquelles on lit des prescriptions de collyres ou de pommades, avec le nom du praticien, qui profitait, par suite, de ce moyen de réclame.

D'autres peuples aussi se sont occupés d'ophthalmologie ; les Hindous s'y adonnaient depuis longtemps, et possédaient sur l'œil des notions fort curieuses. Weiss, médecin anglais, a publié, en 1864, un travail original sur la médecine indienne : pour les Indiens, l'œil est un des plus nobles organes, et renferme tous les éléments de la création, c'est-à-dire la terre, l'eau, le feu et l'éther. L'éther forme le cristallin ; ce corps brillant et resplendissant est pour eux l'organe essentiel de la vision. Les Grecs et les Romains faisaient aussi du cristallin le siége de la vision ; ce n'était pas le feu sacré, mais l'esprit, le πνεῦμα. Avec des idées anatomiques aussi poétiques, vous devinez que la pathologie n'était pas moins fantastique. Il y a trois liquides nourriciers, l'air, la bile et le phlegma. Toutes les maladies des yeux se rapportent à l'un de ces trois éléments : c'est une classification des maladies des yeux en catarrhales, bilieuses et inflammatoires. Tout cela fait soixante-seize maladies des yeux. Leur traitement est tout à fait primitif : les sortilèges y tiennent une grande place. Et pourtant nous y trouvons déjà des faits bien intéressants, le raclage de la conjonctive, l'excision du ptérygion que les opérateurs traversent avec un fil, enfin l'abaissement de la cataracte. La thérapeutique jouit donc d'une certaine avance sur la pathologie.

Les livres hippocratiques ont une anatomie pauvre ; et, par conséquent, nous n'y trouvons pas trace de progrès bien réels. Mais nous arrivons à l'école d'Alexandrie, qui cultive l'anatomie et la physiologie et leur fait prendre un nouvel essor ; les écrits de cette école ont disparu, mais Celse nous fait voir qu'alors l'ophthalmologie était très-avancée.

Cette anatomie incomplète ne comportait pas une physiologie aussi incomplète qu'on serait tenté de le croire. Aristote fait une théorie optique de la vision ; il individualise la couleur, en fait une propriété inhérente aux corps et non à la lumière, comme la pesanteur, mais il en tire des déductions fort justes : « La vision, dit-il, résulte de l'impression que les corps colorés exercent sur notre œil ; la couleur n'est pas un corps, c'est une propriété des corps ; nous ne voyons pas directement les couleurs des corps ; ce ne sont pas des molécules matérielles venant dans notre œil ; nous voyons la couleur des corps par l'intermédiaire de la lumière : la lumière n'est pas un corps, c'est une ondulation, un ébranlement transmis par les milieux de l'œil jusqu'au cristallin. » Vous voyez que si, à cette époque, Aristote eût connu l'éther, il n'eût pas été loin de faire la théorie véritable de la lumière et de la vision.

La pathologie alors était très-avancée, pendant que l'anatomie et la physiologie restaient en arrière. Ce que nous appelons aujourd'hui ophthalmie contagieuse et épidémique, amblyopie et amaurose, tout cela était décrit à cette époque sous des noms différents, synonymes même des appellations modernes. C'était la nyctalopie, héméralopie de nos jours, mais comprenant en outre un autre symptôme, la photophobie. On connaissait les troubles que présente l'aspect de la pupille, qui s'appelaient γλαύκωμα et ὑπόχυμα ; ces deux désignations correspondaient à deux états différents ; il y avait alors deux genres d'obscurcissement de la vue, l'un dans lequel on obtenait la guérison par l'abaissement, et l'autre dans lequel cette opération ne donnait aucun résultat. Dans les γλαυκώματα, on ne réussissait pas, il y avait coloration verdâtre et bleuâtre de la pupille, cataracte

verte, inopérable, tandis que dans l'ὑπόχυμα (suffusio), il y avait cataracte véritable, et l'abaissement pouvait rendre la vue.

Les taies de la cornée, avec tous leurs degrés, néphélions, albugo, leucoma, etc., étaient bien décrites, aussi bien que le strabisme, les granulations, fongosités ou figues (σῦκα). Pour traiter les granulations, on renversait la paupière, on faisait le grattage avec de la laine non cuite, et on cautérisait ensuite avec des sels de cuivre. Les anciens étaient-ils loin du traitement actuel?

Arrive la période galénique qui est plus brillante, grâce aux progrès de l'anatomie et de la physiologie. Galien découvre le premier la glande lacrymale; jusqu'alors on pensait que les larmes étaient produites par l'évaporation de l'humeur aqueuse, opinion qui a survécu jusqu'à nos jours : il a fallu à Th. Lebert de longs travaux pour prouver qu'il n'y a pas filtration. Galien décrit bien les deux glandes lacrymales, une glande supérieure et une glande inférieure, séparées par le bord externe de l'élévateur de la paupière. Enfin Galien décrit encore autre chose : il voit les points lacrymaux et les canalicules lacrymaux. C'est lui le premier qui les a décrits, et non Vésale ni son élève Fallope, à qui l'on en a ordinairement attribué la découverte. Mais il prend les deux canalicules pour des canaux sécréteurs, au lieu de leur reconnaître un rôle d'excrétion. Il se préoccupe de ce que deviennent les larmes sécrétées par la glande et par ces conduits lacrymaux, et il trouve qu'elles aboutissent à un trou situé à l'angle interne de l'œil, trou recouvert par la caroncule; il n'a pas vu la communication des deux conduits lacrymaux avec le sac lacrymal.

Il constate que ce trou aboutit aux cavités nasales par un canal. Son erreur tenait donc seulement à ce qu'il prenait le sac lacrymal pour un trou.

La pathologie fait aussi avec Galien de très-grands progrès. Le raclage, qui était en honneur, est mis en suspicion par Galien : on fait trop de raclage des figues (des granulations), dit-il, et il rejette surtout les modifications caustiques dans les cas d'ulcération de la cornée et de confluence des granulations.

On guérissait alors les staphylômes en leur appliquant une ou deux ligatures, et l'on faisait surtout quelque chose de très-curieux : Sévérus recommande un traitement tout à fait supérieur, qui consistait à faire une petite abrasion du sommet du staphylôme, puis à cautériser le fond. C'est ce que Graefe a repris et appliqué au traitement du kératocone ou staphylôme pellucide. La cautérisation se faisait avec un sel de zinc.

Mais ce n'est pas tout. Galien connaissait le tatouage de la cornée; il commençait par cautériser les parties blanches avec un stylet rougi, jusqu'à ce qu'il eût produit une eschare superficielle, puis il appliquait de la poudre de noix de galle avec une solution d'un sel de cuivre; il faisait un tannate de cuivre, de l'encre, en un mot, pour le tatouage. Galien et Ætius ont décrit l'ouverture de la chambre antérieure pour le traitement de l'hypopion; ils connaissaient couramment l'abaissement et la discision de la cataracte. La succion de la cataracte molle est pratiquée par Antilus, qui fut assurément le plus grand chirurgien de l'antiquité. Oribase, chargé par les empereurs romains de Constantinople de compiler les travaux de cette époque, a glané beaucoup dans les écrits malheureusement perdus d'Antilus; par exemple il analyse, entre autres, cinq ou six articles sur les fistules de l'anus; toujours il cite Antilus comme supérieur à tous les autres.

Mais voici la grande question : connaissaient-ils l'extraction de la cataracte? Les plus érudits ne sont point d'accord sur ce point. Les passages où il en serait fait mention sont tellement concis et obscurs que le doute est bien permis. On ne trouve qu'une phrase d'Antilus et Galien; certains oculistes ont tenté de les « évacuer » (les ὑπόχυμα). Le mot grec « vider » n'est plus « extraire ». Je n'oserais dire, d'après ce simple texte, qu'ils ont connu l'extraction de la cataracte. C'est, d'ailleurs, pour condamner cette pratique que ces auteurs font cette mention.

Pline dit : Certains oculistes romains ont songé à mobiliser la pellicule (squamam) pour l'extraire. Un peu plus tard, un commentateur arabe dit : Par *extrahere* j'entends l'abaissement, parce qu'il serait absurde de dire extraction, ce qui est impossible.

La connaissance des mydriatiques était bien établie à l'époque où vivait Pline, qui parle du suc des fruits d'une plante qu'il nomme *scilla anagalides;* je me propose de tenter quelques expériences avec le suc de cette plante.

A l'époque de Galien, Pline parle encore des vices congénitaux, du coloboma de la pupille, de la cataracte congénitale et de la membrane pupillaire.

Cette époque brillante de l'ophthalmologie a duré quatre siècles. Mais, à partir du septième siècle, arrivent les ténèbres du moyen âge et de la barbarie; jusqu'au seizième siècle l'ophthalmologie, comme les autres sciences, ne fait plus de progrès et s'oublie. Nous ne trouvons à cette époque que les écrits des Arabes, qui n'ont fait que copier l'antiquité. Ils n'y ont pas ajouté beaucoup. Cependant nous devons mentionner qu'ils ont, les premiers, parlé du pannus qu'ils incisent avec ou sans ligatures, ainsi que du traitement du strabisme par les exercices gymnastiques. Quant à la cataracte, ils ne font pas de progrès; ils oublient même la discision, qu'ils signalent à peine. Ils modifient l'opération de l'abaissement en ce sens qu'au lieu de faire descendre le cristallin ils le luxent en haut, procédé nouveau dû probablement à un accident. Archilanus se sert, pour cette opération, d'aiguilles à arrêt.

Les élèves de l'école de Salerne, au onzième et au douzième siècle, traduisirent le mot *suffusio* par le mot « cataracte », parce que les Arabes avaient traduit ὑπόχυμα par « chute d'eau dans l'œil »; or une chute d'eau, c'est une cataracte.

Quelquefois aussi on disait « goutte dans l'œil », et, comme on voyait les individus glaucomateux perdre la vue sans que la pupille devînt blanche, on appelait cela « goutte sereine ».

A cette époque, il y avait déjà des spécialistes partout; ils venaient d'Orient et allaient exercer dans toute l'Europe, en Espagne notamment. On pouvait déjà les distinguer nettement en deux groupes, les savants et les exploiteurs.

A la Renaissance, au seizième et au dix-septième siècle, l'ophthalmologie sort de sa torpeur, et, grâce aux progrès de l'anatomie et de la physiologie, elle devance les autres branches de la médecine, avec Vésale, Fallope, Sténon, Fix, Meibomius, Bovius, etc., sans oublier les grands physiciens Képler, Descartes, Scheiner, etc. Képler prouve que le cristallin n'est pas un sphéroïde régulier, que sa courbure antérieure appartient à un segment de sphère, tandis que sa face postérieure est un hyperboloïde. Descartes rend alors à l'ophthalmologie un grand service; Képler avait trouvé que l'image des objets doit être renversée sur la rétine; Descartes, prenant un œil d'animal et se plaçant derrière, démontra que les images sont réellement renversées. Puis il démontra l'accommodation : l'image doit fuir à mesure que l'on rap-

proche les objets; or, pour qu'on la vît toujours à des distances différentes, il fallait donc que l'œil s'allongeât. Il sentait cet allongement de l'axe antéro-postérieur et le provoquait en pressant sur son œil. Il montra que cet allongement était produit par les muscles de l'œil et que le changement de forme du cristallin était dû à l'action des procès ciliaires.

A la même époque, un autre physicien, Mariotte, trouve la tache de Mariotte, correspondant à l'entrée du nerf optique, et il amuse la cour d'Angleterre avec les expériences que comporte cette découverte.

A Bings nous devons la théorie des points identiques de la rétine.

L'ophthalmologie alors était encore dans la décadence; elle était aux mains d'empiriques qui couraient les provinces et les foires, et, au son des instruments de l'époque, faisaient la taille, la lithotomie, ou traitaient les maladies des yeux. Les oculistes sont, à cette époque, assez discrédités.

Mais voici Ambroise Paré, Guillemaux, Franco, Dionis, etc., qui s'occupent de la pathologie et des opérations sur les yeux. Ambroise Paré fait sur les blessures du globe de l'œil une étude très-intéressante; il applique, le premier, le séton pour le traitement des maladies de l'œil. Le premier, il invente le blépharostat, qui consistait alors en un anneau porté par un manche. Le premier aussi, Ambroise Paré parle de l'œil artificiel (attribué encore à Fabrice, d'Acquapendente); cet œil artificiel est constitué par une coque en or ou en argent, maintenue en place par un ressort. A cette époque, l'énucléation est proposée et l'abus des lunettes est déjà combattu avec conviction.

Lanier, Carré, Borel, etc., repoussent l'idée que la cataracte est une pellicule; ils disent que c'est la lentille elle-même qui est obscurcie; si l'on abaisse quelque chose, on abaisse le cristallin, en rompant son ligament suspenseur.

Nous arrivons alors au dix-huitième siècle; c'est la période la plus brillante de l'ophthalmologie; c'est une période absolument française. Durant ce siècle, la France enseigne l'ophthalmologie au monde entier.

---

## HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

### Sclérose latérale amyotrophique; réflexe tendineux et contracture spasmodique (1).

Parmi les maladies spinales dans lesquelles n'existe pas le réflexe tendineux, j'ai cité en première ligne l'ataxie locomotrice progressive. Cette maladie peut, d'ailleurs, exister bien souvent sans que l'incoordination motrice se soit déjà produite; un malade peut avoir l'ataxie « en puissance » pendant huit ou dix ans, c'est-à-dire ce que j'appelle le « tabes dorsalis ataxique » (voir *Gaz. des hôp.*, 1878, p. 116) sans présenter la moindre trace d'incoordination motrice. Je fais voir à mes auditeurs depuis une dizaine d'années cette femme qui offre tous les signes de l'ataxie, du tabes dorsalis ataxique, excepté précisément cette incoordination motrice. On aurait dû pourtant diagnostiquer chez elle l'ataxie locomotrice depuis vingt ans. En effet, elle présente les douleurs fulgurantes si caractéristiques, l'atrophie des nerfs optiques, les crises gastriques et enfin l'absence du réflexe tendineux. Ces quatre signes suffisent pour faire le diagnostic, bien que cette femme, comme vous le constatez, n'ait pas le moindre trouble de coordination des mouvements, comme on est trop habitué à le chercher dans l'ataxie.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, n$^{os}$ 134 et 136.

Cette absence du réflexe tendineux n'est cependant pas un signe absolu de l'ataxie locomotrice; elle peut, au contraire, être remplacée par une exagération de ce réflexe.

Voyez cette autre malade que je rattache aussi à la série tabétique; elle marche aussi bien que la première. Elle éprouve des douleurs fulgurantes très-vives et très-douloureuses dans le tronc, dans l'anus et dans la tête. Cependant elle présente une exaltation remarquable des réflexes tendineux. Tandis qu'il est impossible à un ataxique de tenir le membre inférieur immobile sans que celui-ci oscille de droite à gauche, vous voyez que, chez cette malade, la jambe reste droite et fixe; l'excitabilité nerveuse est encore exagérée, comme le prouve le réflexe tendineux très-prononcé. Bien que ce fait ne soit qu'une exception, je tenais à vous le signaler expressément. Le réflexe tendineux conduit à la contracture. Les graphiques en donnent une preuve manifeste. Voyons comment, chez l'homme, on peut faire cette étude.

M. Brissaud a appliqué un appareil dont voici, en résumé, le mécanisme : un marteau ordinaire percute le tendon rotulien; ce marteau est en rapport avec un signal électrique qui enregistre sur un cylindre enregistreur le moment exact de l'excitation du tendon.

En même temps, sur le muscle triceps de la cuisse est appliquée une plaque avec un ressort portant un bouchon dont l'extrémité inférieure est en contact avec le muscle. La partie supérieure du bouchon porte un tambour récepteur qui est en communication avec un autre tambour du polygraphe de Marey. La contraction musculaire est donc enregistrée sur le cylindre quelques instants après l'excitation du tendon rotulien. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, page 1084.) L'appareil est appliqué sur la cuisse d'une petite fille hémiplégique et donne les graphiques décrits dans la séance précédente (1).

Un phénomène remarquable, qui relie le réflexe tendineux à la contracture spasmodique, est le suivant : si l'on percute le tendon rotulien chez une hystérique hémianesthésique, on remarque que le bras du côté anesthésié est animé d'une petite secousse aussitôt après le mouvement du réflexe tendineux provoqué dans la jambe droite ou dans la jambe gauche, ce qui démontre le rôle de la moelle dans ces phénomènes.

On serait peut-être tenté d'attribuer à la simulation ces phénomènes observés chez des hystériques. Il n'en est rien. Il me suffira, pour vous en convaincre, de supprimer les fonctions cérébrales chez la jeune B... qui fait le sujet de cette expérience. Je la fais tomber dans l'hypnotisme en la regardant fixement pendant quelques secondes. (Voir *Gaz. des hôp.*, 1878, p. 1075, 1076, 1097, 1098, 1099, 1146.)

Pendant la léthargie hypnotique (état de Braid, de Manchester), on constate que le phénomène du réflexe tendineux et les mouvements de la main du côté hémianesthésique se passent tout à fait comme à l'état de veille. L'épreuve « ana-

(1) Tout l'auditoire a rendu hommage au talent expérimental de MM. Duboscq, Regnard et Brissaud, etc., qui ont très-bien réussi à projeter sur l'écran les « mouvements mêmes » de l'aiguille traçant le graphique de la contraction musculaire.

tomique » démontre que toute supercherie serait impossible. Elle consiste dans l'excitation isolée des divers muscles de la main, du pouce, de l'avant-bras, etc., et de divers nerfs dont l'action est nettement déterminée. La surexcitabilité musculaire et nerveuse est bien démontrée. Il suffit de toucher légèrement et à plusieurs reprises le muscle fléchisseur du petit doigt pour fléchir le petit doigt, le premier interosseux dorsal pour étendre l'index, le sterno-cléido-mastoïdien gauche pour tourner la tête à droite, le nerf cubital dans la gouttière cubitale pour contracter les muscles de l'éminence thénar (adducteur du pouce) et les fléchisseurs profonds des deux derniers doigts de la main, etc.

Tout cela est donc un effet obligé de l'action physiologique de la moelle, et non le caprice du cerveau conscient et malicieux d'une hystérique.

Il est facile, après de nombreuses expériences, d'ailleurs fort inoffensives, de réveiller la malade ; il suffit de faire la compression brusque de la région ovarienne du côté hémianesthésique.

Parmi les projections de pièces anatomiques se rapportant à l'étude de la sclérose latérale amyotrophique, signalons celles qui démontrent que dans la contracture spasmodique permanente il y a une lésion unique, une sclérose latérale analogue à celle des hémiplégies, n'occupant qu'un seul faisceau latéral. Une autre pièce, venant d'une hémiplégie ancienne dans laquelle la contracture fut remplacée par l'atrophie musculaire, montre que la contracture a disparu quand les cellules motrices de la corne antérieure droite ont disparu ; l'atrophie était inévitable après cette sclérose unilatérale.

Des projections photographiques démontrent encore un fait important de l'anatomie normale de la moelle épinière du nouveau-né ; chez celui-ci, toutes les parties de la moelle ne se développent pas en même temps. Les faisceaux latéraux se développent après les autres, et, dans la moelle du nouveau-né, sont remplacés par des îlots blancs. Ces faits seront utilisés dans l'étude physiologique de la contracture spasmodique, à laquelle sera consacrée la prochaine conférence.

---

## ASILE SAINTE-ANNE. — M. Ball.

### Du diagnostic chez les aliénés.

(Leçon recueillie et rédigée par M. le docteur Grellety (de Vichy).

Quand vous abordez le lit d'un malade ordinaire, vous êtes généralement accueilli avec bienveillance et bonne volonté ; on vous reçoit avec espoir, vous êtes le messie sauveur, et chacun s'empresse de vous renseigner.

Il n'en est plus de même pour ce qui concerne la folie : non-seulement la victime vous voit arriver avec défiance, mais encore l'amour-propre des parents a une tendance à vous induire en erreur et à se faire le complice du délire de l'un de ses membres.

Dans bien des cas cependant, le diagnostic sera facile : si le sujet tient certains propos désordonnés, vous direz : C'est un maniaque ; s'il porte sur sa face l'empreinte de la stupeur et présente une attitude accroupie, vous penserez que c'est un mélancolique.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et vous vous heurterez parfois à de véritables obstacles. Ils vous viendront surtout des magistrats, de certaines personnes lettrées et bien élevées, qui peuvent être aussi aptes qu'un médecin à décider.

C'est là une erreur regrettable à tous les points de vue et qui justifie une fois de plus la nécessité d'une méthode régulière et scientifique.

Quatre problèmes peuvent se présenter :

1° Le malade est-il aliéné ou sain d'esprit?

2° S'il est aliéné, quelle est la forme de son délire?

3° Celui-ci n'est-il pas occasionné par une maladie intercurrente?

4° Enfin n'y a-t-il pas simulation?

I. *Le malade est-il aliéné?* — Ici, vous le comprenez, il n'est plus possible de se servir de la formule de Rostan : « Où souffrez-vous ; depuis quand souffrez-vous? » A une pareille question, l'aliéné répondrait avec indignation qu'il n'est pas malade. Aussi faut-il commencer par s'enquérir des commémoratifs, des antécédents, et, à défaut, procéder à des interrogations minutieuses, qui seront complétées par l'examen physique.

L'une des premières difficultés est de se mettre en relation avec le malade ; il est besoin de toute espèce de subterfuges, et le mode de procéder doit varier, selon que l'on est requis par l'autorité (expertise médico-légale) selon que l'on est consulté directement par la victime ou appelé par la famille.

La première recommandation que je vous ferai est de vous présenter avec autorité. Les fous, quoique en révolte contre la raison, s'en laissent facilement imposer par un ascendant réel. Ils conservent le respect de la magistrature, de la force armée, et il suffira de quelques insinuations adroites, de déclarer par exemple *qu'on est chargé d'une enquête*, *qu'on recherche le corps du délit*, pour recevoir des aveux précieux.

Ces premières difficultés vaincues, il sera nécessaire de laisser parler le sujet à sa guise, de guider simplement le cours de ses idées et de ses préoccupations, sans opposer un frein au débordement de sa verbeuse loquacité.

Par une intervention maladroite, on suspendrait le cours de ses conceptions délirantes, comme on interrompt le subdélirium du typhique, lorsqu'on cherche à le secouer de sa torpeur. Si vous n'obtenez de la sorte que des renseignements vagues, il y aura alors lieu d'entamer une conversation banale sur des sujets généraux, pour s'assurer si le patient est ou non capable de jugement, de mémoire, de cohérence dans les idées, etc.

Dans le cas de débâcle intellectuelle, vous trouverez facilement le chemin de la démence. Si vos doutes persistent, cherchez ailleurs. Je ne connais pas de meilleur moyen de faire la lumière, que d'avoir recours à l'épreuve arithmétique, inaugurée par M. Broca chez les aphasiques.

En demandant combien font cinq fois cinq, six fois six, il est rare qu'on n'arrive pas à jeter la sonde avec certitude dans les bas fonds d'un esprit dévoyé.

Il va sans dire que vos interrogations devront prendre une tournure différente, selon que vous vous adresserez à un ouvrier ou à un homme du monde.

Après avoir entamé la conversation d'une façon quasi indifférente, vous arriverez par des transitions successives à vous informer de la santé, du côté vraiment faible de l'individu qui sera sur la sellette.

Un mot vous fixera souvent. Je voyais, il y a quelque temps, un serrurier qui offrait tous les symptômes de la paralysie

générale commençante; il paraissait irréprochable au point de vue de ses facultés. Mais un beau jour il me raconta qu'il avait eu une maladie tellement singulière à la Pitié, que M. Labbé avait réuni cinquante mille étudiants pour leur faire une conférence sur un sujet aussi exceptionnel. Une conception aussi exagérée m'apprit ce que je devais penser de l'état mental de ce malheureux.

Il est très-facile de varier les formules; mais je vous recommande de viser particulièrement les sentiments d'orgueil et de vanité. Informez-vous de la position sociale du dément. Tantôt il croit être très-fortuné, alors qu'il n'a aucun moyen d'existence; tantôt il se croit réduit à la mendicité, alors qu'il possède tous les éléments de bien-être et de confort. Un médecin fort distingué et dont l'avenir était parfaitement assuré déclarait à M. Moreau (de Tours) qu'il était convaincu que sa ruine était prochaine, et ne pouvait écarter cette perspective d'un désastre imminent.

Les interrogations visant la parenté, les amis, vous renseigneront souvent aussi d'une façon très-positive. Je demandai un jour à un aliéné s'il était vraiment le fils d'un épicier. Alors il m'avoua discrètement qu'il était le bâtard du pape.

Prosper B... avait pour père un brave tapissier en sous-ordre, position modeste qui n'aurait guère dû lui suggérer des vues bien ambitieuses, et cependant il se prenait très-sérieusement pour le prince de Joinville, sans renier pour cela l'auteur de ses jours.

Quand on lui faisait remarquer ce qu'il y avait de discordant dans ses affirmations contraires, il répondait : « Que voulez-vous? je ne sais pas comment cela se fait, mais c'est ainsi. »

Il raisonnait à la façon des moines orientaux qui, ne comprenant pas comment Bouddha a pu s'incarner dans le corps de plusieurs grands lamas, s'inclinent cependant parce que c'est un article de foi.

En poussant l'aliéné jusque dans ses derniers retranchements, il vous fera bientôt des confidences épouvantables sur ses proches, sur ses ennemis, sur les déboires de son existence. Nous touchons au délire des persécutions, et, dès lors, vous avez à savoir s'il a des hallucinations, s'il entend des voix, si on lui adresse des menaces, de quel point elles viennent, s'il voit ses persécuteurs et quelle est la forme qu'ils prennent pour l'obséder.

Vous devrez vous enquérir également s'il a des hallucinations de l'odorat, du goût, s'il souffre de senteurs immondes, si on l'empoisonne, si le goût des mets frelatés qu'on lui sert persiste désagréablement après ses repas, etc.

La question politique fera souvent éclater le délire ambitieux. A une certaine époque on rencontrait quantité d'individus qui se disaient fils de Louis XVI. On voit souvent des aliénés se dire persécutés, parce qu'on veut leur ravir un héritage important, qui leur est dévolu de par la naissance.

La question religieuse ne devra être abordée qu'avec prudence et circonspection; vous n'obtiendrez des aveux qu'avec des ménagements. On vous avouera alors qu'on a depuis longtemps des relations avec les puissances supérieures et qu'on est chargé de présider à la rénovation du monde. De pareils secrets sont parfois gardés, depuis des années, pendant une existence entière.

Un homme très-honorable rassemble un jour ses intimes et leur demande très-gravement s'il ont jamais trouvé à redire à sa conduite. On lui répond qu'il n'a jamais cessé d'être très-estimable. Il prie alors son entourage de l'observer pendant plusieurs mois et de *chercher à le convaincre de péché.* Au bout du délai convenu, nouveau conciliabule; on déclare unanimement que rien n'est venu modifier l'opinion émise précédemment. « Je suis donc impeccable, s'écrie notre héros, je suis donc Jésus-Christ. Je le savais depuis longtemps, et je suis bien aise de vous l'apprendre. »

On peut encore s'appuyer sur les notions sensuelles, liées ou non au mysticisme, pour se faire une conviction; mais si, après toutes ces épreuves, vous restez hésitant, il sera sage de suspendre tout jugement.

Après une certaine attente, il n'y aura le plus souvent qu'à presser le ressort pour que la boîte s'ouvre et laisse échapper son contenu.

Un malade qui avait été traité dans un asile intente à sa sortie un procès à ses médecins; sa tenue est irréprochable devant ses juges, et chacun voyait déjà poindre une condamnation, lorsqu'on lui posa cette question : « Qu'est devenue la princesse à qui vous écriviez en cachette avec de l'encre sympathique? » Ce fut dès lors un débordement d'insanités à l'évidence desquelles il fallut bien se rendre.

Tout ceci vous prouve qu'il ne faut rien laisser au hasard, à la précipitation, et compter toujours avec la possibilité d'une lucidité momentanée. Ne négligez pas alors d'examiner les papiers, les écrits de votre malade. Une jeune femme se plaignait d'être injustement détenue; mais je trouvai sur elle des lettres remplies de provocations, adressées au duc d'Aumale, et dont ce personnage a naturellement toujours ignoré le contenu.

Les caractères physiques de l'écriture peuvent eux-mêmes fournir des indices; elle est heurtée, étrange, renversée; on y rencontre des phrases incomplètes, des mots soulignés en grand nombre, un véritable déluge de petites lignes, etc.

Quant à l'habitus extérieur, il est aussi très-important au point de vue du diagnostic. La physionomie porte comme un masque; elle n'a plus aucun reflet intellectuel; les yeux sont égarés; tantôt ils ont l'immobilité du batracien, tantôt ils roulent dans leur orbite comme ceux d'un traître de mélodrame. L'expression est celle de la ruse, de la fourberie; les traits sont aplatis, les rides prématurées, etc.

En somme, les aliénés sont généralement plus laids que nature; quelques femmes prennent exceptionnellement, sous l'influence de l'excitation maniaque, une tournure illuminée et poétique qui ne manque pas de charmes.

Je dois encore vous signaler la pigmentation des téguments (ils peuvent prendre une couleur bistrée caractéristique), le tremblement, l'hésitation de la parole, le strabisme, etc.

Les attitudes tiennent le milieu entre l'état physique et moral; elles sont en rapport avec l'état des forces et l'idée que l'aliéné se fait de son rôle, de sa puissance ou de son infirmité, et des dangers qui le menacent : dans le premier cas, il marchera avec ostentation, se redressera d'un air royal et protecteur; dans le second, il sera humble et cherchera à se dissimuler.

Les moindres détails ont leur importance. On sonne chez un homme riche, qui a de nombreux domestiques; il vient ouvrir lui-même, parce qu'il est agité, parce qu'il veut connaître l'arrivant et savoir s'il n'a rien à craindre de lui. C'est qu'il est déjà atteint, et le drame ne tardera pas à se dérouler avec toutes ses péripéties.

Les gestes, les tics, la mauvaise tenue des aliénés les trahissent souvent. Fouillez-les, et vous trouverez chez quelques-uns, dans les profondeurs les plus intimes de leur vêtement, tout un magasin de provisions, d'objets ramassés

ou volés au hasard, ce qui dénote une exagération de l'instinct de la propriété.

Enfin il faudra tenir compte de l'histoire du malade, de sa parenté prochaine ou éloignée avec des aliénés, savoir s'il a eu des accès de folie antérieurs (nous avons ici beaucoup de récidivistes), s'il a eu des névroses, de l'épilepsie, un goître exophthalmique, s'il a changé dans ses goûts, dans ses tendances, s'il recherche la solitude et quelles ont été les phénomènes précurseurs de la crise.

Vous n'aurez pas trop de tous ces renseignements pour vous édifier et vous prononcer en toute connaissance de cause.

II. *Quelle est la forme du délire?* — Je ne vous ferai pas de classification savante; je me bornerai à vous dire ce que nous voyons le plus souvent dans cet asile et au dehors.

A. C'est d'abord la paralysie générale, qui devient de plus en plus fréquente en Europe, bien qu'elle ne se rencontre pas en Irlande, ce qui est chose assez singulière, car l'habitant de ces pays est intelligent, actif, ivrogne, et fait facilement des excès. Ce sont autant de conditions prédisposantes.

B. L'alcoolisme fait toujours des ravages que le phylloxera n'a point arrêtés. L'ingéniosité et la malhonnêteté humaines suppléent facilement à toutes les disettes. Il faut rapprocher de cette influence toutes les folies toxiques dues à l'opium, au sulfure de carbone, etc.

C. En troisième lieu vient le délire des persécutés.

D. Je mets au quatrième rang la folie consécutive aux névroses, et au cinquième la folie sympathique, qui se rattache aux lésions de divers viscères, folie utérine, hépatique, etc.

E. Enfin nous rangerons sous la rubrique *divers* toutes les autres formes d'aliénation mentale.

III. *Influence passagère de diverses maladies.* — Certaines maladies aiguës, la fièvre typhoïde en particulier, lorsqu'elle ne s'accompagne pas de débâcle intestinale et de tout son cortège tapageur, en impose parfois. Des confusions regrettables ont été faites, et celles-ci n'ont été révélées qu'à l'autopsie.

Il en est de même de la méningite aiguë. Je dis aiguë, car la méningite chronique nous regarde spécialement. L'assassin Lemerre, qui tua sa belle-mère pour pouvoir monter sur l'échafaud, en portait les traces, d'après les constatations de M. Robin.

L'aphasie a pu faire croire quelquefois à la folie, et l'ivresse prolongée pendant plusieurs jours peut entraîner des divagations qui persistent jusqu'à ce que la fumée des excès bachiques se soit dissipée.

IV. Il est trop tard pour vous parler longuement de la *simulation.* Qu'il me suffise de vous dire qu'elle ne se rencontre guère que chez les criminels qui veulent sauver leur tête.

Elle est exceptionnellement rare, en dehors de là.

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 novembre 1879. — Présidence de M. MAGNAN.

### COMMUNICATIONS

**Origine réelle des nerfs crâniens.** — M. MATHIAS DUVAL présente le sixième fascicule de son ouvrage sur ce sujet. Dans ce fascicule se trouve l'étude des nerfs pathétiques : les recherches entreprises par M. Duval à ce sujet lui ont permis de constater qu'il existait un entre-croisement, une décussation des nerfs pathétiques dans le cerveau.

**Influence du mélange d'acide carbonique et d'air sur la respiration.** — M. GRÉHANT a fait une série d'expériences sur ce sujet. On sait, dit-il, qu'un animal que l'on fait respirer dans un air confiné meurt quand l'air qu'il respire arrive à contenir 35 à 45 pour 100 d'acide carbonique. Un air contenant des doses beaucoup plus faibles d'acide carbonique peut-il être nuisible à la respiration ? Telle est la question qu'a cherché à résoudre M. Gréhant, qui est arrivé à cette conclusion que, même à dose faible, l'acide carbonique contenu dans l'air aspiré nuit à l'élimination de l'acide carbonique du sang.

Voici comment est disposée l'expérience : deux ballons de caoutchouc, l'un vide, l'autre contenant 50 litres d'un gaz déterminé, sont mis en communication avec les poumons d'un chien, de telle façon que le gaz du ballon plein passe dans le ballon vide après avoir traversé les poumons de l'animal. Lorsque le ballon plein contient 50 litres d'air pur, on trouve dans l'autre ballon, à la fin de l'expérience, 2g,747 d'acide carbonique qui ont été exhalés par l'animal. Ce ballon étant successivement rempli d'air de plus en plus chargé d'acide carbonique, voici les résultats que l'on obtient : 49 litres d'air plus 1,83 d'acide carbonique donnent 3,61 dans le second ballon, à la fin de l'expérience. 1g,78, différence entre 3g,61 et 1,83, représente le poids d'acide carbonique exhalé dans ces conditions. L'animal aspirant un air chargé d'un cinquantième d'acide carbonique exhale donc 1 gramme en moins de ce gaz que quand il aspire de l'air pur.

48 litres d'air, plus 2 d'acide carbonique, donnent 1,565; 47, plus 3, donnent 0,533; 46, plus 4, donnent moins 0,525; 45, plus 5, donnent moins 1,257, etc. Il résulte de cette série d'expériences que, lorsque le mélange est de 46 litres d'air pour 3 1/2 d'acide carbonique, l'animal n'absorbe ni n'exhale de ce gaz. Il suffit donc d'une proportion d'un dixième d'acide carbonique dans l'air pour que l'acide carbonique ne soit plus exhalé. L'animal soumis à cette expérience est pris d'une certaine agitation. Sa respiration est précipitée; tandis qu'il faut quinze minutes pour que l'animal respire les 50 litres d'air pur, il n'en faut que 8 pour qu'il respire le mélange de 46 litres d'air, plus 4 d'acide carbonique.

**Photométrie.** — M. JAVAL présente un petit appareil fort ingénieux à l'aide duquel il est facile de pouvoir mesurer l'intensité de la lumière qui se trouve dans un point quelconque d'une pièce, d'une classe par exemple.

**Moteur électrique.** — M. DARSONVAL présente un appareil appelé à rendre les plus grands services dans les laboratoires de physiologie; cet appareil contient, entre autres pièces, un moteur électrique de l'invention de M. Deprez, qui remplit toutes les conditions expérimentales que puisse désirer le physiologiste. Il rend 98 pour 100 de la force qui lui est communiquée, est doué d'une vitesse variable au gré de l'opérateur, mais toujours uniforme, quelque résistance qu'on lui oppose, et pouvant atteindre un tel degré que la roue qu'anime le moteur peut faire 500 tours par seconde. Cet appareil est muni aussi d'une soufflerie pouvant permettre de faire la respiration artificielle et d'entretenir, au besoin, un thermo-cautère.

**Technique expérimentale à propos de l'étude des fonctions de la moelle épinière.** — M. LABORDE signale comme excellents sujets d'expérimentation sur la moelle épinière et ses fonctions les jeunes chats encore allaités par leur mère : outre que ces animaux présentent une résistance vitale très-grande, tant en raison de l'espèce animale que du jeune âge, on peut facilement mettre à nu, chez eux, des portions de moelle plus ou moins étendues, sans grand épanchement sanguin, et en agissant sur des os encore très-friables : puis, si, après l'expérience, on désire conserver l'animal, ou, tout au moins, essayer de le conserver, on le remet à la mère, dont les soins constants ne tardent pas à amener,

chez le jeune opéré, un rétablissement fonctionnel compatible avec la nature de l'expérience faite.

M. Laborde a pu, dans ces conditions, répéter de la manière la plus favorable pour les résultats, la section partielle des diverses parties constitutives de la moelle épinière : il a pratiqué notamment, il y a maintenant neuf mois, la section complète des cordons postérieurs, mis à nu dans de telles circonstances opératoires que la section sur le vivant pouvait être, dans ce cas, considérée comme une véritable dissection sur le cadavre. Aucune complication (ce qui est rare dans ces sortes d'expériences) n'est venue à la traverse de l'opération méditée et réalisée.

L'animal n'a présenté d'autre perturbation fonctionnelle qu'un léger degré d'incoordination des mouvements, particulièrement dans les membres postérieurs : les phénomènes de la sensibilité n'ont éprouvé notamment aucune modification appréciable, si ce n'est qu'ils ont paru peut-être un peu plus exagérés que normalement dans leur intensité. Cet animal s'est parfaitement développé.

Si, en même temps que les cordons postérieurs, on sectionne, dans les mêmes conditions, et ainsi que l'a fait M. Laborde, sur un frère du précédent, l'*axe gris central*, il y a alors abolition complète de la sensibilité par défaut de conduction. C'est la confirmation d'un fait déjà connu. Ces expériences n'ont, d'ailleurs, d'autre portée et d'autre prétention que d'avoir été réalisées dans des conditions qui donnent aux résultats obtenus un degré exceptionnel d'exactitude.

Ces résultats, quant aux cordons postérieurs, nous enseignent que leurs véritables fonctions ne nous sont pas encore connues.

**Atrophies traumatiques de la papille.** — M. GALEZOWSKI fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

On lit dans le *Journal des connaissances médicales* du 27 novembre :

« *Nouvelle École pratique.* — Un fait très-regrettable s'est produit à l'École pratique. Un professeur libre a été chassé d'une façon insultante sous le prétexte qu'il n'avait pas de carte. Nous allons prendre des renseignements sur cet incident ; s'il est vrai, nous ferons connaître à nos lecteurs les réflexions qu'il nous inspire. Si l'enseignement libre, déjà peu favorisé, doit défendre sa dignité et sa liberté, il le fera. Tous pour un, si cela est nécessaire. »

Nous n'attendions pas moins de l'esprit libéral de notre excellent ami le député Cornil, et de son distingué collaborateur, le docteur Galippe.

— *Concours d'agrégation.* — Sont désignés pour faire partie du jury du concours de l'agrégation en médecine qui s'ouvrira à Paris le 20 décembre prochain : MM. Vulpian, Charcot, Parrot, Hardy et Peter, professeur à la faculté de médecine de Paris, Damaschino, agrégé à ladite Faculté ; Villemin, membre de l'Académie de médecine ; Parisot, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et Wannebroucq, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

— MM. Jumon, étudiant de la Faculté de médecine de Paris, et Perrault, élève de l'École supérieure de pharmacie de Paris, sont appelés à jouir, pendant l'année scolaire 1879-1880, d'une des bourses d'enseignement supérieur instituées sur la fondation de Barkow.

— MM. les étudiants en médecine de la Faculté de médecine de Paris Gallois (Paul), né le 2 août 1857 à Satolas (Isère), et Vollier (Georges-Albert-François), né le 22 mai 1846 à Paris, sont appelés à jouir, pendant l'année scolaire 1879-1880 d'une des bourses d'enseignement supérieur instituées par M. Charles Pelrin au profit de la ville de Paris.

— La bibliothèque des Sociétés savantes établie au Ministère de l'Instruction publique est transférée provisoirement dans un local dépendant de la bibliothèque Mazarine. Soumise à la surveillance générale de l'administrateur de la bibliothèque Mazarine, elle demeurera néanmoins placée sous le contrôle immédiat du chef du bureau des travaux historiques.

La bibliothèque des Sociétés savantes se composera : 1° des collections des mémoires, bulletins et publications de toute sorte des sociétés savantes de Paris et des départements ; — 2° de la collection des annuaires et des revues historiques et archéologiques publiées dans les départements ; — 3° de la collection des mémoires des académies et sociétés savantes des pays étrangers. — Ces trois collections, formant la propriété exclusive du Ministère de l'Instruction publique, seront communiquées au public dans la salle de lecture de la bibliothèque Mazarine et selon les règles adoptées dans ladite bibliothèque.

Les ouvrages généraux et les publications relatives à l'histoire et à l'archéologie des provinces et des villes, qui faisaient partie de la bibliothèque des Sociétés savantes, sont attribués à la bibliothèque Mazarine. Les cartes, plans et dessins, qui étaient conservés dans la bibliothèque des Sociétés savantes, seront versés au département des Estampes de la Bibliothèque nationale.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8959.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Pasteur a repris la parole, non pour ajouter quelque chose à la masse des expériences précédemment exposées par lui ou aux arguments qu'il en tire, mais pour ne pas laisser un instant sans réponse une lecture de M. Colin.

La question qui se pose entre ces deux savants, l'un et l'autre si estimables, est bien certainement une des plus complexes qui se rencontrent en médecine. Il ne s'agit pas seulement de savoir s'il existe dans la nature telle ou telle espèce de germes capables de faire naître, dans certaines circonstances, telle ou telle maladie donnée; il faut encore se demander si les organismes vivants sont passivement livrés, dans tous les cas, sans lutte, à l'envahissement de ces germes, ou s'ils peuvent trouver en eux-mêmes des éléments de résistance.

En d'autres termes, il ne serait pas prouvé, alors même qu'on nous montrerait pour chaque entité nosologique une entité microscopique servant à sa propagation, il ne serait pas encore prouvé, dis-je, que l'organisme soit dépourvu de toute espèce de rôle et d'influence dans une évolution morbide.

S'il est des forces de résistance qui se rattachent à la vie et protègent l'état de santé, la maladie ne résultera pas uniquement d'une attaque du dehors; elle aura des causes complexes, parmi lesquelles l'être vivant lui-même entrera pour une large part avec sa résistance plus ou moins affaiblie antérieurement à la lutte.

Ce qu'on observe dans les épidémies vient bien à l'appui de cette hypothèse. Alors que les germes sont partout dans l'air, suivant la théorie actuelle, et dans l'eau qu'on boit et dans mille objets que l'on manie journellement, pourquoi donc est-il des gens qui restent dans la plus parfaite santé, tandis que tant d'autres succombent? C'est là une expérience tout aussi convaincante que les expériences de laboratoire, et elle se répète trop souvent pour que le praticien puisse admettre sans preuve la passivité absolue de l'organisme.

Il est bien d'autres arguments qu'il serait trop long d'énumérer, même de la façon la plus sommaire.

Demandons seulement à ceux qui ne font aucune différence entre les milieux liquides de l'homme et les liquides de leurs éprouvettes ensemencées d'une manière si prompte et si constante, comment il se fait que la variole ne se développe pas deux fois de suite, à court intervalle? Comment le vaccin en préserve? Comment les épidémies s'arrêtent alors que les germes multipliés, par la multitude des malades, devraient être le plus nombreux?

Voilà ce qu'il faudrait expliquer par des expériences de laboratoire, pour que les résultats de telles expériences se trouvent pleinement applicables à l'homme, et qu'on efface absolument du vocabulaire médical le mot de *spontanéité*.

Nous appelons vivement l'attention de nos lecteurs sur un travail du docteur Galippe relatif à un point important d'hygiène alimentaire. Il paraît qu'à Paris surtout et dans plusieurs villes de province, certains pâtissiers ont pris l'habitude de colorer avec un sel de plomb, avec le chromate neutre, les gâteaux qui demanderaient autrement des jaunes d'œufs pour présenter la même teinte. C'est là une source de saturnisme qu'on ne soupçonnait pas jusqu'ici.

Cette note de M. Galippe sur une falsification redoutable pour la santé s'est trouvée présentée dans la même séance où l'on annonçait à l'Académie la mort de M. Chevallier, qui a fait tant de travaux estimés sur des falsifications semblables.

Signalons encore un travail fort intéressant de M. Hayem sur l'état du sang durant les maladies aiguës et les convalescences, ainsi qu'une lecture de M. Decaisne à propos d'expériences physiologiques faites sur la tête et le tronc d'un supplicié.

Dr Victor REVILLOUT.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

### Cours d'histoire de la médecine.

(Leçon d'ouverture recueillie par M. A. ROUTIER.)

I

En arrivant à une position depuis longtemps désirée, on éprouve, en même temps qu'une grande joie, les sentiments d'une vive reconnaissance pour ceux qui vous ont témoigné leur sympathie et leur dévouement. Cette gratitude, je tiens à l'exprimer aux maîtres éminents qui m'ont élevé jusqu'à eux et aux chers amis qui m'ont soutenu dans une lutte exceptionnellement difficile. De plus, comme le voyageur qui atteint un sommet péniblement gravi, jetant un re-

gard sur le chemin parcouru, je retrouve tous les souvenirs du passé, la vie de concours, les anciens d'hôpital, je revois par la pensée les condisciples, les compagnons de la route. Parmi eux, je ne puis, surtout en ce moment, ne pas évoquer le souvenir de Paul Lorain, un de mes prédécesseurs, mon camarade d'études, mon ami toujours fidèle.

Paul Lorain devait à son labeur et à sa rare intelligence ses succès dans la lutte et sa nomination au professorat. Appartenant à l'Université par sa naissance, par des liens nombreux de famille, il avait une personnalité puissante, il groupait autour de lui, à l'hôpital et à la Faculté, des élèves nombreux et sincèrement attachés. Son culte pour la vérité, ses écrits d'une trempe si vigoureuse et si vraiment scientifique faisaient encore plus ressortir, par un heureux contraste, sa riche imagination, son élocution si facile et si élégante. Aussi savant que modeste, aussi généreux que savant, doué des plus hautes qualités de l'esprit et du cœur, Lorain était aimé de tous ceux qui l'ont connu ; notre amitié, qui datait de l'internat, durait toujours aussi vivace sans qu'un nuage soit venu la traverser jamais. Permettez-moi de placer l'enseignement que je commence aujourd'hui sous les auspices de ce nom qui m'est si cher et qui vous est si sympathique, de Paul Lorain. . . . . . . . . . . . .

L'histoire de la médecine, qui doit nous occuper, est une science des plus vastes ; bientôt je vous indiquerai son étendue et ses divisions, mais auparavant il m'a semblé que dans cette leçon d'ouverture vous aimeriez à connaître vos aînés, où ils se trouvaient, et aussi quel est l'endroit où nous sommes. En un mot, jai pensé qu'un *coup d'œil historique sur l'ancienne École de médecine de Paris* avec ses élèves et ses maîtres vous offrirait un véritable intérêt et une utilité réelle, car vous pourrez apprécier une des plus fortes et des plus remarquables institutions médicales qui aient jamais existé.

I. D'où vient la Faculté actuelle ? Quelle a été son origine ? Vous vous rappelez tous l'époque où nous fêtions avec grand plaisir et, pour plusieurs peut-être, sans trop savoir pourquoi, la Saint-Charlemagne. C'est que l'établissement des écoles d'où provient l'Université remonte à Karl Ier, à Charles le Grand. Il institua sous ses yeux, dans le palais d'Aix-la-Chapelle, les écoles appelées palatines ou commensales et plus tard celles qui fonctionnèrent par son ordre dans les abbayes et les cloîtres, écoles abbatiales. Ces écoles dispersées, en se groupant et en réunissant leurs forces, ont constitué un corps avec ses coutumes et ses statuts, et vers 1200 apparaît le *Studium parisiense*, l'*Universitas scholarum parisiensium*, l'Université. Un peu plus tard, vers 1250, les élèves sont tellement nombreux qu'on les répartit suivant la nationalité. De là, cette division archaïque des quatre nations : France, Picardie, Normandie, Angleterre, plus tard Allemagne, admise dans le *Studium parisiense* ou l'Université de Paris. Je rappellerai que le palais Mazarin où siège l'Institut était le collège des Quatre-Nations universitaires.

Les études arrivant à se spécialiser, des séparations ou distinctions nouvelles se produisent. Les théologiens, les premiers, rédigent des statuts, établissent des grades : bachelier, licencié, maître ou docteur, s'installent dans le local de la Sorbonne sous le nom de Faculté de théologie. Les légistes, de leur côté, vont au Clos-Bruneau, rue Jean-de-Beauvais, aujourd'hui disparu pour le percement de la rue des Écoles. Les maîtres de l'Université qui étudiaient la médecine rédigent aussi des statuts particuliers, se donnent un chef sous le nom de doyen, adoptent un sceau, écrivent leurs actes sur un registre et nomment leur école *saluberrima medicorum Facultas.* La Faculté était fondée vers l'an 1270 ; l'Université se composait des quatre facultés, de théologie, de décret, de médecine et des arts. Vous voyez que la faculté de décret correspond à la faculté de droit et celle des arts à la faculté des lettres.

Pour mettre de l'ordre dans un exposé où tant de sujets, tant de noms et tant de dates se multiplient, cherchons d'abord l'endroit où existait l'ancienne école ou Faculté de médecine ; nous nous occuperons ensuite de ceux qui nous ont précédés, des élèves et des maîtres.

La vieille Faculté ne se trouvait pas dans le local actuel, qui est moderne et date seulement de 1774. Elle existait entre l'Hôtel-Dieu et la place Maubert, sur la rive gauche et au bord de la Seine, entre les rues actuelles de la Bûcherie et de l'Hôtel-Colbert.

Mais, pendant le treizième et le quatorzième siècle, nos aînés, ne connaissant pas le luxe et n'ayant pas de local spécial pour leurs réunions, s'assemblaient tantôt dans un coin de Notre-Dame de-Paris, ou de l'église Saint-Julien-le-Pauvre, dans celle de Sainte-Geneviève-des-Ardents élevée en souvenir des épidémies faméliques et céréales qui ont tant affligé le moyen âge, dans celle des Mathurins, etc. Les actes avaient lieu chez l'Ancien, chez le Doyen, ou chez un maître-régent plus grandement logé que les autres.

Pendant cette période qui a duré près de deux cents ans, nous signalerons l'acquisition d'un pauvre immeuble près de la rue des Escholes, devenue en 1300 rue du Fouarre (feurre ou paille), maison située rue des Rats, actuellement de l'Hôtel-Colbert. Au milieu du quinzième siècle, le premier bienfaiteur de la Faculté, Jacques Desparts, médecin de Charles VII, donne généreusement trois cents écus d'or à l'aide desquels on répare et on bâtit, puis, en 1481, le doyen, Mathieu Dolet, peut recevoir dix maîtres régents et des élèves.

Je vous engage à lire, dans une intéressante étude, de notre savant bibliothécaire M. A. Chéreau, l'histoire des efforts couronnés de succès des vieux maîtres-régents, qui, sans ressources et avec un zèle admirable ont vaincu toutes les difficultés. Cette étude, publiée dans l'*Union médicale* de 1866 est accompagnée de figures sur bois, qui vous serviront si vous allez visiter la place où commença la Faculté de médecine.

Le trait caractéristique de l'ancienne Faculté, c'est d'avoir voulu s'appartenir, et, sans aide, sans argent à elle, d'arriver à la construction d'un amphithéâtre d'anatomie, ou, comme on disait alors, d'un théâtre anatomique.

M. Laboulbène énumère les diverses acquisitions des maisons de la Couronne, de l'Aigle d'Or, de l'Image Sainte-Catherine, des Trois Rois et du Soufflet, placées auprès de l'immeuble primitif. Enfin, en 1604, un amphithéâtre en bois s'élève, mais il est sans étages, balayé par les eaux de la Seine, non endiguée à cette époque ; il ne pouvait durer longtemps. Riolan fils, aidé par André du Laurens, parvient en 1617 à en faire bâtir un nouveau et il y commence un cours d'anatomie le 20 décembre 1620.

Mais les bâtiments de l'école menaçaient ruine et en 1638, les maîtres régents pensent à quitter leur chère Faculté, et, chose remarquable, demandent sans l'obtenir le local du Collège de Bourgogne, où est la Faculté actuelle. Ils allaient être contraints à abandonner la rue de la Bûcherie quand

leur arriva une donation de 30,000 livres, réduite plus tard à 20,000, qui leur permit de faire les réparations si urgentes. Le donataire était Michel Lemasle des Roches.

L'amphithéâtre de Riolan a servi pendant cent vingt-cinq ans; il a été remplacé le 18 février 1745 par un autre bâtiment remarquable, inauguré par Winslow. Quelques années plus tard, en 1775, les études anatomiques y étaient toujours en vigueur; mais alors la Faculté est forcée, par le mauvais état des constructions, de se loger rue Jean-de-Beauvais, à la place occupée par l'École de droit, venue elle-même dans son local actuel de la place du Panthéon.

Le théâtre anatomique, l'amphithéâtre de Winslow est toujours debout, ainsi que les anciennes constructions de la rue de la Bûcherie.

A l'extérieur, au coin de la rue de la Bûcherie et de la rue de la Huchette, s'élève un bâtiment arrondi, surmonté d'une coupole, c'est l'amphithéâtre de Winslow; en bas, sur la rue, était l'ancienne demeure des appariteurs ou bedeaux. Sa destination est bien changée; vous la connaîtrez quand je vous aurai rappelé qu'il y a dans les grandes villes des maisons de physiologie exubérante, réglementée, et, de même qu'on trouve en anatomie pathologique des cellules géantes, on trouve sur ces maisons des numéros géants. Celle-ci porte le n° 13.

Au delà, en entrant dans une cour assez spacieuse, on aperçoit à gauche la porte de l'Amphithéâtre : la façade ne manque pas d'élégance; le fronton triangulaire est supporté par des colonnes doriques; en haut sont les armes accompagnées de la devise de la vieille Faculté, *Orbi et urbi salus*. En face, la salle des assemblées et celle des écoles sont devenues des logements à bon marché et un lavoir public. J'ai pu lire sur une plaque de marbre l'inscription concernant la donation de Michel Lemasle des Roches.

L'intérieur de l'amphithéâtre de Winslow est parfaitement circulaire et large d'environ dix mètres. En haut règne une pièce où se trouvent représentées alternativement en relief, et très-reconnaissables, des Cigognes portant un rameau d'origan dans leur bec, un Coq, plus un animal rapporté par un estimable auteur, M. Corlieu, à une Salamandre. Vous avez pu remarquer à Fontainebleau et au Havre la Salamandre héraldique sous toutes ses formes; elle ne ressemble pas à ce que j'ai vu ici; j'ai constaté en effet un animal ailé, trapu, peu allongé, la langue exserte, et je le rapporte bien plutôt à un Dragon qu'à tout autre emblème. J'espère pouvoir, avec la photographie ou l'héliogravure, reproduire un jour ces figures, et vous jugerez ainsi la valeur de mes opinions sur elles.

II. Recherchons présentement ce qu'étaient les escholiers ou étudiants et les maîtres régents ou docteurs. Nous pénétrerons ensuite dans la vie intérieure et le développement successif de la Faculté, nous suivrons sa marche dans le temps.

Les étudiants de la rue du Fouarre, au moyen âge, debout à cinq heures du matin en été, à six heures en hiver, se rendaient souvent à tâtons dans les logis ou salles, ni dallés, ni pavés, mal éclairés, où ils se plaçaient à terre sur le foin ou la paille. Le maître, pour être plus élevé, avait une provision ou un tas de paille plus forte.

L'étudiant en médecine, ou *philiâtre*, devait savoir le grec, le latin, avoir fait deux années de philosophie. Il lui fallait le titre de maître ès arts, qui lui donnait le droit de porter un costume noir dans les cérémonies; il assistait aux cours des bacheliers et des professeurs et apprenait à devenir un discoureur habile. Le temps d'études variait de vingt-huit à trente-six et quarante-huit mois, les études faites dans une autre Faculté comptaient pour moitié à celle de Paris.

M. Laboulbène indique ensuite ce que devenait le philiâtre après le *tempus auditionis*; il avait à subir, — et subir est le mot, — bien plus encore qu'aujourd'hui, les examens du baccalauréat, de la licence et enfin de la maîtrise ou doctorat, dernier grade.

Le *baccalauréat en médecine* n'avait lieu que tous les deux ans, les années paires, les docteurs des diverses Facultés devaient passer leur baccalauréat. Remarquons le nombre restreint de 5 à 10 des candidats, tandis que le nombre des étudiants en médecine est actuellement d'environ 5,150. Les ajournements étaient fort rares. Les examens duraient une semaine entière, le candidat restait sur la sellette deux heures et demie, examiné par deux anciens et deux nouveaux maîtres régents, plus le doyen. La feuille de papier où les candidats étaient inscrits par ordre alphabétique ne portait que deux notes : *sufficiens*, *incapax*. Il n'y avait point comme aujourd'hui les ressources et les degrés de passablement satisfait, bien et extrêmement satisfait.

Après le succès des examens, le candidat prêtait un serment particulier et s'engageait pour les thèses. Les examens étaient subis en robe longue et en bonnet carré.

(M. le professeur Laboulbène explique les divers genres de thèses, nombreuses, mais peu longues; il en place des spécimens sous les yeux des auditeurs : thèses quodlibétaires (quod libet), thèses cardinales, et il fait observer que les candidats ajournés ne pouvant se représenter que dans deux ans, allaient se faire recevoir dans quelque faculté secondaire, ce qui faisait une sélection utile en faveur de Paris.)

Remarquez, dit M. Laboulbène, combien ces études étaient longues, pénibles, difficiles. Le diplôme était enfin reçu, mais que de temps perdu et quel malheur que ce zèle, cette persévérance aient été dirigés dans cette voie étroite et scolastique qui faisait apprendre et tirailler un texte dans l'explication ou l'argumentation sans fin! Quel éloignement de l'étude des faits, de l'observation, de l'expérimentation!

La parole écrite, le dogme, était un fort inexpugnable; les citations, les tirades pédantesques suffisaient. Les hommes de génie l'ont déploré ou en ont montré le ridicule : Salisbury au douzième siècle, Pétrarque au treizième, Molière et Lesage au dix-septième et au dix-huitième.

Passons à la *licence en médecine*. Le bachelier faisait le matin des lectures ou conférences dans une petite chaire, commentant Hippocrate, Galien, Avicenne, Rhazès, etc. Il s'exerçait à parler en public; maître le matin, il devenait élève le reste de la journée, écoutant les leçons des professeurs.

Une coutume excellente, trop rare de nos jours, était le choix fait par le bachelier d'un maître régent auquel il s'attachait, qui devenait son conseiller, son guide, son appui, auprès duquel il se formait à la pratique de la médecine en suivant son protecteur.

Après deux années et deux thèses quotidiennes, après avoir répondu à divers examens d'anatomie, de chirurgie et de pratique, les bacheliers se rendaient au domicile des régents et faisaient des invitations au chancelier devant donner la licence, aux hauts fonctionnaires, aux membres du Parlement, de la cour des comptes, des aides, au gouverneur de Paris, au prévost des marchands, aux échevins, pour

leur faire juger du savoir des médecins que la Faculté allait donner au monde, *urbi atque universo orbi.*

Les licentiandes ou candidats pouvant être licenciés, après une cérémonie spéciale et un classement rigoureux, se rendaient en corps chez le chancelier de l'Université.

M. le professeur Laboulbène dépeint leur cortège, leur passage du Pont-au-Double, leur licence *legendi, interpretandi et faciendi medicinam hic et ubique terrarum;* enfin le banquet terminant la fête.

Le licencié pouvait exercer la médecine sans *maîtrise* ou *doctorat;* mais l'habitude des malades manquait souvent, la majorité ambitionnait le doctorat, qui les incorporait à la Faculté et les élevait dans la confrérie médicale.

M. Laboulbène énumère les formalités de la maîtrise, la supplique, l'acte de vespéries et la cérémonie du doctorat dans les salles inférieures décorées aux frais du candidat et pour lesquelles il dépensait bien plus que les quelques francs donnés aujourd'hui aux appariteurs pour la robe usée de la thèse. Il montre le nouveau docteur debout prononçant le fameux *juro,* dernier mot sorti de la bouche de Molière expirant. A ce sujet, il ne faudrait pas juger ces cérémonies par leur côté prêtant au ridicule; les maîtrises et les jurandes avaient toutes des coutumes singulières et souvent fort compliquées.

Le titre de docteur ne remonte qu'à la fin du quinzième siècle; avant cette époque les maîtres de la Faculté étaient *magistri regentes.* Leur nombre n'était pas très-élevé: 72 en 1550; 85 en 1603; 164 en 1780 et 144 en 1787. Mais, objecte M. Laboulbène, les maîtres régents faisaient presque à eux seuls la famille médicale et la Faculté tout entière. Il existe actuellement à Paris, sans compter les magnétiseurs, les somnambules, etc., près de 2,000 médecins, ce qui fait environ un pour 500 habitants. Autrefois il y avait à peine un médecin par 850 habitants, toutes proportions gardées.

Les frais d'études étaient énormes, comparés à ceux de l'époque actuelle où l'étudiant dépense 1,300 ou 1,500 francs. Au milieu du siècle dernier, ils s'élevaient de 5,000 à 5,500 livres.

La palme du doctorat, pour employer le style voulu, ne donnait pas droit à la régence; un dernier acte était passé et un stage de deux ans, nécessaire avant d'être admis aux fonctions d'examinateur et de professeur. Le maître régent faisait alors pendant dix ans partie du banc des jeunes, puis il passait au banc des anciens.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Le Dentu.

### Des rétrécissements de l'urèthre.

Nous avons dans nos salles au moins une dizaine de malades atteints de rétrécissement de l'urèthre qui tous sont intéressants parce qu'ils ont tous plus ou moins résisté à la dilatation et nous ont obligé à recourir à un traitement plus énergique. Je vous rappellerai aujourd'hui l'histoire des principaux pour vous montrer combien sont variés les accidents de rétrécissements et de l'uréthrotomie.

Au n° 16 de la salle Saint-Augustin est couché un malade dont le rétrécissement n'admettait pas la bougie la plus fine. Avec un conducteur creux nous avons pu faire passer une très-petite bougie; depuis, le malade a suivi un traitement assez régulier, ce qui n'a pas empêché la production de plusieurs fistules urinaires. Malgré la présence des callosités, nous sommes arrivés à un numéro assez fort et même jusqu'au n° 18. Mais le malade étant resté plusieurs jours sans sonde, nous n'avons plus introduit que le n° 13. Voilà donc un rétrécissement très-rétractile pour lequel on peut se demander si l'on doit employer la divulsion ou bien l'uréthrotomie interne. Si, lorsqu'on enlèvera la sonde, le rétrécissement revient à un faible calibre, nous devrons faire l'uréthrotomie.

Au n° 18, nous avons un rétrécissement qui se dilate très-régulièrement, mais très-lentement, ce qui nous obligera aussi probablement à faire l'uréthrotomie. Il y a là aussi fistules et abcès urinaires considérables.

Au n° 23 est un homme qui a présenté quelques phénomènes de péraplégie se rattachant à l'état de ses voies urinaires. Au début du traitement par la dilatation s'est manifesté un éréthisme nerveux, un spasme du col qui nous a obligé à enlever la bougie. Grâce au bromure de potassium, cette excitation s'est passée, et nous avons pu introduire la bougie n° 10 de la filière. Il n'y a pas là indication d'uréthrotomie.

Au n° 37 de la même salle, nous trouvons un malade qui est très-difficile à traiter, parce qu'il a présenté différents accidents. Il est entré depuis plusieurs mois dans le service: il avait un rétrécissement, très-serré au début, qui n'a laissé passer qu'après bien des efforts, une bougie d'un très-petit calibre. Le malade avait des douleurs vives, causées par un état inflammatoire de la vessie. Outre cette cystite chronique avec catarrhe vésical et le rétrécissement, il présentait un teint jaune spécial qui décelait le commencement d'une néphrite, qui s'est confirmée depuis. L'étroitesse du rétrécissement et la crainte de lésions vésicales nous ont rendus très-prudents. La dilatation même est, en effet, capable de réveiller des accidents graves. Il fallait donc, pour la simple dilatation, prendre les plus grandes précautions. Je tentai d'introduire quelques petites bougies qui ne purent traverser le rétrécissement. Cette manœuvre très-légère suffit pour réveiller la cystite aiguë, malgré l'emploi de bains généraux et de cataplasmes. Il fallut faire plusieurs applications de sangsues. Aujourd'hui son état est meilleur, quoique nous n'ayons pas gagné beaucoup au point de vue local. Comme la dilatation est mal supportée, il faudra pratiquer ici l'uréthrotomie interne, dès que l'état général ne sera plus trop mauvais. Je la ferai dans quelques jours, aussitôt que nous aurons pu introduire quelques bougies d'un numéro plus élevé que le 8 ou le 10, que nous passons actuellement.

Au n° 46 est un malade qui a aussi présenté des allures spéciales. Il est entré avec un teint cachectique, et des accidents fébriles causés par l'état de sa vessie et de ses reins; il avait aussi une fistule urinaire. La dilatation fut assez régulière. Nous avons fait l'uréthrotomie interne il y a près de deux mois. La sonde fut laissée trente-six heures, puis il fallut attendre une quinzaine de jours sans y toucher à cause de l'uréthrite qui s'était développée après l'opération. Quand nous avons voulu reprendre la dilatation, nous avons constaté que le canal s'était rétracté et ne laissait plus passer que le n° 10, tandis qu'ordinairement on peut introduire le n° 17 ou 18.

Les mandrins dits béniquets, qui sont bons pour la dernière période de la dilatation, équivalent aux n$^{os}$ 20 ou 22 de la filière Charrière.

La fièvre et la diarrhée ayant persisté assez longtemps,

nous avons dû suspendre la dilatation pendant cette période. Nous avons donc perdu du terrain; nous sommes redescendus du nº 18 au nº 12. Aujourd'hui nous pouvons passer la bougie nº 15. Il y aurait bien indication à faire une deuxième uréthrotomie, mais l'état général est très-mauvais, la maladie des reins fait des progrès, la diarrhée persiste. En outre, ce malade présente à la cuisse, au-dessous de l'arcade de Fallope, une tuméfaction qui indique une suppuration chronique d'origine septique, se rattachant sans doute aux lésions urinaires. Nous avons déjà vu récemment dans nos salles un malade analogue qui portait quatre à cinq abcès du tissu cellulaire, terminés toutefois par la guérison. Notre malade n'en présente qu'un seul, mais qui paraît sérieux, et qu'il nous faudra peut-être ouvrir, s'il continue à grossir. Nous y trouverons du pus fétide et noirâtre, et, au milieu de toutes ces conditions, l'amélioration ne sera que momentanée et la cachexie poursuivra sa marche jusqu'à une terminaison fatale. Aussi je me borne à laisser une sonde à demeure, sans toucher davantage à ce malade.

Au nº 54, vous avez vu un autre malade, originaire de la Suisse allemande, qui est entré depuis cinq à six semaines. Au début, son rétrécissement s'est assez bien dilaté, sans réaction fébrile intense. Mais un jour il est sorti et a retiré sa sonde. Deux jours après on ne put passer qu'un numéro très-faible, 8 au lieu de 18. C'est donc un rétrécissement élastique.

On peut par la dilatation simple le guérir rapidement en apparence; mais, quelques jours après, tout est à recommencer. Cette circonstance suffit pour indiquer l'intervention chirurgicale, divulsion ou uréthrotomie interne. Lequel des deux procédés est le meilleur? En France, on pratique beaucoup l'uréthrotomie; en Angleterre et en Amérique, on préfère la divulsion. Cela indique que les deux méthodes ont donné de bons résultats; c'est vrai, à la condition de ne leur demander que ce qu'elles peuvent donner. Elles ne réussissent qu'à la condition de faire de la dilatation ultérieurement et de passer des bougies continuellement dans la suite, tous les huit ou quinze jours. Je préfère, pour le cas particulier, pratiquer la divulsion parce que je crois que l'uréthrotomie interne est indiquée et supérieure quand le rétrécissement est fibreux et n'a pas été dilaté. Quand la dilatation a été déjà portée à un certain degré et qu'il reste peu à vaincre, la divulsion est suffisante. C'est pourquoi je l'ai proposée à notre malade, mais il préfère sortir de l'hôpital et refuse toute opération.

Au nº 58 est couché un autre malade qui porte des fistules urinaires, dont une est en arrière de l'anus; il a déjà été soigné par Woillemier, en cet hôpital, il y seize ans. Il en est à la quatrième récidive, il a toujours été traité par la dilatation. On ne peut passer que le nº 4. Je pense que l'uréthrotomie a des chances de réussir.

Le malade du nº 59 *bis* présente un rétrécissement qui n'est pas élastique, mais qui le paraît; c'est un spasme du col de la vessie. Ce rétrécissement simple, consécutif à une seule blennorrhagie, sans traitement antérieur, sans traumatisme sur le périnée, paraît un type peu compliqué. Cependant il nous cache une difficulté sérieuse, l'intolérance du canal pour les bougies, soit temporaires, soit à demeure. C'est encore une indication de faire l'opération. Cependant nous avons déjà obtenu un certain degré d'amélioration par l'emploi du bromure de potassium à forte dose. Il ne faut pas hésiter, quand il y a des accidents nerveux, du spasme, à l'employer; il réussit mieux que les bains. On peut aussi avoir recours à l'éther.

Au nº 63 est un malade auquel nous avons fait jadis l'uréthrotomie interne. Il a aussi un rétrécissement inflammatoire, pour lequel je l'ai traité il y a quatre ans à l'Hôtel-Dieu. Je lui ai fait une première uréthrotomie interne; il a été impossible de faire passer la sonde au-delà de la prostate, je l'ai laissée à demeure malgré cette circonstance. Deux mois plus tard, je lui ai fait une seconde uréthrotomie : la sonde pénétra jusque dans la vessie. Il alla bien. Mais il a négligé de se passer des bougies; le rétrécissement a récidivé. Le malade est revenu avec des abcès urineux; je lui ai fait la dilatation préparatoire, et je vais lui pratiquer l'uréthrotomie interne. (Pendant cette opération, la bougie conductrice ne pénétra pas d'abord dans la vessie, mais, après quelques minutes, elle y pénétra facilement.)

Au nº 66, nous avons un rétrécissement traumatique, après une rupture du canal, et, avec écoulement sanguin, il y a eu rétrécissement. Par exception, celui-ci a bien supporté la dilatation et nous pouvons passer jusqu'au nº 18. Je crains cependant qu'un jour, le malade cessant de faire la dilatation, il ne devienne nécessaire de pratiquer une uréthrotomie. Je crois qu'il sera plus prudent de la faire avant la sortie du malade de l'hôpital.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 décembre 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1º une lettre de M. Martineau, qui pose sa candidature à la place vacante dans la section d'accouchement : 2º une lettre de M. Camille Muot accompagnant un pli cacheté, dont le dépôt est accepté; 3º une étude sur la *mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans nés et décédés à Cette dans les quinze dernières années* (1863-1878), par M. le docteur Louis Amat, aide-major de première classe; 4º un mémoire intitulé : *Considérations médicales sur les bains pris dans la Méditerranée*, par le même auteur; 5º une série de brochures de M. Cornish, chirurgien-major de l'armée anglaise à Madras, sur la récente famine observée dans la province de Madras (Indes orientales).

### PRÉSENTATIONS

M. Personne présente, au nom de M. le docteur Galippe, une note *sur l'introduction du chromate neutre de plomb dans les pâtisseries pour leur communiquer une coloration jaune doré*.

En raison de la cherté des œufs, un certain nombre de pâtissiers ont imaginé d'introduire dans leurs gâteaux du chromate neutre de plomb pour remplacer la coloration due au jaune d'œuf. Cette pratique, originaire de Paris, s'est répandue en province.

L'échantillon placé sous les yeux de l'Académie a été recueilli par M. Galippe père, pharmacien, dans le département de l'Oise. La fraude a été découverte grâce à l'inexpérience du fraudeur qui, ne connaissant que depuis peu, par l'un de ses confrères, ce nouveau procédé de falsification, a eu la main trop lourde. La pâtisserie était, en effet, d'un jaune trop vif, ce qui a facilement éveillé l'attention des consommateurs. Des accidents ont été observés. Le coupable, ignorant les qualités toxiques du produit qu'il employait, en a remis un échantillon.

L'analyse de cette pâtisserie plombifère, à laquelle a procédé le docteur Galippe, a démontré que cette brioche contenait 73 milligrammes d'oxyde de plomb sur 100 grammes.

Il est urgent de donner toute la publicité possible à ce fait, afin d'éveiller l'attention de l'autorité sur cette falsification et d'ins-

truire les pâtissiers du danger auquel ils exposent les consommateurs.

**M. DEPAUL** offre en hommage à l'Académie, de la part des auteurs, MM. les docteurs Beauregard et Galippe, un ouvrage intitulé : *Guide de l'élève et du praticien pour les travaux pratiques de micrographie.*

**M. LE PRÉSIDENT** fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Chevallier.

**M. PROUST**, sur l'invitation de M. le président, communique le discours qu'il a prononcé aux obsèques de cet honorable académicien.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHARBON

**M. PASTEUR** présente quelques observations sur la dernière lecture de M. Colin, et il déclare que, sur le point du litige de la présence ou de l'absence des germes dans la terre qui a été souillée de débris charbonneux, il a déjà répondu de manière à satisfaire les esprits les plus incrédules. Il trace l'historique de toute cette discussion. Il dit comment il en est venu à prendre le ton d'un savant passionné pour la vérité, sans pitié ni merci pour les faux fuyants et les échappatoires de son contradicteur. Il accuse, en effet, M. Colin d'avoir, dans plus d'une circonstance, usé de faux fuyants : d'abord à l'occasion de la poule que M. Pasteur en la refroissant avait rendue apte à contracter le charbon ; puis à propos du défi porté par M. Pasteur à M. Colin de prouver l'existence de son prétendu virus charbonneux devant une commission de l'Académie, etc.

Après cela, M. Pasteur s'attache à démontrer que, malgré l'assertion contraire de M. Colin, ses procédés de démonstration sont aussi simples que convaincants. A ce propos il passe en revue les expériences dont il s'est servi, dans des discussions précédentes, pour réfuter les assertions de MM. Frémy, Pouchet, Claude Bernard, Berthelot et Bastian. Il accuse M. Colin d'avoir mal raconté ce qui s'était passé entre M. Bastian et lui.

Enfin il l'accuse, en terminant, d'avoir voulu dépouiller à tort M. Davaine de ses découvertes, alors que l'amour de la vérité, l'honneur même de l'Académie dont M. Davaine fait partie, et surtout le patriotisme, devaient l'empêcher de le faire.

### LECTURES

**Réparation du sang à la suite des maladies aiguës.** — **M. G. HAYEM** lit sur ce sujet un travail dont voici les conclusions :

En résumé, l'évolution du sang, entravée pendant le cours des maladies aiguës, reprend son essor au moment de la défervescence.

La reconstitution du sang en hématies se fait par l'intermédiaire d'une production nouvelle d'hématoblastes. A l'égard de la marche de ce phénomène, il y a lieu de distinguer les maladies aiguës de courte durée et à défervescence rapide des maladies à évolution lente et à défervescence traînante.

Dans les premières, la poussée d'hématoblastes accompagne ou suit de près la défervescence. Alors apparaît tout à coup dans le sang un grand nombre de ces éléments. Mais, comme les hématoblastes se transforment rapidement en globules rouges, leur accumulation dans le sang, après avoir atteint rapidement son apogée, ne dure qu'un temps relativement court.

Dans les maladies du second groupe, la production des hématoblastes est plus tardive. Elle suit de un ou plusieurs jours la défervescence. Puis le nombre des éléments nouveaux sans cesse formés, dépassant pendant longtemps la somme de ceux qui se transforment en hématies, l'accumulation des hématoblastes paraît se faire par poussées successives, et elle n'atteint son apogée qu'au bout de une à trois semaines.

Dans tous les cas, cette réparation du sang est analogue à celle qui succède aux hémorrhagies et particulièrement aux pertes de sang ayant eu une longue durée.

A la suite de cette production d'éléments nouveaux sous la forme d'hématoblastes puis d'hématies, le sang des convalescents contient pendant un temps variable des globules rouges incomplètement développés qui font baisser au-dessous de la normale la moyenne du contenu des globules rouges en matière colorante.

**Expériences physiologiques sur un décapité.** — **M. E. DECAISNE** lit, en son nom et au nom de MM. les docteurs Évrard et Gaston Decaisne, une note assez étendue, dont voici quelques courts extraits.

Le condamné était un nommé Prunier, âgé de vingt-trois ans, charretier à Trie-la-Ville dans le département de l'Oise. Il avait, sans motifs aucuns, tué une vieille femme, l'avait violée, avait chargé le cadavre sur ses épaules, et l'avait jeté à la rivière. Dix minutes après, voulant s'assurer que sa victime était morte, il retournait à la rivière, apercevait le corps qui flottait, le tirait hors de l'eau par les pieds, et renouvelait ses outrages. Puis il abandonnait le cadavre et allait coucher chez son père à quelque distance du crime. Il fut réveillé par les gendarmes qui vinrent l'arrêter quelques heures après et à qui il fit les aveux les plus complets.

Le jour du crime, il s'était levé en disant : « Il faut que je fasse un coup aujourd'hui, je veux me battre. » Il parcourt les cabarets du pays et du village voisin, il boit outre mesure, revient l'après-midi soigner les chevaux de son maître, rôde autour d'une jeune domestique, qu'il effraye par son attitude et qui se retire chez ses parents, laissant à la maison la belle-mère du fermier. Cette femme, craignant que Prunier, sous l'empire de l'ivresse, ne se fasse blesser par les chevaux, le suit à l'écurie. C'est là qu'il commet son épouvantable forfait.

Les restes du supplicié nous ont été remis à sept heures cinq minutes du matin, c'est-à-dire entre quatre minutes et demie et cinq minutes après la décapitation. Le corps était placé à plat ventre dans le panier, dont le fond était garni de sciure de bois ; la tête reposait sur le côté gauche. Celle-ci présentait à peine quelques rares taches de sang isolées dans le voisinage de la section. Pas de sang au niveau des lèvres et de la conque des oreilles. Rien, en un mot, indiquant que l'extrémité céphalique ait pu être le siège de mouvements convulsifs immédiatement après sa chute. Ce qui confirme encore cette supposition c'est que les oreilles ne contenaient que quelques parcelles de sciure de bois.

Cette tête, placée immédiatement sur une table, en plein air, au milieu du cimetière, présente l'aspect suivant :

Les yeux sont fermés. Si l'on entr'ouvre les paupières, on aperçoit le globe de l'œil fixe et affaissé. Les pupilles sont égales et moyennement dilatées. La face est pâle, mate, complètement exsangue, offrant une apparence de stupeur. La mâchoire est légèrement entr'ouverte. Les conjonctives, les lèvres, la langue, toutes les muqueuses enfin sont absolument décolorées.

La section très-nette est située à un niveau élevé. Elle correspond, en effet, à l'intervalle qui sépare la troisième et la quatrième vertèbre cervicale. Une lamelle osseuse a été détachée de la face supérieure de cette dernière. Le larynx, complètement intact, est resté avec le tronc, les grandes cornes du cartilage thyroïde n'ont même pas été entamées. La peau, fortement rétractée, laisse apercevoir le bord inférieur du maxillaire.

La plaie exhale une légère vapeur, l'odeur de sang frais rendue plus appréciable par l'abaissement de la température à l'heure où nous faisions nos expériences (nous opérions de grand matin, en plein air et par un froid assez vif).

Il a suffi de souffler légèrement sur les oreilles pour enlever le peu de sciure de bois qui s'y était fixé.

C'est alors que l'un de nous appelle, plusieurs fois de suite, le supplicié par son nom, en s'approchant aussi près que possible du conduit auditif. Aucun mouvement de la face ou des yeux ne trahit la moindre perception.

On pince fortement la peau des joues, on introduit dans les narines un pinceau imbibé d'ammoniaque concentrée, on cautérise la conjonctive avec un crayon de nitrate d'argent. Aucune contraction, aucun mouvement ne se produisent ; la face conserve son impassibilité. Une bougie allumée, placée immédiatement auprès des yeux largement ouverts, avait déjà donné un résultat négatif, alors même que la flamme léchait le globe oculaire.

La cautérisation de la face et du tronc, pratiquée à différents points, n'est suivie de l'apparition d'aucune vésicule.

Ces premières expériences une fois terminées, notre but princi-

pal était rempli. Nous avions acquis, autant qu'il est humainement possible, la certitude que la tête du supplicié ne sentait plus, ne percevait plus, ne vivait plus.

Nous procédons alors à l'extraction du cerveau. Les os du crâne étaient extrêmement durs et épais, et ce n'est qu'au bout d'un temps assez long qu'avec l'aide de la scie et du marteau, nous avons pu mettre l'encéphale à découvert. Notons, en passant, que la section du cuir chevelu n'avait été suivie de l'apparition d'aucun phénomène réflexe.

La dure-mère n'offrait ni épaississement notable ni adhérence pathologique aux parois crâniennes. Par contre, les deux feuillets de l'arachnoïde adhéraient fortement entre eux dans le voisinage des corpuscules de Pacchioni.

Dans son ensemble, l'encéphale, d'un volume moyen, paraît affaissé et offre une décoloration générale. Les vaisseaux de la pie-mère sont vides, et il en est de même des sinus.

De chaque côté de la scissure inter-hémisphérique, sur la face convexe du cerveau, vers sa partie latérale moyenne, nous avons constaté l'existence d'une plaque blanchâtre de 3 à 4 centimètres d'étendue en longueur comme en largeur, parfaitement adhérente à la substance cérébrale et plus accentuée à gauche. De ce dernier côté, outre la plaque signalée plus haut, existait une teinte opaline occupant un quart environ de la surface totale de l'hémisphère. Les circonvolutions ne présentaient rien d'anomal.

Tous les muscles réagissent à l'électricité. C'est ainsi qu'*après l'ablation du cerveau* on provoque toutes les contractions des muscles de la face, le grincement et le claquement des dents, les mouvements des yeux, l'élévation et l'abaissement des paupières. De même, par l'électrisation des muscles intercostaux et du diaphragme, on provoque artificiellement les mouvements respiratoires. Même résultat lorsqu'on applique l'un des pôles de la pile entre les muscles scalènes, l'autre sur le diaphragme. Des contractions énergiques sont également obtenues dans les muscles des membres. Nous avons pu ainsi faire élever les bras, fléchir les avant-bras, les poignets, et les doigts sont venus serrer fortement la main de l'un de nous. Cette réaction musculaire persistait une heure et demie après la décapitation, c'est-à-dire au moment où les restes du supplicié ont été remis aux fossoyeurs.

Peut-être, dit en concluant M. Decaisne après une longue discussion sur la responsabilité du condamné, les lésions cérébrales constatées par nous se rattachent-elles à l'alcoolisme? Cela est possible et même probable. Peut-être des habitudes prolongées d'ivrognerie ont-elles conduit cette nature brutale jusqu'au crime le plus odieux? Cela est encore admissible, mais rien, absolument rien, n'autorise à nier la responsabilité du meurtrier.

La séance est levée à cinq heures.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Externat.* — Question donnée le 27 novembre : *Pansements antiseptiques.*

Question donnée le 27 novembre : *Fractures de l'extrémité inférieure du radius.*

Question donnée le 1er décembre : *Bronchite aiguë.*

Question donnée le 2 décembre, dernière question : *Administration du chloroforme.*

— Par décret en date du 1er décembre 1879, M. Charles Roussel, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Une place d'interne est vacante à la maison nationale de Charenton. S'adresser dans le plus bref délai au directeur de l'établissement.

Les conditions à remplir sont : 1° avoir pris toutes ses inscriptions et subi le premier examen de doctorat ; 2° avoir été attaché pendant un an à un service d'aliénés ou être externe des hôpitaux de Paris.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8968.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Laboulbène.

### Cours d'histoire de la médecine (1).

(Leçon d'ouverture recueillie par M. A. Routier.)

II

III. Je vous ai présenté en quelque sorte l'anatomie de l'ancienne Faculté; je veux actuellement vous faire connaître sa vie privée et publique, vous dire ce qu'étaient l'ancien, le doyen et les professeurs.

La Faculté actuelle compte trente-deux professeurs, trente-sept agrégés, le doyen, les deux assesseurs, le secrétaire, plus les bibliothécaires, les prosecteurs, aides d'anatomie, chefs de clinique, etc., ainsi que des fonctionnaires utiles et nombreux. Autrefois elle était formée par tous les docteurs régents sans exception.

L'ancien de la Faculté était le plus âgé et le plus vénéré, ses privilèges étaient considérables. Absent, il était considéré comme présent, ses jetons d'honoraires étaient doubles; en l'absence du doyen, il convoquait la Faculté.

Nos anciens, à nous, s'appellent Jules Cloquet et Jean Bouillaud. Aussi loin qu'ait pénétré la science médicale, le nom de l'anatomiste et du chirurgien éminent, celui du médecin philosophe et du grand clinicien sont connus, leurs œuvres utiles sont admirées. A aucune époque, l'ancienne Faculté n'a eu plus que nous pour ses chers anciens d'affection et de respect!

Le doyen était le chef de la Faculté. L'ancien en remplissait d'abord les fonctions, devenues plus tard électives. Le doyen ne professait pas; il représentait la Faculté dans toutes les occasions et dans les cérémonies publiques, il dirigeait la Faculté et enfin il rédigeait les *Commentaires* dont nous vous présentons deux tomes : le premier et le dernier de cette inestimable collection. Notre bibliothèque renferme de bien précieux manuscrits et de bien rares volumes parmi les 55,000 qu'elle compte aujourd'hui. Tout pâlit devant les *Commentaires*. Il manque un et peut-être deux volumes aux vingt-quatre qui existent. S'ils se rencontraient jamais dans une vente publique ou privée, ce ne serait pas trop, ce ne serait pas assez que de les placer dans le plateau d'une balance et que de charger l'autre plateau du plus précieux métal jusqu'à dépasser l'équilibre.

M. Laboulbène parle ensuite des professeurs, au nombre de deux seulement dans l'origine, et il compare les deux Facultés de Paris et de Montpellier sous ce rapport. La vieille Faculté ne connut pas le concours, dont nous sommes le partisan convaincu. L'enseignement n'était pas permanent, mais temporaire, et tous pouvaient y prétendre. Aucun insigne ne distinguait le professeur du maître régent. Le costume actuel date de novembre 1803.

Avant de raconter les luttes de la Faculté avec Théophraste Renaudot, la chambre royale, la Société royale de médecine, les chirurgiens de robe courte et les chirurgiens lettrés ou de robe longue, M. Laboulbène lit la fière déclaration de Riolan, expliquant bien l'esprit de la vieille Faculté :

« Notre eschole a été fondée et entretenue aux despens des médecins particuliers qui ont contribué pour la bastir : elle n'a pas eu pour fondateurs ny les Roys de France, ny la ville de Paris, desquels elle n'a jamais reçu aucune gratification en argent pour la bastir, doter et entretenir...

« Cette compagnie n'est point demeurée oisive, mais continuellement a travaillé, soit en estudiant pour se rendre capable de servir le public, soit en enseignant pour former des successeurs...

« Elle a enseigné la médecine, gratuitement, à ses despens. Quelque chose qui arrive, elle fera toujours son devoir. »

Cet aperçu demeurerait incomplet, si je ne vous faisais pas remarquer les banquets et dîners si nombreux donnés par les docteurs régents, la salle haute où s'étendait la belle galerie des portraits et des bustes, où l'on voyait reproduits les portraits de Baillou, de François du Port, Ellain, Dieuxivoye, Philippe Hecquet, Fernel, Riolan, Jean Loysel, Claude Perrault, Hamon et l'inimitable Guy-Patin.

Chère ancienne, chère grande Faculté! Je vous ai montré sa force, je ne vous ai pas caché ses faiblesses; elle avait sa dignité à elle, elle avait sa noblesse à elle, qu'elle a élevées aussi haut que dignité et que noblesse puissent monter; mais son immobilisme la condamnait à disparaître, elle ne comprenait pas le progrès.

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 décembre 1879.

C'est le progrès qui caractérisera la Faculté actuelle. Le 4 décembre 1878, date désormais historique, M. Bardoux, ministre de l'instruction publique, a posé la première pierre de la nouvelle école pratique de la Faculté. De nouveaux laboratoires s'élèvent de toutes parts. Des cours de clinique de maladies mentales, d'ophthalmologie, de maladies des enfants, vont commencer. Partout le labeur incessant, partout une vie nouvelle, partout le progrès.

L'ancienne Faculté a langui dix-sept ans après avoir quitté les écoles de la rue de la Bûcherie; elle a vu sa rivale, l'Académie de chirurgie, inaugurer l'endroit où nous nous trouvons. C'est ici qu'elle a siégé : les amphithéâtres ont peu changé de destination; ainsi que la salle actuelle des thèses, le musée Orfila était la bibliothèque, tandis que la bibliothèque actuelle était la salle de réunion de l'Académie de chirurgie. L'emplacement des bureaux et de l'entrée renfermait des lits de malades.

Enfin le flot du progrès, devenu révolutionnaire, monte, déborde, confond les institutions antérieures; l'École de santé succède à l'ancienne Faculté de médecine, et plus tard la Société royale de médecine et l'Académie de chirurgie sont remplacées par l'Académie de médecine.

IV. Après cette étude sur ceux qui nous ont précédés, je dois vous exposer les divisions de l'histoire si vaste de la médecine et de la chirurgie, puis vous indiquer la place de ce cours.

L'histoire de la médecine comprend tout d'abord la *pathologie historique*. C'est la question de beaucoup la plus considérable et l'une des plus importantes. A elle se rapportent les descriptions des maladies anciennes de tous les temps et de tous les pays; elle envisage l'homme où il a vécu, atteint par les maladies saisonnières et telluriques, ainsi que par les inévitables traumatismes. L'action de l'atmosphère, les influences de la nourriture, l'entraînement des besoins et des passions, ont déterminé les premières maladies observées.

La *monographie historique* a succédé peu à peu aux vagues notions médico-chirurgicales; les phénomènes pathologiques ont été constatés avec une précision croissante; les observations ont été groupées, puis comparées, successivement élevées au rang de maladies distinctes, par leur origine, leur évolution, leur terminaison.

La *symptomatologie* qui frappait tout d'abord les premiers médecins s'est perfectionnée de plus en plus, et la technique d'exploration interne et externe est devenue peu à peu ce que vous la voyez de nos jours. Les anciens avaient un diagnostic incomplet; mais, admirables observateurs, ils s'attachaient au pronostic et nous ne les avons guère dépassés dans cette appréciation de l'issue heureuse ou funeste des maladies. Ils recherchaient avec grand soin l'étiologie, les causes pathogéniques saisissables.

La *symptomatologie*, le *diagnostic*, le *pronostic*, l'*étiologie historique*, seront l'objet d'une étude féconde et instructive.

La *taxonomie historique* vous montrera le cadre grandissant des maladies, celles-ci se dégageant du chaos où elles étaient confondues : la fièvre typhoïde, cette maladie si française, séparée des pyrexies par Louis; les lésions et les affections cardiaques si nettement délimitées par Millaud, et de même celles du cerveau et de la moelle épinière. Vous verrez qu'il y a des maladies éteintes, comme la peste d'Athènes, et d'autre part des maladies nouvelles, par exemple, le saturnisme et l'absinthisme.

La *thérapeutique historique* a commencé par les sacrifices, les invocations, les prières aux divinités bienfaisantes ou malfaisantes; le fétiche tourmente encore le malade pour les peuples enfants de l'intérieur de l'Afrique ou les peuplades américaines non civilisées. Le malade était entouré des objets secourables non par leur propriété médicative, mais pour une intercession médiate auprès du fétiche qui devait les hanter ou les habiter. De plus, les devins ou les sorciers poussent encore des cris ou font faire un grand bruit pour délivrer le patient en effrayant le mauvais génie. De la sorte, en constatant les objets, surtout les plantes utiles administrées de toute manière et derrière lesquelles étaient cachées les puissances bienfaisantes, on est arrivé par le plus simple empirisme à une matière médicale de hasard offrant néanmoins quelques données utiles.

La tradition indiquait les meilleurs remèdes, ceux qui réussissaient le mieux ou le moins mal. Les Arabes ajoutèrent les métaux aux plantes; les rêveries astrologiques admirent l'action des planètes et des étoiles. Enfin, secouant le joug des préjugés, la thérapeutique s'est enrichie de l'étude physiologique des médicaments; elle a précisé l'étude des indications, faisant table rase de bien des choses anciennes, mais conservant les acquisitions précieuses lentement amassées.

L'*hygiène* a dû remonter aux temps préhistoriques, et elle faisait partie des cultes primitifs. Imposée aux peuples dans un but utile, elle est passée à l'état scientifique avec les médecins grecs. L'*histoire de l'hygiène* jusqu'à notre époque où elle est si cultivée montre sa haute place publique et privée pour préserver soit les populations, soit l'individu isolé.

L'*anatomie* et la *physiologie historiques* sont de date relativement récente. Ni les Grecs ni Aristote n'ont disséqué de corps humains, mais il est probable qu'à l'école d'Alexandrie la science anatomique a eu de sanglantes origines. On aurait ouvert des hommes vivants. Celse et Tertullien l'ont affirmé. L'histoire doit enregistrer ces faits que l'humanité déplore. Du reste, on ne peut les juger qu'en se reportant au milieu où vivaient ces anatomistes des premiers âges et au mépris qu'inspiraient alors les souffrances des esclaves.

L'*histoire des doctrines* avec les fluctuations des systèmes qui se sont succédé en médecine vous montrera que, si les faits rigoureusement observés sont impérissables, les hypothèses prématurées sont fragiles. Elles ne durent que le temps nécessaire pour en démontrer la fausseté ou l'impuissance.

L'établissement des *institutions* constitue une des branches les plus curieuses de la médecine historique. L'exposé que je vous ai fait de l'*ancienne Faculté de Paris* se rapporte à une des plus remarquables institutions médicales.

Les médecins de tous les temps qui ont fait faire des progrès à notre science, ceux qui ont marqué leur place par leur savoir, leur dévouement, prennent rang dans la *biographie médicale historique*; leurs écrits composent la *bibliographie médicale*.

Vous pouvez apprécier dès maintenant le vaste domaine de l'histoire de la médecine. Le cours de cette année se rapportera à la *pathologie historique* et, si je ne me trompe, à une de ses parties les plus intéressantes. Il faut être de son temps et de son pays. Or vous savez qu'en ce moment la question des maladies épidémiques préoccupe les popula-

tions et les gouvernements; les émotions qu'avait fait naître la peste de Vetlianka sont à peine calmées. D'autre part, les académies et les sociétés savantes reçoivent journellement des travaux relatifs aux maladies parasitaires et au rôle des infiniment petits dans un grand nombre d'affections de l'homme et des animaux. J'étudierai avec vous l'*histoire des maladies épidémiques* et *des maladies parasitaires*. Je les suivrai dans le temps et dans l'espace. Je vous démontrerai combien est utile, j'allais dire indispensable, l'histoire de la médecine, combien elle vous servira dans vos études.

Un mot encore, et j'aurai fini. Depuis que je suis chargé de cet enseignement, j'y pense tous les jours et souvent la nuit : je tiens tant à vous le rendre profitable ! Je me suis dit bien des fois que, si je voulais faire connaître, par exemple, le cours de la Seine dans Paris ou une de ses rives, je devrais commencer par indiquer l'état présent, actuel, et puis rechercher et exposer les modifications survenues. De même, dans l'étude de l'histoire, le moment actuel de nos connaissances doit servir de base assurée, de terme de comparaison.

C'est ainsi que je tiens à vous exposer l'histoire de la médecine et de la chirurgie en partant de l'état présent, en remontant au passé, ayant toujours en vue l'avenir. Et laissez-moi vous le dire en comptant sur vous, c'est à vous, jeunes, à vous, chers élèves aux ardentes aspirations, à vous qu'appartient l'avenir !

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 novembre 1879. — Présidence de M. Hervieux.

### COMMUNICATIONS

**Application des æsthésiogènes au traitement des anesthésies d'origine cérébrale.** — M. LABOULBÈNE, à l'occasion de la communication faite dans l'une des dernières séances par M. Debove (voir *Gaz. des hôpit.*, numéro du 18 novembre 1879), rapporte un fait qu'il vient d'observer dans son service. Il s'agit d'un homme de soixante-sept ans qui était hémiplégique et hémianesthésique du côté gauche, aussi bien de la sensibilité spéciale que de la sensibilité générale. Du même côté, on entendait, à l'auscultation, des craquements au-dessous de la clavicule, qui pouvaient faire supposer l'existence de tubercules cérébraux, mais on pouvait aussi penser à un ramollissement. Sur l'invitation de M. Laboulbène, M. Debove vint voir ce malade et lui appliqua un aimant. La sensibilité reparut, d'abord dans le membre supérieur du côté gauche, puis dans le membre inférieur ; le dynamomètre montrait aussi que les forces étaient revenues dans le même côté. En même temps apparut une céphalalgie intense. On ne songeait pas au phénomène du transfert lorsqu'on s'aperçut qu'il existait de la façon la plus manifeste. C'est donc là un fait qui semble prouver que, contrairement à l'opinion exprimée par M. Dumontpallier, ce phénomène du transfert peut se rencontrer ailleurs que dans l'hystérie.

M. DEBOVE rappelle que, dans les faits qu'il a communiqués et qui tous étaient étrangers à l'hystérie, il en était un appartenant à M. Vigouroux, dans lequel le transfert avait été noté. M. Dumontpallier avait présenté quelques objections relativement à cette observation; or le fait apporté aujourd'hui par M. Laboulbène, dans lequel toutefois le transfert n'existait que par plaques, joint à celui de M. Vigouroux, semblait bien démontrer que le phénomène du transfert n'appartient pas exclusivement à l'hystérie.

M. DUMONTPALLIER, en accordant au fait d'hémianesthésie organique cérébrale de M. Laboulbène toute la valeur qu'il comporte, remarque que, dans cette observation, le transfert n'a été constaté que *par plaques*, et qu'en cela il est bien différent du transfert général que l'on produit dans l'hémianesthésie hystérique. On peut donc aujourd'hui soutenir que le transfert complet ne s'observe que dans l'hystérie. L'avenir démontrera peut-être que cette proposition est trop absolue. De plus, si le transfert est très-fréquent chez les hystériques, il est exact de dire qu'il n'est pas fatal et qu'il n'est pas indispensable pour la guérison de l'hémianesthésie par les agents æsthésiogènes.

**Du pemphigus congénital.** — M. HERVIEUX rappelle avoir communiqué, il y a quelque temps, les observations de deux enfants nouveau-nés atteints de pemphigus qu'au premier abord il avait cru d'origine syphilitique. La marche ultérieure de cette affection, jointe à une enquête minutieuse à laquelle s'est livré M. Hervieux sur les antécédents, a prouvé que ces enfants n'étaient pas syphilitiques. Il s'agissait donc d'un pemphigus congénital non syphilitique.

M. Dumontpallier, lorsque M. Hervieux fit sa première communicarion, avait fait plusieurs objections. Suivant lui, le pemphigus syphilitique n'apparaît jamais que douze ou quinze jours après la naissance. M. Hervieux s'inscrit en faux contre cette proposition qu'il considère comme une hérésie pathologique; il invoque à l'appui de son opinion l'autorité de Paul Dubois qui opposa quinze observations de ce genre à Cazeau dans la célèbre discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine, en 1851. Il résulte de ces observations que le pemphigus syphilitique précède habituellement la naissance. M. Hervieux invoque également les faits publiés par Krauss, Cullerier, Laborie, Depaul. Presque toujours, dit-il, on trouve l'origine syphilitique dans les antécédents ou dans l'état actuel de la mère.

M. Dumontpallier avait dit aussi que le pemphigus syphilitique est une affection bulleuse et séreuse. Si on lit attentivement toutes les observations qui ont été publiées, on voit qu'il s'agit tantôt de bulles, tantôt de vésicules contenant de la sérosité, du pus ou du sang. D'ailleurs, ajoute M. Hervieux, au nom des principes qui doivent nous diriger dans la classification des élevures, est-il possible de se baser sur la qualité du liquide épanché pour déterminer la nature de l'affection ? Si j'avais à choisir un élément quelconque pour établir la classification des élevures, je m'adresserais à leur forme ou à la constitution de leurs parties solides, mais non à la nature du liquide épanché. Enfin, dit en terminant M. Hervieux, il résulte des observations publiées par les auteurs qu'il vient de citer, ainsi que des faits qu'il a observés à la Maternité, que presque toujours le pemphigus syphilitique est congénital et que, réciproquement, le pemphigus congénital est d'origine syphilitique, et c'est précisément parce que les faits qu'il a présentés à la Société constituent une exception à cette règle que M. Hervieux en a de nouveau entretenu la Société.

M. DUMONTPALLIER. Je remercie pour ma part M. Hervieux de la communication importante qu'il vient de nous faire sur le pemphigus congénital, syphilitique ou non syphilitique, et cela à l'occasion de la discussion qui a eu lieu, sur le même sujet, dans une de nos séances antérieures.

Mais, comme dans la présente communication M. Hervieux insiste sur les erreurs que j'aurais commises dans ma précédente argumentation, qu'il me permette de rappeler que j'avais émis des doutes sur la nature syphilitique de l'éruption : 1° parce que l'éruption avait été observée le jour de la naissance ; 2° parce que l'éruption décrite par M. Hervieux était vésiculeuse et purulente. En effet, j'appuyais mes doutes sur le fait, qui peut être une erreur, que le pemphigus syphilitique s'observe seulement huit, dix, quinze jours après la naissance; puis sur cet autre fait que le pemphigus est une éruption bulleuse et non vésiculeuse, séreuse et non purulente.

M. Hervieux est trop ami de l'exactitude pour ne pas reconnaître que telles furent mes remarques. Aujourd'hui M. Hervieux s'attache à démontrer que les propositions sur lesquelles reposait mon argumentation étaient beaucoup trop absolues. J'avoue qu'après avoir entendu les nombreuses citations qu'il vient d'exposer devant

la Société, il ne m'en coûte nullement de convenir que M. Hervieux peut avoir raison d'une façon générale ; mais il conviendra, de son côté, que mon argumentation, bien ou mal fondée, sur le doute et les caractères de l'éruption, porte juste dans le cas particulier, puisqu'aujourd'hui M. Hervieux nous apprend que l'enquête à laquelle il s'est livré et que la marche de l'éruption lui permettent d'affirmer que les enfants dont il nous a donné l'observation ne sont point syphilitiques.

**De l'anurie et de l'urémie.** — M. DEBOVE, en son nom et au nom de M. Dreyfus, communique la première partie d'un mémoire sur ce sujet. (Sera publié.)

**Anévrysme de l'aorte.** — M. GÉRIN-ROZE, au nom de M. DUJARDIN-BEAUMETZ, absent, présente les pièces du malade dont l'observation a été communiquée dans une des précédentes séances. Il s'agissait d'un homme atteint d'asphyxie par suite de la compression de l'œsophage par deux poches anévrysmatiques dont M. Beaumetz avait reconnu la présence. Cet homme ayant succombé à l'inanition, l'autopsie a montré qu'il existait non pas deux, mais trois tumeurs anévrysmales sur le trajet de l'aorte.

M. GUYOT a vu, avec M. Potain, une femme atteinte d'une tumeur anévrysmale qui comprimait l'œsophage au point de donner lieu à une asphyxie inquiétante. Cette malade fut soumise à un traitement par l'iodure de potassium, et depuis ce temps, soit sous l'influence de ce médicament, soit par suite d'une heureuse coïncidence, la dysphagie a complètement disparu et cette dame paraît aujourd'hui complètement guérie.

M. GÉRIN-ROZE fait observer que le malade de M. Beaumetz avait été soumis à un traitement par l'iodure de potassium.

M. FÉRÉOL a vu un malade atteint de dysphagie, de cornage, et ne présentant aucun autre signe d'anévrysme. Cet homme ayant succombé, l'autopsie montre l'existence d'un anévrysme siégeant sur l'aorte descendante.

La séance est levée.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 décembre 1879. — Présidence de M. TARNIER.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. VALETTE (d'Orléans), membre correspondant.

### CORRESPONDANCE

**Résections de la hanche.** — M. BAUDON (de Nice) adresse une note indiquant le résultat de trois résections de la hanche, datant de plus de quatre années et demie. La première opérée est une fille de huit ans ; il reste trois fistules et l'amélioration n'est pas considérable. Le deuxième opéré, un garçon de vingt ans, n'a jamais guéri ; depuis, il est mort de phthisie. Le troisième opéré, un enfant de quatre ans, a seul bénéficié de l'opération. Il est guéri, mais il y a raccourcissement du membre et claudication.

### COMMUNICATION

**Polypes naso-pharyngiens.** — M. ROCHARD lit une observation due à M. Barthélemy (de Toulon), qui confirme les faits cités dans une précédente séance (voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, page 1029), au sujet du traitement des polypes naso-pharyngiens par les injections de chlorure de zinc. Il s'agit d'un apprenti de l'arsenal, âgé de quatorze ans, qui fut pris subitement d'une hémorrhagie nasale très-abondante. Il fut apporté pâle et exsangue à l'hôpital, où l'on reconnut l'existence d'un polype qui déprimait le voile du palais. Le malade avait perdu le goût et l'odorat du côté gauche. Il avait refusé toute tentative chirurgicale, quand, cinq jours après, il fut pris d'une nouvelle hémorrhagie. Les tampons furent enlevés, et l'auteur essaya l'arrachement du polype saisi avec des tenettes derrière le voile du palais. Il échoua. Une anse métallique passée derrière le polype et serrée dans un serre-nœuds ne réussit pas mieux, et se brisa après quelques tours. C'est alors que l'auteur se décida à faire des injections de perchlorure de fer dans la tumeur naso-pharyngienne. Il fit adapter à une seringue de Pravaz deux canules, l'une, droite, introduite par la narine, l'autre, courbe, introduite par la bouche et disposée de façon que le liquide ne tombe pas dans le pharynx. Le voile du palais fut incisé. Neuf injections furent pratiquées alternativement par le nez et par la bouche ; on n'injecta pas plus de cinq gouttes à la fois. Des eschares blanchâtres se produisirent sur la tumeur et amenèrent son atrophie. Elle fut réduite à un petit noyau dur et mamelonné. La réunion du voile du palais se fit spontanément, sauf la luette qui resta divisée. Six mois après, le traitement ayant été interrompu par le malade, la tumeur a poussé un prolongement du côté de la joue. Cependant les bons résultats obtenus dans ce cas doivent encourager les chirurgiens à rester dans cette voie.

M. ANGER rappelle que, sous l'inspiration de Nélaton, il a fait autrefois des expériences sur les animaux pour savoir quel caustique serait le meilleur pour la destruction des polypes. Ce n'est pas le chlorure de zinc qui a paru le meilleur, mais bien le perchlorure de fer. Le premier produit une eschare molle, grosse, volumineuse, qui augmente la suffocation. Au contraire, une solution de perchlorure de fer, injectée non dans les veines, mais dans le tissu fibreux du polype, amène la formation d'une eschare sèche, noire et la rétraction de la tumeur. Un bon résultat en a été obtenu dans le service de Giraldès par M. Anger, qui l'a aussi employé avec succès dans le traitement des tumeurs érectiles.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA MOBILISATION DES ARTICULATIONS MALADES

M. LE FORT. Dans l'arthrite blennorrhagique, rhumatismale ou traumatique, l'immobilisation prolongée amènera-t-elle l'ankylose? Je le crois. Dans les cas cités par M. Berger, il me semble que l'on a manqué de prudence, car il s'agissait de désordres considérables, et l'on a pratiqué la mobilisation alors que la guérison n'était point complète ; j'incrimine ici la manière d'appliquer la méthode, et non la méthode elle-même. Je n'emploie la mobilisation que lorsque l'inflammation a disparu, et pour cela je me sers d'appareils spéciaux à action faible, mais permanente. Je n'ai pas recours à la chloroformisation parce que j'ai besoin de consulter la sensibilité du malade. Si l'ankylose est complète, la douleur existe plutôt aux points d'application des appareils ; si les mouvements imprimés sont pénibles et douloureux, l'ankylose n'est pas encore produite. J'applique ces appareils, et je les complète par une traction légère mais constante ; le caoutchouc réalise très-bien cette indication. Par exemple, pour un coude ankylosé dans l'extension, je pose deux appareils silicatés, l'un sur le bras et l'autre sur l'avant-bras, portant chacun des agrafes sur lesquelles on passe du caoutchouc, dont la rétraction amène progressivement le membre dans la flexion. A la moindre menace, on cesse les tractions.

La méthode de l'immobilisation est-elle applicable aux tumeurs blanches? Il ne faut point placer au même rang toutes les arthropathies. Les articulations du genou, du poignet, du cou-de-pied, par exemple, sont presque toujours atteintes de synovite fongueuse, tandis que l'épaule, la hanche, présentent plus fréquemment l'arthrite fongueuse. Tous, nous proscrivons la mobilisation au début ; mais, quand l'immobilisation a amené l'ankylose, faudra-t-il mobiliser? Je réponds affirmativement pour les cas où les cartilages ne sont pas altérés ; mais je fais la mobilisation lente, avec une machine, ne gagnant qu'un ou deux tours de vis par jour. Quand je pense que les cartilages ont été lésés par l'arthrite, je ne tente aucune manœuvre ; je n'ose pas rompre les ankyloses angulaires. Avant de pratiquer l'extension brusque comme on la fait, il faudrait encore au préalable pratiquer la ténotomie des muscles rétractés. Mais la règle doit être qu'il faut respecter l'ankylose.

Dans le traitement de la coxalgie, M. Verneuil propose l'immobilisation ; je propose, au contraire, la mobilisation. Il faut distinguer les cas de lésion capsulaire, rhumatismale, et ceux de lésion

osseuse véritable. Sans doute, quand il y a des douleurs peu vives et une coxalgie seulement marquée par de la claudication, c'est la forme osseuse; l'immobilisation absolue est vraiment la base d'un traitement rationnel. Mais, s'il y a des douleurs vives, se transmettant dans le genou, avec exacerbations nocturnes, flexion de la cuisse sur le bassin, c'est la forme capsulaire. Dans ce cas, à la période initiale, pour combattre la douleur, tous nous admettons l'immobilisation, souvent aidée de l'extension permanente qui fait disparaître la douleur. Mais l'inconvénient de l'immobilisation est l'ankylose, qui a des conséquences graves chez un jeune sujet. Voilà pourquoi je suis l'adversaire de l'immobilisation prolongée dans les formes rhumatismales de la coxalgie. Presque toujours il y a déjà de la raideur et de l'ensellure quand nous sommes appelés à traiter la coxalgie; je fais alors le redressement lent pour rectifier l'attitude du membre. Je produis une extension permanente pendant la marche, pour protéger la cavité cotyloïde et l'empêcher, au moyen d'appareils, d'avoir à supporter le poids du corps; mon appareil soutient le malade. Par ce procédé, j'obtiens la guérison avec conservation des mouvements, pas toujours d'une façon totale, mais ordinairement les deux tiers des mouvements sont conservés.

#### PRÉSENTATION DE PIÈCE

**Traitement de la chute complète du vagin.** — M. PANAS a reçu d'Alexandrie une pièce anatomique très-intéressante, se rapportant à une opération qui n'a encore été faite que trois fois. Il s'agit d'une observation de chute complète de l'utérus traitée avec succès par la suture réciproque du vagin, de façon à faire deux vagins latéraux. Elle a succombé depuis à la phthisie pulmonaire. Le rapport sera lu dans la prochaine séance.

#### LECTURE

**De la chirurgie conservatrice dans les luxations traumatiques du cou-de-pied.** — M. VAST (de Vitry-le-François) lit deux observations de luxations avec issue des extrémités osseuses au dehors. La réduction a été faite et la guérison obtenue. Ces deux nouvelles observations doivent s'ajouter à la statistique publiée par M. Poinsot (de Bordeaux), qui a trouvé, sur vingt-huit cas de luxation complète, seize guérisons obtenues par la réduction simple.

Dans la première observation, il s'agit d'une petite fille chez laquelle il y avait issue complète des extrémités articulées des deux os de la jambe avec fracture de la malléole interne. M. Vast fit la réduction, puis l'irrigation continue pendant huit jours. La guérison eut lieu sans formation d'abcès.

La deuxième observation est celle d'un maçon qui se fit une luxation en dedans de l'articulation tibio-tarsienne avec issue de l'extrémité inférieure du tibia et fracture du péroné. La réduction fut faite, ainsi que l'irrigation, le pansement antiseptique, et la guérison fut encore obtenue. Dans la suite, il y eut complication d'abcès. Il y avait eu de l'érysipèle dans les deux cas. (Cette deuxième observation est de M. Mathieu, de Saint-Remy.)

M. GILLETTE a observé un cas analogue de luxation compliquée de plaie avec fracture malléolaire et issue de l'astragale. La réduction a été faite et la guérison obtenue en un mois sous le pansement ouaté.

#### ÉLECTIONS

Sont élus membres des commissions : 1° pour la nomination des membres associés étrangers : MM. Verneuil, Duplay, Berger, Perrin; 2° pour la nomination des membres correspondants nationaux : MM. Marjolin, Trélat, Guéniot, Marc Sée. (Le secrétaire général fait partie, de droit, de ces deux commissions.)

La séance est levée à cinq heures et demie.

## INSTRUMENTS ET APPAREILS

### Appareils orthopédiques de MM. Rainal frères (1).

II

SCOLIOSE ET GIBBOSITÉ RACHIDIENNE (fig. 7). (*Troisième période.*) — Cette période commence au moment où la courbure dorsale, devenant proéminente, entraîne le corps à droite et fait pencher

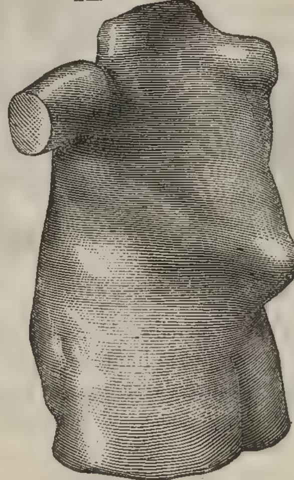



Fig. 7.

sa partie inférieure dans ce sens. C'est alors qu'apparaît la gibbosité, véritable saillie anguleuse formée aux dépens d'une grande partie du thorax.

GIBBOSITÉ RACHIDIENNE (fig. 8). (*Carie des vertèbres.*) — Cet appareil est muni d'un double tuteur dorsal, dont les branches sont divisées et entourent la gibbosité sans la comprimer.

Après un certain temps de son emploi, la sensibilité occasionnée par la carie des disques vertébraux diminue, par la raison qu'ils n'ont pas à supporter le poids des parties supérieures du tronc.




Fig. 8.

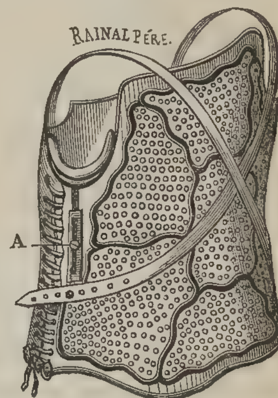



Fig. 9.

GIBBOSITÉ RACHIDIENNE (fig. 9). (*Appareil en cuir moulé, modèle de Nélaton.*) — Applicable dans le cas de rachitisme; il embrasse toute la partie thoracique et soutient la gibbosité sans la comprimer. Il s'oppose à la torsion des vertèbres et à la déviation des côtes.

Cet appareil convient particulièrement dans les cas où les crêtes iliaques sont effacées et n'offrent aucun point d'appui. Pour l'exécution de cet appareil, le moulage du buste tout entier est indispensable.

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 novembre 1879.

Cyphose idiopathique (fig. 10). — Tout le dos décrit du haut en bas une convexité régulière, surtout prononcée au niveau des épaules ; à cette voussure du dos correspondent en arrière une ensellure lombaire très-prononcée, et la saillie de l'abdomen en avant.




Fig. 10.

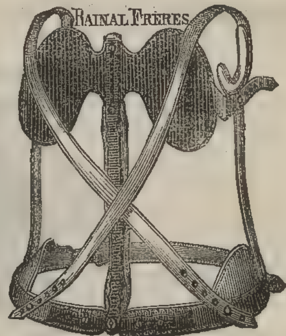



Fig. 11.

Appareil pour la cyphose (fig. 11). — 1° Cet appareil a pour but de ramener les épaules et le haut du corps en arrière ;

2° De repousser la voussure dorsale en avant ;

3° De soutenir à l'aide de deux tuteurs axillaires le poids des parties supérieures.

Lordose lombaire (fig. 12). — Concavité très-prononcée en arrière de la portion lombaire du rachis, parfois même de la partie inférieure du dos correspondant à une convexité ou courbure en avant.

Le bassin subit un mouvement de bascule.

Le ventre bombe en avant pendant que les fesses, fortement portées en arrière, se relèvent en forme de croupe.




Fig. 12.

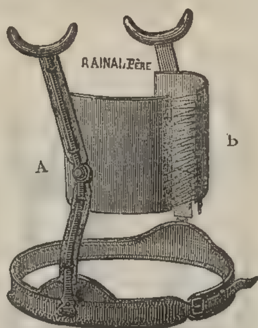



Fig. 13.

Appareil tuteurs articulés pour la lordose (fig. 13). — Les deux tuteurs latéraux à béquillons présentent dans le point correspondant au centre de la courbure une brisure avec articulation à roue dentée A mobile dans le sens antéro-postérieur. En avant, ils donnent attache à une large bande de cuir B appliquée en travers de l'abdomen. Le redressement du rachis est effectué par le jeu seul de l'articulation des tuteurs.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 1er décembre dernier, MM. les docteurs Constans et Dumesnil, inspecteurs généraux des services administratifs au ministère de l'Intérieur (section des aliénés), sont appelés à faire valoir leurs droits à la retraite et nommés inspecteurs généraux honoraires.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Les prix des thèses de l'année scolaire 1878-79 sont décernés comme suit :

*Médailles d'argent* (*grand module*) : MM. Arloing et Toussaint, hors concours. — *Médailles d'argent* (*petit module*) : MM. Garet et Julliard. — *Médailles de bronze* : MM. Bard, Duchamp, Durand. — *Mentions honorables* : MM. Augagneur, Chappel, Charbonnet, Sallé, Fustier et Tourton.

— *Faculté de médecine de Lille.* — La chaire d'anatomie et la chaire de médecine légale sont déclarées vacantes.

— *Hôtel-Dieu de Reims.* — Sont nommés : M. Charles Deligny, interne ; M. Drapier, externe ; MM. Harez et Farabeuf, internes en pharmacie.

— *École pratique des hautes études.* — Parmi les nombreux laboratoires qui s'ouvrent en ce moment à l'École pratique des hautes études, signalons les suivants qui peuvent intéresser plus spécialement nos lecteurs :

Laboratoire de chimie biologique, dirigé par M. Wurtz. Directeur adjoint, M. Gautier.

Laboratoire de zoologie anatomique et physiologique, dirigé par M. Milne-Edwards.

Laboratoire de zoologie expérimentale, dirigé par M. Lacaze-Duthiers.

Laboratoire d'anatomie comparée et histologie zoologique, dirigé par MM. Robin et Pouchet.

Laboratoire de physiologie expérimentale, dirigé par M. Paul Bert.

Laboratoire de botanique, dirigé par M. Duchartre.

Laboratoire de botanique, dirigé par M. Baillon.

Laboratoire de géologie, dirigé par M. Hébert. Maître de conférences, M. Vélain.

Laboratoire de géologie, dirigé par M. Daubrée.

Laboratoire de botanique, dirigé par M. Van Tieghem.

Laboratoire de culture, dirigé par M. Decaisne.

Laboratoire d'anthropologie, dirigé par M. Broca.

Laboratoire de pathologie comparée et expérimentale, dirigé par M. Brown-Séquard.

Laboratoire d'histologie normale et pathologique, dirigé par M. Ranvier.

Laboratoire de physiologie, dirigé par M. Marey. Directeur-adjoint, M. François Franck.

Laboratoire d'anatomie pathologique, dirigé par M. Charcot. Directeur-adjoint, M. Mathias Duval.

Laboratoire d'histologie, dirigé par M. Robin. Directeur-adjoint, M. Cadiat.

Laboratoire de physique végétale, dirigé par M. Georges Ville.

Laboratoire d'ophthalmologie, dirigé par M. Javal. Directeur-adjoint, M. Landolt.

Laboratoire de tératologie, dirigé par M. Dareste.

On s'inscrit aux bureaux du secrétariat de la Faculté des sciences à la Sorbonne.

— Mardi dernier, à trois heures, a été licenciée l'École vétérinaire d'Alfort.

— M. le docteur Henri Lespiau nous prie de rappeler que c'est lui qui, le premier, a appliqué le saccharimètre de Soleil au dosage du sucre dans les urines.

— En 1877, il y avait en Allemagne 1,822 hôpitaux, renfermant 72,219 lits. Pendant l'année ces lits avaient reçu 406,547 malades. Les journées de traitement s'étaient élevées à 13,530,301 ; la moyenne de ces journées avait donc été pour chaque malade de 33,3. Ces renseignements sont fournis par *Saint-Petersb..., med. Woch.*, du 30 octobre dernier.

— *Collége de France.* — M. Marey (histoire naturelle des corps organisés) traitera de la chaleur animale les mardis et samedis, à deux heures.

— La Société de médecine légale tiendra sa prochaine séance le lundi 8 décembre 1879, à 3 heures précises, au Palais-de-Justice (salle d'audiences de la cinquième chambre du tribunal civil).

Ordre du jour: I. Élections pour le renouvellement du bureau. — II. Présentation d'empreintes relevées sur le sol, par M. Gaumes, d'après le procédé décrit dans la dernière séance. — III. Réponse proposée par M. Chaudé, sur un fait relatif à l'obligation de la déclaration de naissance. — IV. Communication de M. Weiss, interne des hôpitaux de Paris, à l'occasion d'un cas d'empoisonnement par l'acide phénique. — V. Relation médico-légale par M. Gallard de plusieurs séries d'avortements pratiqués par des individus appartenant à la profession médicale.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 10 décembre, à huit heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : 1° Élections du bureau pour l'année 1880; 2° Constitution médicale du mois de novembre. Policlinique; 3° De la laryngite syphilitique ; par M. Cadier; 4° Cas de dystocie ; par M. Hancon ; 5° De l'organisation d'un service des maladies des yeux dans les bureaux de bienfaisance de Paris ; par M. Piéchaud.

— Nous apprenons qu'il se forme un syndicat des principaux médecins et pharmaciens spécialistes français, pour la défense des intérêts de la spécialité en général, et l'élaboration du projet d'une loi nouvelle, reconnue indispensable, qui serait présentée aux chambres très-prochainement. MM. les médecins et pharmaciens spécialistes qui désireraient faire partie dudit syndicat ou avoir des renseignements plus complets à ce sujet, n'ont qu'à écrire au secrétaire du comité en voie de formation, 24, rue Rodier, à Paris.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Manuel d'histoire naturelle médicale,** par le docteur J.-L. de Lanessan, professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris. Deuxième partie (*des plantes phanérogames*), suivie de tableaux des médicaments d'origine végétale qui figurent dans le droguier de la Faculté de médecine de Paris, avec l'indication de leurs caractères et la description sommaire des plantes qui les fournissent. 1 vol. in-18 jésus de 575 pages avec 519 figures dans le texte. La troisième partie terminant l'ouvrage comprendra la *cryptogamie* et la *zoologie*; elle paraîtra dans le courant de mai 1880. Ce livre, une fois complet, formera 2000 pages contenant 1600 figures. — Prix de l'ouvrage complet en 3 volumes : 20 francs. — Paris, Octave Doin.

**La circulation du sang; des mouvements du cœur chez l'homme et chez les animaux ; deux réponses à Riolan,** traduit en français, avec une introduction historique et des notes, par M. Ch. Richet, professeur agrégé à la Faculté de médecine. 1 vol. in-8° avec 2 pl. et 10 fig. dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

**De la syphilis; unité d'origine; incurabilité; traitement.** Leçons faites à l'Hôtel-Dieu de Caen, par le docteur Denis-Dumont, recueillies par M. Lesigne. 1 vol. in-18. — Prix: 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8968.

N° 142. — MARDI 9 DÉCEMBRE 1879. 52e ANNEE. MARDI 9 DÉCEMBRE 1879. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



Paris, le 8 décembre 1879.

Est-il vrai que, le 24 novembre 1879, sous le décanat de M. Vulpian, le chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris convoqua un certain nombre d'élèves pour passer un examen d'ostéologie ?

Est-il vrai que, parmi ces élèves, plusieurs se trouvaient confiés par leur famille à la direction scientifique d'un professeur libre d'anatomie ?

Est-il vrai que ce professeur libre avait coutume d'assister aux examens de ses élèves ?

Est-il vrai que le chef des travaux anatomiques — en homme bien élevé — avertissait ou faisait avertir le professeur libre, chaque fois qu'il convoquait ses élèves pour un examen d'ostéologie ?

Est-il vrai que, le 24 novembre dernier, ce professeur libre, ne jugeant pas ses élèves suffisamment préparés, crut devoir en prévenir le chef des travaux anatomiques ?

Est-il vrai qu'au lieu d'écouter une requête présentée très-poliment et très-respectueusement, le chef des travaux anatomiques s'abandonna à un violent accès de colère ?

Est-il vrai que, dans cet accès de colère, le chef des travaux anatomiques élevant vivement la voix, s'écria : « Cela ne vous regarde pas. Du reste, comment êtes-vous ici ? Avez-vous une carte qui vous autorise à entrer à l'École pratique ? »

Est-il vrai que le professeur libre ayant répondu : « Je n'ai pas de carte, et jamais on ne m'en a demandé depuis quinze ans que je dirige des élèves à l'École pratique », le chef des travaux anatomiques appela un garçon d'amphithéâtre et lui dit, en montrant du doigt le professeur libre : « Garçon, faites sortir M. F... » ?

Est-il vrai que le professeur ainsi traité a eu assez d'empire sur lui-même pour ne pas se faire immédiatement justice, — ce dont nous le félicitons hautement, — et, arrêtant d'un geste le garçon qui s'apprêtait à mettre la main sur lui, se retira très-dignement ?

Est-il vrai que le doyen fut avisé immédiatement de cet évènement ?

Est-il vrai que quinze jours se sont passés sans que le doyen ait su prendre une mesure qui donnât satisfaction à l'enseignement libre outragé publiquement par un fonctionnaire de la Faculté ?

Si ces faits ne peuvent être contestés, le chef des travaux anatomiques a, dans l'exercice de ses fonctions et protégé par son caractère officiel, insulté de la manière la plus grave un membre de l'enseignement libre qui ne pouvait pas relever l'insulte.

Le décanat n'est pas seulement un suprême honneur : il impose de grands devoirs. Devant une aventure aussi pénible que celle du 24 novembre dernier, le doyen a gardé le silence. Ce silence couvre et approuve la conduite de son subordonné.

Que devient alors l'enseignement libre autorisé par le ministre de l'instruction publique dans l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris ?

C'est ce qu'il nous reste à examiner.

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

### I. Cancer de l'utérus : douleurs, vomissements. — II. Chute de l'utérus : allongement considérable.

I. Je vous ai fait mettre sous les yeux les pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'une malheureuse femme qui a succombé à un cancer de l'utérus : ce cancer a pris la forme rongeante, ulcérante, et a envahi tout le vagin et le col de l'utérus ; vous reconnaissez à son apparence inégale, rugueuse et bosselée, les caractères de l'épithélioma, mélangé sans doute de cellules sarcomateuses. Occupant toute la circonférence du vagin, la tumeur a envahi aussi tout le col de l'utérus et l'a détruit ; le corps même a été attaqué en partie. Ces ravages suffisent amplement pour expliquer l'écoulement purulent et fétide, ainsi que les hémorrhagies abondantes que vous avez constatées, et dont la dernière même n'a pu être arrêtée par le tamponnement avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer ni par des injections de solution du même liquide : la malade a succombé à une hémorrhagie très-abondante.

Si je vous rappelle l'histoire de cette femme, c'est uniquement pour attirer votre attention sur deux des symptômes principaux qu'elle a présentés, je veux parler d'abord de la douleur rebelle dont elle se plaignait, et qu'elle rapportait au bas-ventre et aux reins. Nous avons tout employé pour

combattre ces souffrances intolérables; ni lavement laudanisé, ni injections de morphine poussées jusqu'à la dose de 50 centigrammes, rien n'a réussi.

Vous verrez cependant nombre de femmes atteintes de cancer de l'utérus, qui souffriront à peine et se plaindront très-rarement. A quoi donc tiennent ces différences ?

Ces variations ne tiennent qu'au siége de la maladie : tant que la lésion est limitée au col de l'utérus, elle est peu douloureuse. Mais, dès quelle a envahi le vagin, et surtout le le corps de l'utérus, les douleurs deviennent violentes. Vous avez pu très-souvent vous convaincre que le col de l'utérus supporte sans douleurs toutes les cautérisations, les pincements, le contact du spéculum, etc., pourvu que l'on n'ébranle pas, dans ces manœuvres, le corps de l'utérus; c'est là une condition absolument indispensable et que vous ne devrez jamais oublier. Le col est donc insensible à l'état normal, ou à peu près : on dit qu'il est beaucoup plus irritable chez les hystériques.

L'observation de cette femme est encore intéressante en raison des vomissements incoercibles qu'elle a présentés d'une façon tout à fait remarquable, et inconnue à un tel degré dans les maladies utérines. Étaient-ils le résultat de l'urémie ? Vous n'ignorez pas que l'anatomie pathologique a révélé que, dans certains cas, le cancer de l'utérus se propage vers les uretères, les oblitère quelquefois, ou les rétrécit de façon que l'urine ne peut plus s'écouler régulièrement dans la vessie. Chez cette femme l'uretère droit n'était pas envahi; mais du côté gauche nous avons constaté un certain degré d'hydronéphrose consécutive à la rétention de l'urine. Sans pouvoir absolument affirmer cette doctrine, il m'a paru intéressant d'appeler votre attention sur ce phénomène, afin que, dans des observations ultérieures, vous puissiez profiter de l'expérience acquise.

II. Vous avez vu, au premier lit de la salle des femmes, une malade âgée de soixante-douze ans, atteinte de chute complète de l'utérus depuis une quarantaine d'années. Je vous ai déjà exposé les moyens dont nous disposons pour pallier les inconvénients de cette infirmité, et je vous ai dit que nous n'avions guère d'autre ressource que le pessaire pour réduire autant que possible cette énorme tumeur. Mais il est un point plus intéressant qui se présentait à nos investigations, et auquel nous avons dû apporter une certaine attention. Vous savez que, lorsque la cavité utérine est agrandie, on observe non-seulement la chute de l'utérus, mais l'allongement de l'utérus. Il paraissait curieux de déterminer la longueur de l'utérus chez cette femme, d'autant plus que son âge avancé ne nous exposait à aucun accident résultant de l'introduction de l'hystéromètre. Je tiens, en effet, à vous déclarer que, chez les femmes jeunes et encore réglées, je redoute l'emploi de cet instrument, parce que, plusieurs fois, j'ai vu ainsi provoquer des douleurs et même des métrites assez rebelles. En faisant cette introduction, nous devons toutefois prendre encore certaines précautions, car il est possible de rencontrer, par exception, des utérus mous et friables, et se déchirant facilement. Nélaton, un jour, eut dans sa clientèle privée un accident de ce genre chez une femme à laquelle il pratiquait le raclage de l'utérus avec la curette de Récamier; il perfora l'utérus.

Nous avons trouvé, chez cette femme, que l'utérus a une profondeur de 11 centimètres, tandis que le chiffre normal est de 6 centimètres lorsque le col n'est pas effacé par l'âge, et de 5 centimètres seulement chez les femmes âgées. Il y a donc un allongement hypertrophique considérable du col et du corps de l'utérus.

Cet allongement se rencontre chez la plupart des femmes atteintes de chute de l'utérus : est-il la cause ou l'effet de cette chute de l'utérus ? On n'a guère pu le déterminer.

Dans le cas particulier, c'est plutôt la portion sus-vaginale que la portion sous-vaginale qui est en cause; quoi qu'il en soit, et malgré l'allongement réel et considérable que nous observons, on pallie suffisamment cette infirmité par les moyens mécaniques. Le pessaire en bondon, avec sous-cuisses et ceinture, quand la femme peut le supporter, rend des services très-appréciables. Il est d'ailleurs bien reconnu que cette femme qui se déclare si bien soulagée par cet appareil n'était pas, auparavant, très-incommodée de son infirmité, et qu'elle a été amenée à l'hôpital autant par la misère physique et sociale que par sa chute de matrice.

---

## HOPITAL NECKER. — M. Potain.

### Pneumonie, phlegmon de l'épaule, atrophie musculaire du bras.

Au nº 5 de la salle des hommes, nous observons une forme de pneumonie insolite et bizarre, en ce sens que cette maladie présente une complication tout à fait inattendue. Le malade est un homme âgé de quarante-quatre ans, employé des postes. Il a toujours été bien portant; cependant il dit qu'il toussait un peu depuis seize ans; il fait un travail fatigant, qui consiste à porter les paquets des postes sur les wagons des chemins de fer. Il s'est exposé à des alternatives de chaud et de froid très-fréquemment; c'est ainsi que, le 4 mars, il y a un mois, il a été pris d'un frisson accompagné de céphalalgie; le 5, il sentit un point de côté, avec une toux fréquente. Le 7, il éprouva une douleur vive au bras gauche, qui l'empêchait de faire le moindre mouvement. Dès ce jour, le gonflement de l'épaule commença, la peau prit une teinte rouge inflammatoire. Le 13, cet homme, ne voyant pas son état s'améliorer, entra à l'hôpital.

Au moment de son entrée, les phénomènes qui dominaient dans l'état de ce malade, c'étaient la prostration et l'abattement, avec la cyanose des lèvres, des extrémités des doigts et des ongles même; la peau ne présentait qu'une chaleur modérée, et était couverte de sueurs abondantes. D'un autre côté, aphonie, toux, crachats blancs et fluides, quelques-uns un peu rougeâtres et sanguinolents.

A l'auscultation, nous découvrîmes quelques râles sous-crépitants dans la fosse sous-épineuse droite; pas de souffle; en avant, au niveau de la clavicule, les râles étaient très-abondants. En arrière de l'épaule gauche, la rougeur de la peau était assez nettement déterminée; un phlegmon diffus existait incontestablement dans cette région, en même temps que la pneumonie du côté opposé.

Le malade ne ressentait aucune douleur dans l'articulation même; les ganglions de l'aisselle n'étaient ni gonflés ni douloureux.

Le 14 mars, les râles crépitants apparaissent dans la fosse sous-épineuse; la tendance à l'hépatisation de cette portion du poumon est plus marquée, mais le lendemain les râles diminuent.

Le 17, l'abcès s'ouvre au niveau de l'épaule : il n'y a aucune

altération des surfaces osseuses de l'omoplate ; l'abcès n'avait pas son point de départ dans le tissu osseux.

La pneumonie continue : le 18, on entend des râles crépitants sous la clavicule, et dans la fosse sous-épineuse du souffle qui disparaît le 21, et est remplacé par de gros râles secs. Le malade reste, depuis ce moment, affaissé, accablé, mais débarrassé de la fièvre et de la cyanose.

Au 10 avril, nous entendons de gros craquements humides au niveau des points où a siégé la pneumonie ; de petites excavations s'y sont creusées depuis ce moment. La pneumonie s'est donc terminée par caséification.

L'histoire de ce malade présente plusieurs questions dont l'explication est délicate .

Ce malade a eu une pneumonie incontestable, et maintenant il est sous le coup d'une évolution tuberculeuse. Mais c'est du côté du phlegmon diffus de l'épaule que naissent des difficultés : en effet, ce phlegmon n'a été consécutif ni à un érysipèle, ni à une lésion osseuse quelconque ; il a été primitif. Or, depuis sa cicatrisation, il existe une atrophie des muscles de tout ce membre supérieur gauche ; le deltoïde s'est affaissé ; on sent les surfaces osseuses sous la peau, tandis que, du côté droit, l'état est absolument normal ; les masses musculaires sont résistantes et séparent la main exploratrice de la surface des os. La différence de diamètre des deux avant-bras est de 2 centimètres en faveur du côté droit. A la main même, les muscles des éminences thénar et hypothénar sont atrophiés du côté gauche. Voilà donc une atrophie musculaire qui a évolué rapidement.

Quel rapport existe-t-il entre ces trois affections, pneumonie et tuberculose, phlegmon, atrophie ? et d'abord, y a-t-il un rapport entre elles ; ou bien, ne se sont-elles rencontrées sur le même sujet que par une simple coïncidence, et accidentellement ? Je ne le pense pas ; il n'y a rien d'accidentel en pathologie, et l'on doit toujours chercher les liens qui rattachent les divers phénomènes morbides qui se succèdent. Ces trois accidents auraient-ils une cause commune ? En vain on chercherait à les expliquer par le froid, car il n'a pas été bien intense, et, d'autre part, il est exceptionnellement une cause de phlegmon diffus. De même la tuberculose, qui expliquerait la prédisposition à une pneumonie localisée aux sommets, n'est pas une cause acceptable de phlegmon diffus.

Le premier, en date, de ces phénomènes morbides est la pneumonie ; le malade toussait déjà quand il a ressenti, pour la première fois, des douleurs dans l'épaule gauche. Le phlegmon diffus serait-il la conséquence de la pneumonie ?

D'abord, il a apparu après la pneumonie ; en outre, il y a eu une névrite, car on ne peut se rendre compte autrement de l'atrophie musculaire si rapide qui est survenue dans tout ce membre. Ce n'est pas là, en effet, de l'atrophie musculaire progressive, qui n'envahit jamais en entier un membre, et ce membre exclusivement. L'atrophie ne s'est donc produite que par une lésion locale du système nerveux. Cette lésion n'occupe probablement pas les racines des nerfs, car elle est trop bien localisée, non au plexus brachial, mais seulement au nerf brachial et au nerf circonflexe qui sont seuls douloureux : nous pouvons donc admettre une lésion du nerf, une névrite.

Mais cette névrite est-elle le résultat du phlegmon? Cette hypothèse n'est pas valable, car le phlegmon s'est développé à la région externe et postérieure de l'épaule : le nerf brachial n'a donc pu être atteint par l'inflammation du phlegmon. On pourrait dire encore que, lorsque les nerfs s'enflamment, on observe des conséquences de deux ordres différents : d'une part, des effets périphériques ; d'autre part, des effets centripètes, eisodiques, par la transmission de l'inflammation jusque vers la moelle. Or le nerf circonflexe, ayant été pris dans l'inflammation phlegmoneuse, aurait pu être le point de départ de l'action atrophique. Mais nous n'expliquons pas encore ainsi le phlegmon ; et l'on sait aussi que les nerfs résistent d'une façon merveilleuse au milieu des foyers pathologiques : baignés dans le pus, ils ne présentent qu'un peu de rougeur et de gonflement, mais leurs éléments sont conservés intacts.

Au contraire, le phlegmon n'a-t-il pas été déjà une manifestation de la lésion nerveuse, qui préparait le terrain à l'inflammation et rendait facile le développement de la névrite ascendante ?

Une deuxième question reste à élucider : dans quelle mesure la névrite du nerf circonflexe est-elle liée à la pneumonie ? On a observé des accidents nerveux pendant le cours de la pneumonie, des paralysies des membres (Lépine) ; ce qui dénote évidemment un trouble assez grave de l'innervation. Ajoutez un degré de plus, et la névrose devient facilement une névrite. Nous ne distinguons pas facilement, en effet, la névralgie de la névrite ; il est difficile, *à priori*, de décider laquelle des deux existe, et surtout quand elle laisse des traces, des manifestations exodiques. Rien n'est plus commun que ces manifestations exodiques : sur la peau (érythème, herpès, zona, exfoliation épidermique, chute des poils, parfois multiplication des poils et épaississement de la peau, sueurs supprimées ou exagérées) ; sur le tissu cellulaires (atrophie, hypertrophie, congestion, inflammation, véritable phlegmon, panaris consécutifs aux névrites, abcès des joues consécutifs aux névralgies faciales intenses) ; sur les muscles (paralysie, atrophie) ; sur les articulations (arthrites secondaires).

Mais d'où vient le point de départ ? La pneumonie peut être invoquée comme cause primitive : en effet, si l'on n'a guère signalé de pneumonies produisant des phlegmons, on connaît les phlegmasies articulaires (Grisolle en cite quatre cas), qui se produisent chez des individus non rhumatisants, sur des articulations isolées et sans qu'il y ait aucune trace d'infection purulente.

On peut encore se demander comment la névrite, ordinairement bornée à des phénomènes superficiels, a-t-elle amené des accidents si graves dans le cas particulier ? L'état général du malade, individu surmené par un travail excessif, nous en rendra compte. La pneumonie, chez lui, a été marquée par un état d'asphyxie incontestable ; il avait une teinte violacée remarquable. Or l'asphyxie peut produire des lésions graves des nerfs, des modifications de nutrition à la périphérie, etc. M. Leudet, de Rouen, a signalé comme accidents consécutifs à l'infection charbonneuse, outre la paralysie, du pemphigus, des eschares au sacrum, des abcès à la fesse et à la poitrine. Et en effet, notre malade a eu des éruptions bulleuses, et de l'engourdissement des doigts pendant longtemps ; au niveau de la distribution du nerf cubital, nous avons observé de l'engorgement du tissu cellulaire sous-cutané.

Nous avions donc un malade chez lequel étaient réunies deux influences qui convergeaient vers les mêmes résultats ; d'une part l'altération, nerveuse, amenant la paralysie ; d'autre part l'altération du tissu conjonctif. Il ne faut donc pas

s'étonner de la production des accidents que nous avons observés.

On pourrait se demander, en dernier lieu, pourquoi la pneumonie a retenti sur le nerf circonflexe plutôt que sur d'autres nerfs. Tissot a parlé jadis d'anastomoses ; mais il n'est pas besoin de chercher ces preuves anatomiques contestées : il est certain qu'il y a des lois qui relient assez rigoureusement les viscères contenus dans les cavités aux parois de ces mêmes cavités. C'est, en effet, à cause de ces rapports incontestables, quoique mal expliqués, qu'il n'est pas indifférent, quand on veut agir à la périphérie, de porter son médicament sur tel ou sur tel point de la paroi. On sait d'ailleurs que les malades atteints de lésions chroniques des sommets ressentent des douleurs à des points précis de l'épaule, répondant à la distribution du nerf circonflexe. Le seul point un peu obscur, c'est, la pneumonie étant à droite, que la lésion nerveuse est du côté gauche. Cependant on sait que souvent, dans la pneumonie, le point de côté existe du côté opposé.

Le cas de ce malade est doublement grave, d'une part, à cause de l'évolution tuberculeuse qui le menace et qui a déjà envahi le larynx, ce qui prouve qu'elle se diffuse vite; d'autre part, à cause des lésions musculaires qui persisteront sans doute, car elles dénotent une altération nerveuse déjà avancée.

---

**HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.** — M. Charcot.

### Théorie de la contracture spasmodique permanente (1).

La contracture des muscles dans l'hémiplégie s'accompagne de lésions organiques très-appréciables ; la contracture spasmodique permanente existe, au contraire, dans l'hystérie, sans lésions organiques, par l'effet seul d'un trouble dynamique. Dans les deux cas cependant la contracture est le même phénomène. C'est ce que je voudrais vous démontrer aujourd'hui, en vous en donnant l'explication physiologique.

Chez les hystériques, nous pouvons provoquer la contracture volontaire, la faire et la défaire à notre gré. Je dis que la contracture est l'analogue de la contraction volontaire, physiologique. Nous pouvons le démontrer. En effet, dans la contraction musculaire ordinaire, vous savez qu'il se passe des phénomènes physiques et chimiques et notamment l'élévation de température. Si la contracture est une contraction ordinaire, nous devrons voir, pendant la contracture, une élévation de température du muscle contracturé. C'est, en effet, ce que nous observons. Chez une malade rendue inconsciente et insensible par l'hypnotisme, nous enfonçons dans les muscles de l'avant-bras des deux côtés les aiguilles d'un appareil thermo-électrique, qui sont en rapport avec l'aiguille d'un galvanomètre (dont les mouvements sont projetés sur un écran, grâce au miroir plan qui oscille avec les aiguilles).

Si la température des muscles des deux côtés est égale, il n'y a pas de courant et par suite pas de mouvements de l'aiguille. Mais si, pendant la léthargie hypnotique, on excite les muscles de l'avant-bras d'un côté, on provoque la contraction, puis la contracture de ces muscles; la température s'élève donc de ce côté, et l'aiguille du cadran oscillera dans le sens opposé. Cette expérience montre donc que la contracture est un phénomène analogue à la simple contraction musculaire.

La contracture permanente des hémiplégiques est encore identique à la contracture hystérique. Dans une hémiplégie, après la première période de flaccidité complète des muscles, on se demande tout d'abord si le malade pourra se servir ultérieurement de ses membres hémiplégiques. Pour trancher cette question, vous devrez d'abord explorer les réflexes tendineux. Voyez s'ils sont égaux du côté sain et du côté paralysé. S'ils sont exagérés du côté paralysé, cela indique que la contracture n'est pas éloignée. Vers le quinzième jour, le réflexe tendineux s'exalte souvent, et, au deuxième ou troisième mois, la contracture envahit le membre supérieur dans la flexion, puis le membre inférieur dans l'extension et l'équinisme; cet état se prolonge le plus souvent jusqu'à la mort du sujet, car, dans l'hémiplégie permanente, la contracture est la règle, et, si elle manque, le malade l'a, du moins en puissance, par l'exaltation remarquable du réflexe tendineux.

Il faut distinguer la contracture permanente de la contracture paralytique. Dans la première, comme vous le voyez chez cette petite hémiplégique, la lésion atteint les muscles antagonistes; ainsi je ne puis, sans effort, exagérer la flexion ni produire l'extension : biceps et triceps sont simultanément atteints.

A l'état physiologique, vous savez que, lorsqu'un muscle se contracte, il se produit un bruit, un son musculaire, correspondant à trente ou trente-deux vibrations par seconde ; il faut le même nombre d'excitations ou secousses par seconde pour obtenir une contraction du muscle. Or, si la contracture est identique à une contraction musculaire, on devra entendre, dans le membre contracturé, le même son musculaire. C'est, en effet, ce que l'on observe. Au moyen du microphone et du téléphone appliqués au myographe décrit dans la précédente leçon (voir *Gazette des hôpitaux*, page 1107), on a reconnu que la contracture produit un son musculaire de même tonalité qu'à l'état normal, mais interrompu de temps en temps. Cette méthode a aussi démontré que les muscles antagonistes fonctionnent en même temps que les muscles contracturés.

Comment se fait-il qu'un muscle se contracte d'une façon permanente?

A l'état normal, on ne peut tenir le bras étendu plus de dix-neuf minutes, ni rester appuyé sur la pointe du pied plus de trente minutes ; vous reconnaîtrez une contracture simulée chez le sujet qui ne pourra dépasser ces limites. A l'état pathologique, au contraire, la contracture dure des années. On dit que c'est la fatigue qui empêche de prolonger plus longtemps la contraction physiologique; qu'est-ce que la fatigue? C'est l'effet d'une modification survenue dans le suc musculaire, qui d'alcalin devient acide ; le muscle devenu acide ne peut plus se contracter ni répondre aux excitations. Tel est l'état physiologique. Qu'arrive-t-il dans l'état pathologique? La contracture permanente n'est pas un phénomène absolument pathologique, elle existe à l'état physiologique ; c'est le *tonus*, ou tonicité musculaire, qui existe même dans les muscles à l'état de repos apparent, par exemple dans les sphincters. Tout muscle est à l'état de contraction apparente ; le tonus y existe même dans le repos, comme l'a démontré M. Darsonval au moyen du télé-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, nos 134, 136, 139.

phone (travail non encore publié) : en auscultant un muscle en repos, on y entend le son musculaire affaibli. Si l'on sépare le muscle des centres nerveux, on n'entend plus ce bruit.

A l'état de repos apparent, un muscle présente encore des modifications chimiques : le sang qui en sort n'a plus autant d'oxygène que le sang qui y est entré. Si l'on coupe le nerf, on trouve que le sang qui sort renferme à peu près autant d'oxygène que lorsqu'il entre dans le muscle.

Nous pouvons donc dire que la tonicité musculaire est un phénomène dépendant des centres nerveux, une action permanente et réflexe de ces centres. Si l'on détruit la moelle, le tonus cesse ; si l'on coupe les nerfs moteurs ou les nerfs sensitifs, si, en un mot, on rompt l'arc réflexe, le tonus cesse également. Je dis donc que la contracture est le tonus musculaire exagéré, pathologique. C'est dans l'arc réflexe qu'il faut en chercher les causes, et non dans le muscle lui-même.

Ainsi, chez nos malades, nous ne pouvons sectionner les nerfs ou la moelle comme chez la grenouille ; mais nous trouvons que, toutes les fois que la contracture existe ou même est imminente, il y a exaltation des réflexes, exaltation qui est le chemin de la contracture. Nous avons vu, en effet, que la contraction provoquée par le choc du tendon rotulien devient parfois une véritable contracture. Nous savons que la strychnine agit sur la substance grise de la moelle d'une façon très-active.

A une malade qui n'a pas encore de contracture, mais qui en est menacée, si l'on donne de la strychnine on provoque une contracture. La strychnine excite les réflexes ; si la malade est déjà surexcitable, il n'est pas étonnant qu'elle soit prise de contracture permanente quand, avant l'excitation, elle était déjà en demi-rigidité. C'est ce qui arrive chez la malade que je vous présente. Ce fait démontre donc que la strychnine ne doit pas être maladroitement employée dans le traitement des paralysies. Il en est de même de la faradisation d'un membre paralysé chez un hémiplégique ; Duchenne a démontré que, si l'on met dans les mains du malade les cylindres d'une pile d'induction, parfois le malade ne peut lâcher les cylindres et est pris d'une contracture considérable, pouvant même persister après l'interruption du courant. Ces deux faits ont une importance pratique considérable sur laquelle il serait inutile d'insister plus longtemps.

Nous avons enfin une preuve péremptoire, la preuve anatomique, que la contracture est liée à l'intégrité de l'arc nerveux réflexe. Lorsque la contraction permanente cesse chez un hémiplégique, cela tient à ce que les cellules nerveuses motrices sont elles-mêmes altérées. Tant que les muscles sont en pleine activité, la contracture persiste ; dès que survient l'atrophie musculaire correspondant à la disposition des cellules motrices, des cornes antérieures de la moelle, la contracture musculaire disparaît et la flaccidité se produit. L'existence des cellules nerveuses est indispensable à la contracture.

Un autre agent d'excitation est le traumatisme. Nous avons ici une femme qui était atteinte d'hémiplégie. Un jour, elle fit une chute sur la cuisse ; les membres, qui étaient presque flasques, furent immédiatement pris de contracture, et le membre supérieur ainsi que le membre inférieur restèrent contractés dans la flexion. Le traumatisme a donc transformé une hémiplégie flasque en une hémiplégie avec contracture.

La contracture artificielle des hystériques présente les mêmes phénomènes que la contracture permanente ; elle permet, en outre, d'étudier ce phénomène au point de vue physiologique. De même que chez un muscle de grenouille on provoque la contraction par des chocs répétés, de même, chez une hystérique, nous provoquons la contracture en touchant un muscle avec un diapason en vibration. Je contracture ainsi les muscles de l'avant-bras, de la main, chez ces jeunes filles, en touchant à deux ou trois reprises les muscles avec un diapason en vibration. Cette excitation suffit pour produire la contracture artificielle. Même chez un sujet sain le contact du diapason produit une trépidation spéciale qui n'est pas très-éloignée de la contraction.

Cette contraction est d'ailleurs soumise à la loi du *transfert* (voir *Gazette des hôpitaux*, 1878, n° 135) comme toute contracture hystérique. Vous voyez que, chez cette malade à laquelle j'ai provoqué une contracture des muscles de l'avant-bras du côté gauche, il me suffit de placer un aimant à un centimètre de l'avant-bras droit pendant quelques minutes, pour que la contracture apparaisse dans cet avant-bras droit en même temps qu'elle disparaît des muscles correspondants de l'avant-bras gauche. Pour rendre la liberté à ces muscles contracturés artificiellement, vous savez qu'il suffit de plonger la malade dans l'hypnotisme et d'exciter légèrement les muscles antagonistes.

Chez une autre hystérique, nous allons faire une expérience aussi intéressante : si nous appliquons une bande d'Esmarch sur le membre supérieur droit, de façon à produire l'anémie de ce membre, condition qui empêche toute espèce de contracture, et si, l'ischémie étant bien évidente, nous plongeons la malade dans l'hypnotisme par nos procédés habituels, nous observons le fait curieux suivant : pendant l'hypnotisme les muscles sont surexcitables, la moindre malaxation les met en contracture, nous le savons. Mais, dans le cas présent, à cause de l'ischémie, la contracture ne peut se produire. Cependant l'excitation de notre malaxation agit sur les nerfs centripètes de ces muscles ; ces nerfs transmettent l'excitation aux cellules motrices de la moelle. Cette excitation ne pouvant se dépenser dans la contracture des muscles ischémiés, reste pour ainsi dire emmagasinée dans ces cellules motrices. Mais, si, la malade étant réveillée, nous enlevons la bande d'Esmarch, nous rendons la circulation aux muscles du bras, nous les mettons dans les conditions physiologiques de la contracture, et en quelques secondes nous voyons le bras devenir rouge et se contracturer. L'excitation qui était transmise à la moelle se dépense effectivement en contracture dès que le muscle est en état de subir cette contracture. Vous voyez enfin que cette contracture, comme dans les cas précédents, est susceptible de transfert ; il suffit de placer un aimant du côté opposé pour y transporter la contracture dans les muscles homologues.

---

## DE L'ANURIE ET DE L'URÉMIE.

Par MM. Debove et Dreyfus.

Les physiologistes ont cherché à étudier les effets de l'anurie en liant les uretères chez des animaux ; mais les résultats auxquels ils sont arrivés ne sauraient satisfaire les cliniciens, d'abord parce qu'il s'agit d'animaux et qu'il faut toujours apporter la plus grande réserve lorsque l'on veut conclure de l'animal à l'homme, ensuite parce que, pour lier les uretères, il faut recourir à un traumatisme pouvant déterminer des troubles complexes, souvent même la mort. Or j'ai pu observer chez l'homme des cas où une obstruction complète des deux uretères plaçait les malades précisément dans les conditions cherchées par les physio-

logistes. Dans le premier cas que je rapporterai, il s'agit d'une compression des deux uretères par un cancer de l'utérus. Voici le résumé de cette observation : Une femme se présente à l'hôpital, se plaignant de ne pas uriner; interrogée sur ses antécédents, elle n'accuse aucune maladie antérieure; soumise au cathétérisme, elle ne rend par la sonde aucune goutte d'urine. Cette anurie se maintient jusqu'au quinzième jour ; à cette époque, elle urine d'elle-même une seule fois, assez abondamment, puis l'anurie se produit de nouveau, bientôt suivie de phénomènes d'urémie, et la malade tombe dans le coma et succombe le vingt-quatrième jour. A l'autopsie, on trouve l'uretère du côté droit fortement distendu et rempli de liquide; le rein du même côté est volumineux, il est le siège de taches hémorrhagiques ; du côté gauche l'uretère est également distendu, mais ne contient pas de liquide ; l'urine rendue quelques jours auparavant venait donc du rein gauche. Quelle était la cause de tout ce désordre? Un cancer de l'utérus, n'ayant déterminé aucun des symptômes habituels de cette affection et étant passé inaperçu, bien que le toucher vaginal eût été pratiqué par un élève du service. Ce cancer était d'ailleurs très-limité ; il ne s'étendait pas à la vessie et les orifices des uretères n'étaient pas envahis par la dégénérescence cancéreuse. Ce fait montre donc qu'une femme peut avoir un cancer utérin latent et dont le premier signe apparent peut être l'anurie.

Cette femme, avons-nous dit, se trouvait exactement dans les conditions expérimentales que déterminent les physiologistes par la ligature des deux uretères. Nous avions donc le moyen d'étudier chez elle les modifications de la température, l'accumulation de l'urée dans le sang, les diverses voies d'élimination de l'urée, etc.

La température était notablement abaissée puisque, le dix-neuvième jour, elle était tombée à 34°,8 et resta à ce degré jusqu'à la fin. Avec cet abaissement considérable de la température la malade accusait une sensation de chaleur qui la portait continuellement à se découvrir. Il y a là un phénomène analogue à ce que l'on observe dans l'état inverse, c'est-à-dire cette sensation de froid qu'éprouvent les malades dont la température s'est considérablement élevée.

L'accumulation de l'urée dans le sang a été constatée et suivie chez cette femme, jour par jour. M. Gréhant, après la néphrotomie, a trouvé chez les animaux, par litre de sang, 2g,76 d'urée. Nous avons trouvé chez cette femme le chiffre énorme de 4g,4 d'urée dans le sang. Ce chiffre, au premier abord, paraît considérable, et cependant, si l'on songe qu'un individu bien portant fabrique 20 grammes d'urée dans les vingt-quatre heures et que cette femme était restée vingt-quatre jours sans uriner, on voit que la proportion d'urée trouvée dans son sang devrait être encore bien plus considérable. Voici l'explication que je crois pouvoir donner de ce fait; je la résumerai en deux mots : l'accumulation de l'urée dans le sang empêche ou retarde la formation de l'urée. Si, dans un feu, on laisse s'accumuler les cendres, ce feu produit de moins en moins de chaleur et finit par s'éteindre. Il en est de même de l'accumulation de l'urée dans le sang. On a aussi de cette façon l'explication de l'algidité, l'accumulation de l'urée empêchant les combustions. Ce fait explique également la rareté relative de l'urémie dans les affections du rein.

L'élimination de l'urée, comme on sait, se fait par diverses voies. Notre malade vomit le 2 septembre et rejette 0g,208 d'urée par litre ; à la suite d'un lavement elle en rend 0g139 ; soumise à une injection de nitrate de pilocarpine de 0g,02 centigrammes, elle est prise d'une sueur et d'une salivation abondantes et l'on trouve dans sa salive 2g,640 d'urée. Le sang ayant été analysé avant et après chacune de ces expériences, on n'y trouve pas de différences appréciables. Que résulte-t-il de tout cela? C'est que les voies supplémentaires de l'élimination de l'urée sont tout à fait insuffisantes. On peut en tirer cette induction thérapeutique qu'il peut être dangereux de trop purger les malades en ce sens qu'on leur fait rendre beaucoup d'eau et que l'on concentre ainsi davantage l'urée contenue dans le sang. On pourrait ainsi provoquer des accidents urémiques.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 décembre 1879. — Présidence de M. MAGNAN.

### COMMUNICATIONS

**Empoisonnement par le chlorhydrate d'aniline. — M. LELOIR** fait une nouvelle communication sur ce sujet.

Il rappelle que, dans la séance du 8 novembre, il a montré *physiologiquement* que *les phénomènes toxiques produits par le chlorhydrate d'aniline étaient dus à une altération du sang*. Cette altération du sang se fait avec une rapidité extrême. A chaque nouvelle injection du sel toxique, il se fait une altération plus grande du sang d'où irritation des centres nerveux, phénomènes convulsifs, dilatation des papilles, salivation, etc. L'altération du sang augmentant, les phénomènes asphyxiques augmentent, et l'animal meurt en se cyanosant et se refroidissant de plus en plus.

Une série d'expériences lui ont montré que cette altération du sang était due à une altération de l'hémoglobine, dont le pouvoir absorbant était notablement diminué.

Il conclut de ses expériences :

1° Que le chlorydrate d'aniline produit des phénomènes convulsifs, asphyxiques, etc., chez les animaux ;

2° Que ces phénomènes sont dus à une altération du sang;

3° Que cette altération du sang dépend des modifications de l'hémoglobine.

L'auteur demande ensuite à M. Quinquaud dans quelle publication ont été insérées ses expériences de 1873.

M. QUINQUAUD répond qu'elles n'ont pas été publiées.

M. LELOIR dit que c'est tout ce qu'il désirait savoir.

M. MALASSEZ, au nom de M. Renaut (de Lyon), communique un travail sur les globules et l'hémoglobine qui se résume dans cette propositiou principale : sous l'influence de l'anémie, les globules se décolorent chez la grenouille.

M. LABORDE communique les résultats de nouvelles expériences qu'il vient de faire sur les fonctions de la moelle chez le cochon d'Inde. Ces expériences ont consisté dans la section des cordons antéro-latéraux. Ces expériences rappellent celles que M. Laborde a déjà faites sur le chat, chez lequel il a sectionné les cordons postérieurs et l'axe gris central. La section de l'axe gris avait eu pour résultat d'annihiler la perception des impressions sensitives. Chez le cochon d'Inde la section des cordons antéro-latéraux a produit la paralysie des membres postérieurs avec conservation de la sensibilité. Ces dernières expériences sont un complément des précédentes.

M. DUMONTPALLIER communique les principaux résultats obtenus avec son appareil réfrigérateur.

M. BRISSAUD expose les résultats d'expériences microphoniques faites dans le but d'apprécier le bruit des muscles contracturés. Il s'est servi du microphone de Roudet (de Paris) qui lui a fait entendre un bruit de roulement. Il en a fait l'application au tabes dorsalis spasmodique.

M. REGNARD met sous les yeux de ses collègues un os, le fémur, ayant appartenu à un sujet atteint d'arthropathie des ataxiques. L'os est presque réduit à sa diaphyse, la tête est totalement réduite.

L'analyse chimique a donné les résultats suivants :

Sur 100 grammes d'os :

| | | |
|---|---|---|
| Matière organique. | Osséine | 38 |
| | Graisse | 37,78 |
| Matière inorganique. | Carbonate de chaux | 11 |
| | Phosphate de chaux | 11,9 |

La graisse remplace le phosphate de chaux.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*École pratique.* — Depuis le 29 novembre, les inscriptions pour les exercices pratiques de dissection ne sont plus reçues sans une autorisation spéciale de M. le doyen.

MM. les étudiants sont priés de se présenter de préférence de une heure à trois heures, au bureau du chef du matériel.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le concours pour les prix de l'internat, première division des internes (troisième et quatrième années), vient de se terminer. Sont proclamés :

1° *Médaille d'or* : M. Barth (Cochin); 2° *Médaille d'argent* : M. Merklen (Saint-Louis); 3° *Première mention* : M. Nélaton (Hôtel-Dieu); 4° *Deuxième mention* : M. Mayor (Lariboisière).

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Richaud, fils, est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. le docteur Garcin, décédé.

M. Gustave Cousin est nommé aide d'anatomie et de physiologie.

— *Hôpital civil de Strasbourg.* — M. le docteur Herrenschmidt est nommé médecin titulaire, en remplacement de M. le professeur Strohl, démissionnaire. — M. le docteur Goldschmitt est nommé médecin-adjoint.

— *Corps de santé militaire.* — M. le médecin-inspecteur Gerrier est décédé au Val-de-Grâce le 30 novembre 1879. M. le médecin-major de deuxième classe Dumoutier est décédé à Béthune le 11 novembre 1879. M. le médecin-major de deuxième classe Vibert a donné sa démission.

— Le jeudi 22 janvier 1880, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes dans les hôpitaux de Paris, au mois d'avril 1880.

Les candidats peuvent s'inscrire de onze à trois heures, au secrétariat général de l'Assistance publique. Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 18 décembre 1879 et fermé le mardi 6 janvier 1880, à trois heures.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité complet d'ophthalmologie**, par MM. les docteurs L. de WECKER et E. LANDOLT. Cet ouvrage remplace la troisième édition du traité de Wecker (prix Chateauvillard). Tome Ier, deuxième partie. Gratis pour les souscripteurs. 1 fort volume in-8°, avec 252 figures dans le texte et 2 planches. — Prix : 17 fr. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Cie.

**Traité des maladies de la peau**, par le docteur Neumann, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Vienne, traduit sur la quatrième édition et annoté par les docteurs G. et E. DARIN. 1 volume in-8° avec 76 figures dans le texte. — Prix : 13 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Des polypes de la trachée survenant après cicatrisation de la trachéotomie et nécessitant une nouvelle opération**, par le docteur PETEL. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Contribution à l'étude de la détermination du principe sulfuré des eaux minérales de Bagnères de Luchon**, déductions pratiques, par le docteur MONARD. In-8°.— Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Coliques spermatiques**, par le docteur RELIQUET. In-8°. — Prix : 0 fr. 75. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8981.

N° 143. — JEUDI 11 DÉCEMBRE 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 11 DÉCEMBRE 1879. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris** dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



Paris, le 10 décembre 1879.

Une note semi-officielle a paru mardi dans un journal de médecine. Cette note falsifie très-sciemment les faits qui se sont passés le 24 novembre dernier à l'École pratique. Nos lecteurs ont lu dans notre dernier numéro les détails précis, circonstanciés, rigoureusement exacts, de cette scène scandaleuse.

La note semi-officielle voudrait glisser sur ce qu'elle appelle un *incident*. Elle voudrait enterrer administrativement l'affaire. Mais l'opinion publique est faite.

Le scandale de l'École pratique reste tout entier; il reste sans réparation, mais il reste flétri par tous les gens d'honneur. Devant une insulte publique qu'une réparation publique pouvait seule faire oublier, la voix de la camaraderie a été forcée de garder le silence. Il y a quelque chose qu'on ne brave jamais en vain, c'est la pudeur publique.

Après son équipée du 24 novembre dernier, le chef des travaux anatomiques peut fabriquer à son aise tous les règlements qu'il voudra, protester de son dévouement aux élèves, blâmer tout ce qui a été fait avant lui, mépriser ses anciens maîtres et déclarer que l'École pratique c'est LUI.

Nos lecteurs savent maintenant quel chef des travaux anatomiques on maintient à la tête de l'École pratique. Il est jugé.

Quant à nous, nous ne faillirons pas à la tâche que nous nous sommes imposée. Nous combattons le bon combat, et nous lutterons jusqu'au bout pour la liberté contre le bon plaisir et l'autocratisme.

### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

En médecine il est bien rare que les théories les mieux présentées survivent à ceux qui les ont faites, quand elles vivent autant qu'eux-mêmes.

Claude Bernard, à la suite d'expériences nombreuses, avait présenté le curare comme un agent physiologique de premier ordre, dont l'action, nulle sur les nerfs sensitifs, abolissait, pour ainsi dire, tout le système des nerfs moteurs pendant la durée de l'intoxication.

C'était un moyen, le seul moyen d'expérimentation facile, pour isoler dans un nerf mixte les fibres sensitives de celles qui présidaient aux mouvements.

Or voilà que M. Onimus met en doute l'action élective du curare. Suivant lui, ce poison n'influencerait pas les extrémités terminales des nerfs moteurs; et, s'il agissait sur leur tronc plutôt que sur celui des nerfs sensitifs, cela tiendrait tout simplement à ce que ces derniers, d'une façon générale, sont moins affectés que les autres par les poisons, le froid, les traumatismes et à peu près toutes les causes qui peuvent amener des paralysies.

Bien entendu, M. Onimus, en formulant cet axiome, n'avait pas eu en vue les causes qui affectent d'abord les centres nerveux, par exemple l'hystérie, les apoplexies, etc. En effet, souvent il arrive que la paralysie porte en cas pareil sur la sensibilité seule, soit que le mouvement ait reparu isolément, comme on le voit pour certaines apoplexies, soit même qu'il n'eût jamais été complètement aboli.

Avec cette première réserve, le principe posé par M. Onimus est-il pleinement vrai? C'est une question qui serait encore à étudier.

M. le professeur Peter poursuit ses belles recherches sur les températures locales dans les maladies. Les résultats qu'il a obtenus jusqu'à présent confirment de plus en plus la vieille notion hippocratique de l'élévation de température dont s'accompagne toute inflammation, aussi bien chronique qu'aiguë.

A l'aide de ce signe, on peut, par exemple, faire le diagnostic différentiel des épanchements abdominaux dus à une péritonite de quelque nature que ce soit, d'avec ceux qui rentrent dans le cadre des simples ascites.

Mentionnons encore une communication de M. Pietra Santa sur la vaccination animale, communication après laquelle la séance a été levée, rien n'étant plus à l'ordre du jour.

Dr Victor REVILLOUT.

### HOTEL-DIEU. — M. PANAS.

#### Coup d'œil sur l'historique de l'ophthalmologie (1).

II

Pendant le dix-huitième siècle, le sceptre de l'ophthalmologie appartient à la France. Dans le cours des cinquante

(1) Fin. — Voir le numéro du 2 décembre 1879.

premières années l'anatomie de l'œil fait des progrès immenses avec Maître-Jean, Saint-Yves, Janot, Pourfour du Petit, Demours, Descemet, Jurin, Pellier, Ph. Guérin, Gendrin, Jean-Louis Petit, Jacques Daviel, et tant d'autres. Arrêtons-nous au nom de Jacques Daviel, l'inventeur de l'extraction de la cataracte.

Jacques Daviel était Normand; il était né à Labarre en 1696. Il professa l'anatomie, la chirurgie et l'ophthalmologie à Marseille. Il quitta ensuite cette ville pour se rendre à Paris où sa réputation l'avait devancé. Il publia son procédé d'extraction en 1746; puis, obligé par la maladie à se rendre en Suisse, il y mourut en 1762, à l'âge de soixante-six ans. Jacques Daviel a laissé peu d'écrits: quelques lettres, sa statistique, et c'est tout. Mais le monde entier n'oubliera pas le nom de celui qui, le premier, a extrait la cataracte.

On déploya alors une activité sans pareille dans l'étude des maladies des yeux; un grand nombre d'étrangers arrivèrent à Paris pour y étudier l'ophthalmologie; et, plus tard, ils devinrent à leur tour de grands ophthalmologistes. Taylor, Monro, Young, Kuster, Henzel, Albinus, Zinn, Haller, Fontana, etc., etc., vivaient à cette époque. L'anatomie était admirablement représentée.

La physique comptait Newton, Jurin, Haller, etc. Merry faillit découvrir l'ophthalmoscope par l'expérience suivante: il plongea la tête d'un chat sous l'eau, et, en regardant son œil sous l'eau, il vit le fond de l'œil et les vaisseaux de la rétine. Delahire expliqua ce phénomène par la réfraction des rayons lumineux.

La pathologie ne pouvait que profiter de ces progrès. On connaît alors les mouches volantes et les mouches fixes, que Delahire explique par des lésions de la rétine et l'existence de corpuscules dans le corps vitré. On commence à individualiser les maladies, que l'on divise en kératites, sclérites, iritis, choroïdites, etc. On rattache ces lésions aux diathèses diverses, et l'on distingue les ophthalmies scorbutiques, scrofuleuses, cancéreuses, syphilitiques. Saint-Yves décrit les ophthalmies phlycténulaires, la blépharite ciliaire; Richter appelle l'attention sur les ophthalmies des nouveau-nés. L'iritis et ses synéchies, les abcès de la cornée et l'hypopion, le traitement de l'hypopion par la paracentèse, celui de l'hydrophthalmie par la même opération, rien de tout cela n'est ignoré de Saint-Yves, qui note même le pus crémeux dans l'hypopion et fait, dans ces cas, le lavage de la chambre antérieure avec de l'eau tiède. Taylor décrit le premier le kératocone.

Alors naît l'iridotomie, qui se fait à travers la sclérotique avec une aiguille à cataracte; plus tard on la fait à travers la cornée avec des ciseaux et le couteau à cataracte. Saint-Yves parle du décollement de la rétine partiel, se caractérisant par un défaut dans le champ visuel. Il est le premier qui ait la notion de la fatigue de l'accommodation; il croit à l'hyperesthésie de la rétine et la traite par le repos des yeux et l'usage des lunettes vertes.

Le strabisme avait beaucoup occupé tous ces ophthalmologistes; ils fondent sa pathogénie sur la rétraction d'un muscle ou la paralysie de son congénère. Ils imaginent un masque pour obliger les malades à regarder de face. Buffon préconise la gymnastique oculaire, Taylor fait la section du muscle.

Young, Dalton, Scott, font connaître la cécité des couleurs, les vices de réfraction, la myopie et la presbytie. Quant aux lunettes, on en usait beaucoup, et même beaucoup trop, car les auteurs se plaignent déjà amèrement de l'abus qu'on en fait. Les anciens connaissaient l'action des verres concaves et convexes. Pline dit que Néron était très-myope, et qu'il se servait d'une pierre concave pour voir les spectacles. C'est au treizième siècle que la fabrication des lunettes se développe en Italie, découverte par un Florentin, Demaventi, ou par Alessandro Spina (de Pise).

Mais la question capitale en ophthalmologie est l'extraction de la cataracte. Nous avons vu le rôle de Jacques Daviel. On n'était pas arrivé d'emblée à son procédé d'extraction. Brissaud avait commencé par l'anatomie pathologique; il avait fait l'autopsie d'un soldat atteint de cataracte et en avait adressé le résultat à l'Académie, dont un membre lui répondait qu'il ferait bien de ne pas parler de sa communication, s'il tenait à ce qu'on ne se moquât pas de lui. On ne s'en moqua pas longtemps. Maître-Jean, Merry, Saint-Yves, se déclarèrent partisans de ses idées et démontrèrent que la cataracte tient à l'opacité du cristallin, et qu'il faut distinguer les cataractes vraies et les fausses (exsudats de l'iris, dit Saint-Yves). On connaît alors les diverses espèces de cataractes traumatiques, molles, dures, laiteuses, noires et même la cataracte morgagnienne. On distingue la cataracte stratifiée, centrale et zonulaire. On connaît la cataracte branlante soit par ramollissement du corps vitré, soit par déchirure de la zone; la cataracte cortico-capsulaire, la cataracte pyramidale.

Quant vint Daviel, on faisait déjà la discision par la cornée; des paracentèses répétées étaient recommandées pour empêcher la cataracte de se développer, sous l'influence de cette idée que, l'opacité étant due à la corruption de l'humeur aqueuse, on devait évacuer souvent ce liquide pour le renouveler.

Six ans après sa découverte, Daviel publie une statistique (1748): sur 354 opérés, dit-il, j'ai 305 succès complets. C'est 86 0/0, proportion magnifique qui nous donne la mesure de son habileté.

On a contesté à Daviel la priorité de sa découverte. Saint-Yves, Pourfour du Petit, avaient fait des extractions en se servant d'une sonde cannelée et en incisant la cornée. Ils ont extrait des petits cristallins luxés dans la chambre antérieure, comme ils auraient extrait tout autre corps étranger de cette cavité dont, je vous l'ai dit, ils n'hésitaient pas à faire le lavage avec de l'eau tiède. Mais, de là à l'œuvre de Daviel, il y a un abîme. Daviel avait quatre instruments pour ouvrir la cornée: une aiguille, puis une pique, deux paires de ciseaux coudés pour élargir la plaie. Il coupait ainsi les deux tiers de la circonférence de la cornée. Avec un crochet à mors, un aide soulevait le lambeau cornéen, puis, avec une aiguille, Daviel luxait le cristallin dans la chambre antérieure d'où il le tirait avec une curette.

A côté de l'opération de la cataracte, signalons une autre découverte, l'anatomie pathologique du glaucome. Le même Brissaud, qui avait trouvé l'opacité du cristallin, avait observé que les cataractes vertes ou bleuâtres ne guérissaient pas; un ami, atteint de cette maladie, lui légua son œil. Brissaud en fit l'autopsie, et trouva, outre un cristallin un peu trouble, des lésions du corps vitré. Il distingua cette affection de la cataracte et conclut que le glancome est une maladie du corps vitré, opinion qu'il parvint à faire prévaloir.

Saint-Yves fit l'énucléation de l'œil glaucomateux, pour combattre l'ophthalmie sympathique. On faisait alors une foule d'autres opérations sur les paupières, les voies lacrymales (Anel, J.-L. Petit, etc.).

Après les énucléations partielles, on faisait porter des yeux artificiels en émail.

Telle a été l'ophthalmologie en France pendant le dix-huitième siècle. Elle y fut négligée par la suite, et l'ophthalmologie fut abandonnée aux spécialistes dont quelques-uns seulement furent hommes de mérite. Pendant la première partie du dix-neuvième siècle, nous ne pouvons citer que Cl. Bernard et Magendie dont les travaux physiologiques éclairent l'étude de l'ophthalmologie. La fameuse expérience de la section du sympathique produisant des phénomènes oculo-pupillaires avait même été faite avant Claude Bernard, par Pourfour du Petit.

Le mouvement scientifique de l'ophthalmologie se ralentit en France; dans les autres pays, au contraire, il prend le plus grand essor. Vienne, d'abord, crée un enseignement officiel de l'ophthalmologie; dès la fin du dix-huitième siècle, Marie-Thérèse nomme au grand hôpital un chirurgien, Barth, originaire de Malte, dont les maîtres avaient étudié l'ophthalmologie à Paris. Il forma deux élèves, Schmidt et Beer, le maître de Mackenzie.

Parallèlement, en 1803, nous trouvons à Goettingue encore un élève de l'école de Paris, Richter, puis Langenbeck père, qui forme une école avec un petit hôpital de dix lits. Après 1830, la Charité de Berlin voit s'installer cet enseignement, illustré depuis par Jaegger et Arlt, pendant que de Graefe professe dans son institut particulier. Toutes les villes universitaires de l'Allemagne, Fribourg, Heidelberg (Helmholtz, Knapp, Otto Becker), puis Breslau, Dresde (Von Ammon, Henri et Jean Müller, Schreiner, etc.), deviennent des centres très-importants des sciences ophthalmologiques.

L'Angleterre, l'Amérique, l'Italie, ont suivi ce mouvement. La France vient d'organiser l'enseignement officiel de l'ophthalmologie, que j'inaugure aujourd'hui; elle ne restera pas en arrière.

---

## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

### Diabète sucré : diagnostic (1).

IV

Les symptômes que présentaient nos deux malades nous donnaient une présomption du diagnostic de diabète : l'examen des urines, révélant la glycosurie, confirmait cette hypothèse. La glycosurie est, en effet, un symptôme nécessaire du diabète; mais, disons-le de suite, on peut avoir du sucre dans ses urines et ne pas être diabétique. Le diabète est caractérisé par d'autres symptômes que la glycosurie.

Pour affirmer le diabète, il faut d'abord constater une glycosurie *permanente*, car le sucre existe dans les urines peut-être à l'état normal, et il y apparaît momentanément à la suite d'une alimentation composée en excès de matières sucrées; dans la grossesse, on trouve du sucre dans les urines, mais ce n'est là qu'une glycosurie momentanée, qui n'a aucun rapport avec un état diabétique.

Il faut ensuite, pour avoir le droit d'affirmer le diabète, que le sucre soit en assez grande quantité dans les urines. L'urine normale renferme environ 0gr,50 de sucre. Il faut, pour le diabète, y trouver au moins 6, 8, 10 grammes par jour. Si l'on en trouve une quantité moindre, mais à l'état permanent, il faut encore attendre avant de se prononcer. Avec 2 ou 3 grammes de sucre par litre d'urine, on est peut-être au début d'un diabète, mais on ne peut l'affirmer, et ce n'est pas encore véritablement du diabète.

On n'arrive pas facilement au diagnostic du diabète, car on n'examine pas ainsi les urines du premier venu. Il faut y être amené par quelques symptômes particuliers, par d'autres phénomènes précurseurs. Il est rare qu'on arrive au diagnostic par le grand chemin et en abordant le vase de nuit d'un malade; dans la clientèle particulière, on n'examine pas l'urine d'un individu parce que l'on est son médecin. Étudions les divers phénomènes qui mettront le médecin sur la voie du diagnostic.

D'abord les caractères de l'urine seront d'une grande utilité : l'urine est un peu sirupeuse s'il y a une forte glycosurie; elle empèse le linge, quelquefois elle laisse des traces sur les vêtements, surtout sur les étoffes noires et de laine. Il reste sur le pantalon des taches blanches. Ainsi j'ai observé un magistrat qui se croyait atteint de maladie vénérienne en voyant ces taches blanches sur sa robe, ce qui me mit en éveil et me fit découvrir le diabète.

L'urine est généralement mousseuse. Dans les campagnes, vous verrez souvent un signe vulgaire et cependant révélateur ; les mouches sont attirées par l'urine diabétique, et on trouve des cadavres de mouches ou de fourmis dans le vase de nuit.

Notons un signe qui autrefois était presque le seul : la saveur sucrée de l'urine; on trempe le doigt dans l'urine et on goûte; une fois n'est pas coutume; n'omettez pas ce moyen, et votre diagnostic sera fait immédiatement, et sans qu'il soit besoin d'aucun autre réactif, ni d'aucune analyse.

La quantité d'urine est augmentée d'une façon considérable : on trouve 2, 4, 6 litres d'urine; lorsque vous serez en présence d'un individu qui urine beaucoup, qui ne peut rester un certain temps sans uriner, alors qu'il n'est atteint ni de maladie de vessie, ni de rétrécissement de l'urèthre, songez au diabète. Il y a quelques années, faisant un voyage assez long en compagnie d'un de mes amis, je le voyais attendre avec impatience l'arrivée dans chaque station pour se précipiter « du côté des hommes ». Je lui demandai par hasard s'il n'était point diabétique; ma question lui donna l'idée de faire analyser son urine, et il découvrit qu'il était réellement atteint du diabète.

La polydipsie est naturellement la conséquence de cet état, en raison du besoin de rendre à l'économie la quantité d'eau qu'elle perd par les mictions répétées. Les diabétiques boivent à chaque instant; ils boivent tout ce qu'ils trouvent, eau, vin, etc.; tout leur est bon. Ils ne perdent aucune occasion de boire. Pour la nuit, ils boivent plusieurs verres d'eau avant de se coucher, et ils ont soin aussi de mettre une carafe d'eau sur leur table de nuit. Ces individus boivent souvent des liquides alcooliques sans en être influencés notablement; ils boivent impunément de grandes quantités de vin, d'eau-de-vie : il semble que l'alcool ne fait que traverser le tube digestif et les voies urinaires, sans qu'il en reste trace dans l'organisme.

La faim est aussi augmentée : les diabétiques sont gros mangeurs; ils mangent beaucoup et souvent et ne sont jamais rassasiés. Ils digèrent bien. On dit vulgairement qu'ils ont le ver solitaire : il serait plus vrai de dire que les boulimiques sont diabétiques.

Du côté de la bouche, on observe une mauvaise haleine,

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 novembre 1879.

une réaction de la salive ordinairement acide et rappelant un peu celle du vinaigre ou du sucre. Certains malades disent positivement avoir la bouche sucrée. Ils se plaignent aussi d'avoir la langue collée au palais, la bouche sèche, d'où une soif inextinguible. Quelques-uns, plus rarement, ont une sensation âcre, grasse et amère. Lorsque le diabète a duré longtemps, les dents sont altérées, cariées ; elles tombent de très-bonne heure; elles paraissent plus longues ; les gencives sont gonflées, fongueuses et saignent facilement; la langue est rouge, unie, plane, sans saillie de papilles; quelquefois le muguet y développe des concrétions blanchâtres dont les spores sont facilement reconnaissables au microscope.

Je suis assez souvent arrivé au diagnostic du diabète par un autre ordre de symptômes : l'absence de désirs vénériens, surtout chez les hommes, est un bon signe de diabète. L'impuissance se manifeste promptement, et, dès qu'un sujet jeune vous fera la confidence qu'il n'a plus d'idées érotiques ni d'érections, cherchez le diabète. Les femmes souvent aussi se plaindront auprès de vous de la froideur de leur mari, et l'accuseront d'avoir une maîtresse, etc. Cherchez le diabète. Je puis vous rappeler, dans cet ordre d'idées, l'histoire d'un ancien professeur au Collège de France, L....., qui n'était pas marié, et que ses amis n'entendaient jamais parler de femmes (au point qu'on le soupçonnait de vices honteux); plus tard tout s'expliqua: il fut atteint de gangrène spontanée des jambes, dont la nature diabétique fut démontrée par l'examen des urines.

Le diabète provoque des éruptions de furoncles, par séries souvent interminables, et d'anthrax. Cependant il faut y prendre garde ; souvent la glycosurie accompagne l'anthrax, mais elle ne dure que ce que dure l'anthrax et disparaît avec lui.

Pour admettre le diabète, il faudra donc que la proportion de sucre soit assez considérable, et que l'observation soit poussée plus longtemps, car, le plus souvent, la glycosurie n'est que momentanée.

D'autres éruptions dont l'importance est énorme se rapportent aussi au diabète : chez les hommes, surtout chez ceux qui ont le prépuce un peu long, apparaît l'herpès préputial; la sécrétion plus abondante que d'habitude suffit pour amener cette éruption de nature eczémateuse, constituée par des vésicules et des ulcérations, puis une sorte de plaque pseudo-membraneuse blanchâtre sur le gland. La démangeaison est alors assez vive sur le prépuce, et le prurit se propage souvent à l'anus. Ce dernier symptôme a été vraiment intolérable pendant la fin de la vie d'H....., qui a succombé au diabète : pendant deux années, il a été tourmenté par le plus intolérable prurit anal.

Chez les femmes, on observe l'érythème vulvaire, ainsi que dans les régions inguinale et inférieure de l'abdomen. Il est commun de constater des démangeaisons à la vulve avec une rougeur vive, et même quelquefois un suintement : ce n'est pas de l'eczéma, mais de l'érythème intertrigo, dont le siège spécial est surtout la partie externe des grandes lèvres, les plis de l'aine, et, chez les femmes grasses, le pli inférieur de l'abdomen. Le prurit est assez violent pour empêcher souvent le malade de dormir. On a attribué ces accidents au contact de l'urine, mais ils se produisent lors même que la peau a été complètement à l'abri de toute souillure : quoiqu'on ne puisse en préciser la cause, il faut cependant leur attacher une certaine importance. Plus de vingt fois j'ai fait le diagnostic du diabète, par la constatation d'érythèmes vulvaires réfractaires à tous les traitements habituellement employés.

L'amaigrissement et la faiblesse musculaire survenant chez un individu indemne de toute affection pulmonaire ou autre, pouvant expliquer ces symptômes, sera aussi un indice suffisant pour examiner les urines et rechercher la glycosurie.

Les diabétiques sont aussi exposés à des névralgies (faciales, sciatiques), rebelles, tenaces, qui ne cèdent pas aux moyens ordinaires, et qui ont une durée prolongée.

Les plaies ne se cicatrisent pas; des ulcères apparaissent aux jambes sous l'influence d'un simple choc, et ne guérissent pas après de longs mois de traitement. Les fractures ne se consolident pas. Enfin le diabète paraît tenir sous sa dépendance une autre sorte d'affection, la gangrène des extrémités (Landouzy père.).

Voilà un assez grand nombre de voies qui peuvent conduire le médecin au diagnostic du diabète ; ces détails ne sont pas superflus, car le diabète ne s'impose pas au premier abord. Il ne se révèle que par des phénomènes peu marqués, des circonstances souvent insignifiantes, dont le souvenir doit toujours être présent à l'esprit du médecin.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 décembre 1879. — Présidence de M. Bouley.

### CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend : 1° des lettres de candidature de M. Camille Dareste, qui se porte candidat dans la section d'anatomie et de physiologie; de MM. Mehu et Jungfleisch, qui se portent candidats dans la section de pharmacie; 2° une lettre de M. le docteur Bonnafond relative à l'*Histoire de deux têtes d'Arabes décapités;* 3° un pli cacheté déposé par M. Paquet, pharmacien à Fontenay-aux-Roses (accepté); 4° une lettre de M. Boudard, médecin à Gannat (Allier), accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Guide pratique de la chèvre nourrice*; 5° l'ensemble des leçons professées à la Faculté de médecine de Paris par M. Damaschino sur les *Maladies des voies digestives*.

M. Jules Guérin, qui vient d'entreprendre la republication complète et méthodique des œuvres de sa vie entière, en en déposant le sommaire sur le bureau de l'Académie, rappelle les principes qui l'ont toujours guidé dans ses travaux.

Passant, dit-il, alternativement de la médecine à la chirurgie et de la chirurgie à la médecine, tous mes travaux sont destinés à montrer que ces deux branches de la science et de l'art sont une dans leur conception la plus élevée; que, pour changer d'objectif immédiat, pour se servir de moyens spéciaux, elles n'en sont pas moins indissolubles dans leur unité, et ne sont complètes, l'une et l'autre, qu'à la condition de s'inspirer des mêmes principes, de se prêter un réciproque appui, en un mot de ne constituer qu'une même science, un même art : *la science des maladies et l'art de les guérir.*

La seconde vue qui domine dans tous mes ouvrages, dans mes moindres études, a été de ramener l'observation à l'étude étiologique des faits, à l'étude des vraies causes, *veræ causæ*, comme les appelle l'immortel Newton. Cette préoccupation de toute ma vie a eu pour but de faire voir que la conception étiologique est seule capable de donner à l'observation, à l'expérience, au diagnostic des maladies, à leur symptomatologie, à l'anatomie pathologique, et surtout à la thérapeutique, une base certaine et immuable.

La simple nomenclature des travaux qui vont faire l'objet de cette publication d'ensemble rappellera qu'ils ont tous été conçus et exécutés à la lumière de cette méthode, et que, s'ils ont quelque

mérite, c'est à cette méthode qu'ils en sont redevables. Que l'Académie me permette de lui en indiquer seulement les titres : ce sera en même temps lui indiquer le plan et le contenu de l'œuvre que je lui demande la permission de placer sous son patronage.

Je m'occuperai d'abord de la *méthode scientifique* et générale et de l'*étude comparative* des différentes méthodes en usage de nos jours. La détermination du contingent fourni par chacune d'elles, mise en regard de la méthode étiologique, m'a conduit à conclure à la suprématie de cette dernière, comme les résumant toutes sans diminuer la valeur d'aucune d'elles.

Quant aux œuvres spéciales, elles comprendront l'*histoire générale* et *particulière des difformités du corps humain*, des *traités* de la *rétraction musculaire*, du *rachitisme*, des *arthralgies* et de la *tuberculose*; la *mécanique orthopédique*, la *méthode sous-cutanée*, l'*occlusion pneumatique*, la *méthode stibio-dermique* et la *cautérisation ponctuée*; le *choléra* et la *période prodromique de toutes les maladies virulentes*; la *variole et la vaccine*, les *paralysies organiques*, la *fièvre puerpérale* et la *fièvre typhoïde*.

Finalement, arrivé au terme de cette publication, je rappellerai mes études sur la *philosophie* de la *médecine*; sur la *critique scientifique*; sur la *liberté* de l'*enseignement de la médecine* en particulier; sur les relations de la *médecine* avec la *philosophie* et la compétence réciproque de ces deux sciences; sur l'évolution psychique de l'homme à travers les âges et la perfectibilité humaine.

### COMMUNICATION

**Températures morbides locales dans les maladies de l'abdomen.** — M. PETER communique à l'Académie la première partie de ses recherches sur ce sujet.

Il résulte de ces recherches que, dans l'ascite, la température de la paroi abdominale ne s'élève pas, et reste à environ 35°,5 (qui est la moyenne normale), quelquefois même tombe au-dessous.

(Incidemment, M. Peter signale et combat le vice de langage, commis par quelques auteurs, et qui consiste à donner le nom d'ascite à l'épanchement séreux de la péritonite chronique; cet épanchement n'est pas hydropique, mais inflammatoire, ainsi que le démontre, entre autres particularités, l'excès de fibrine qu'il contient.)

A l'inverse de l'ascite, c'est-à-dire de l'hydropisie du péritoine, les *phlegmasies chroniques* de cette séreuse *élèvent la température de la paroi abdominale d'environ 1° et davantage*.

M. Peter donne comme exemples trois types différents de phlegmasie chronique du péritoine : 1° péritonite chronique simple, par rayonnement d'une phlegmasie chronique de l'estomac (gastrite scléreuse); 2° péritonite chronique tuberculeuse; 3° péritonite chronique (cancéreuse).

Dans le premier cas, la température locale de la paroi abdominale était surélevée de 0°,8 alors que celle de l'aisselle était abaissée de 0°,5 (température de l'inanition); de sorte que la surélévation locale absolue était ainsi de 1°,3.

Dans le second cas, la surélévation de la température locale varia de 1° à 1°,9; elle présenta même cette particularité remarquable que, dans les derniers jours de la vie, la température axillaire s'étant abaissée de 2°,5 (à 34°,5), la température locale était encore de 1° plus élevée que la normale de la paroi (à 36°,5), dépassant, d'une façon absolue, celle de l'aisselle de 2°, et, d'une façon relative, de 3°,5. Ce qui prouve l'existence de foyers morbides thermogènes, dont la température locale est si bien indépendante de la température générale qu'elle peut lui être supérieure.

Dans le troisième cas (péritonite cancéreuse), la surélévation locale varia de 0°,8 à 2°.

Dans un quatrième cas (péritonite tuberculeuse, qu'on prenait pour une tympanite hystérique), la surélévation de la température locale varia de 1° à 1°,5, et fut un jour de 0°,4 plus forte que la température de l'aisselle.

Ainsi, au point de vue de la clinique, la surélévation locale de la température au cas de phlegmasie chronique du péritoine fournit un nouveau moyen de diagnostic entre la péritonite chronique et l'ascite (où la température locale reste normale).

Au point de vue de la pathologie générale, l'ascite *n'élève pas la température locale* de la paroi, parce qu'il n'y a qu'un *fait physique*, la filtration du sérum de sang à travers les parois veineuses distendues; tandis que la phlegmasie chronique du péritoine *élève toujours cette température locale*, parce qu'il y a là un *acte dynamique*, un *travail*, la *sécrétion* d'une sérosité fibreuse.

D'où il suit qu'en pathologie comme en mécanique, partout où il y a travail accompli, il y a calorique dégagé.

Il s'ensuit encore, réciproquement, que ce calorique dégagé, décelant un travail accompli, peut devenir un moyen de diagnostiquer ce travail.

Enfin cette notion du travail morbide ne doit pas seulement s'entendre de la sécrétion d'un produit morbide inflammatoire, mais encore de la genèse d'un néoplasme (tubercule ou cancer) et de l'évolution de celui-ci; le calorique dégagé à cette occasion pouvant révéler la naissance comme les phases d'évolution de ce néoplasme.

### DISCUSSION.

M. HILLAIRET demande à M. Peter quel est le thermomètre dont il s'est servi pour ses expériences sur les températures locales.

M. PETER répond qu'il a choisi le thermomètre médical ordinaire, de préférence à tout autre, dans le but de permettre aux praticiens, qui tous possèdent ce thermomètre, de contrôler et de vérifier sans peine les résultats obtenus par lui.

M. HILLAIRET a voulu lui-même se servir de ce thermomètre pour étudier l'échauffement ou, au contraire, le refroidissement relatif que telle ou telle maladie pouvait produire à la surface de la peau dans une région déterminée, car le point de contact de ce thermomètre avec la peau est trop étendu pour qu'on puisse juger ainsi du vrai degré de la température artificielle.

M. GUENEAU DE MUSSY dit qu'en Amérique M. le docteur Séguin, lequel a publié un ouvrage considérable sur les températures locales dans les maladies, pour éviter l'inconvénient signalé par M. Hillairet, a eu soin de se servir, pour ce genre de recherches, d'un thermomètre dont le réservoir, aplati, avait une forme discoïde, de manière à toucher la peau par une large surface.

M. PETER ne voit pas qu'il y ait grand avantage à compliquer d'un nouvel appareil l'arsenal du médecin, du moment où les résultats sont absolument comparables, étant obtenus dans tous les cas à l'aide du même instrument, soit dans l'état de maladie, soit dans l'état de santé. Du reste, pour ceux qui tiendraient à la perfection, on construit en ce moment deux thermomètres d'une exquise délicatesse et d'une extrême précision, l'un basé sur l'inégale dilatabilité des métaux, et l'autre rentrant dans le nombre des appareils thermo-électriques.

### LECTURES

**Particularités de la contractilité électro-musculaire et du mode d'action du curare.** — M. ONIMUS, malgré la grande autorité de Claude Bernard et malgré la netteté apparente des expériences qui ont été faites sur ce sujet, est persuadé, dit-il, que l'on a exagéré l'importance de l'action du curare sur le système nerveux. Il croit que le curare n'agit pas sur toutes les parties des nerfs moteurs, qu'il n'empoisonne que les troncs nerveux et qu'il laisse intacts aussi bien les filets terminaux que les centres.

Suivant lui, les courants électriques d'induction n'agissent jamais sur les fibres musculaires elles-mêmes, indépendamment des nerfs moteurs; si donc on peut irriter les muscles d'un animal curarisé au moyen d'un courant faradique, c'est la preuve que ce courant trouve encore dans les muscles des portions de nerfs excitables. Le tronc du nerf moteur est celle de ses parties qui se paralyse le plus aisément, plus aisément même que le tronc des nerfs sensitifs. Ainsi qu'on peut le voir par les paralysies soit traumatiques soit *à frigore* qui, atteignant un nerf mixte, portent beaucoup plus généralement et plus fortement sur sa partie motrice. Quand le nerf moteur est

détruit dans sa totalité, alors que les excitations faradiques ne peuvent plus faire contracter le muscle, lui se contracte encore sous l'influence des courants d'air et celle des irritations traumatiques, chimiques, etc. S'il en était ainsi sous l'action du curare, on pourrait admettre la théorie de Claude Bernard; mais le cas est autre, puisque les courants d'induction agissent encore sur le muscle.

**Vaccination animale.** — M. PIETRA SANTA lit sur ce sujet un travail que nous publierons par extraits.

La séance est levée.

## BIBLIOGRAPHIE

I. **Traité de chimie générale** (1), par Paul SCHÜTZENBERGER, professeur au Collège de France. — II. **Traité des maladies de la peau** (2), par le professeur NEUMANN. — III. **Nouvelle Géographie universelle** (3), par Élisée RECLUS.

I. A peine MM. Hachette avaient-ils terminé l'œuvre considérable que nous avons fait connaître à nos lecteurs sous son titre de *Dictionnaire de chimie*, qu'ils nous présentent le premier volume d'un *Traité de chimie générale*. Cet ouvrage, dans lequel le savant professeur du Collège de France, M. Paul Schützenberger, se propose de nous faire connaître les principales applications de la chimie aux sciences biologiques et aux arts industriels, mérite toute l'attention du médecin.

Avant d'indiquer l'ordre adopté dans ce *Traité*, il est bon d'avertir le lecteur que l'auteur tient pour la théorie dynamique. Là est, à ses yeux, l'avenir de la chimie. « C'est par là que l'on pénétrera plus avant dans la connaissance de la constitution de la matière et des propriétés des corps. Bientôt le calcul mathématique sera tout aussi utile au chimiste que la balance. »

M. Schützenberger ne s'adresse pas aux débutants, mais bien à ceux dont l'éducation élémentaire est faite. Il groupe donc et généralise les réactions et les propriétés des divers ordres, de manière à ne rien négliger d'essentiel et à tenir compte de tout ce qui peut ressortir de sérieux de l'ensemble des connaissances acquises. Donner une idée complète de la vaste science chimique, en évitant les détails trop minutieux, tel est le but que l'auteur se propose.

Il fait ressortir les lois générales et partielles, les analogies qui relient entre eux les corps, tant au point de vue des conditions de formation qu'à celui de leurs caractères physico-chimiques. Chaque division ou subdivision sera précédée d'un aperçu des propriétés communes aux corps qu'elles comprennent.

Le premier livre de ce *Traité de chimie générale*, consacré aux phénomènes généraux, s'ouvre par une introduction magistrale.

Le chapitre premier est consacré à l'objet et au but de la chimie, à la définition des phénomènes généraux dont elle s'occupe. Le chapitre deuxième nous initie à la nomenclature et aux symboles. Les caractères physiques des corps sont exposés dans le troisième chapitre. Le chapitre quatrième traite de l'affinité et des phénomènes chimiques en général. Le chapitre cinquième nous fait connaître les lois numériques ou rapports pondérables suivant lesquels s'effectuent les combinaisons chimiques. Les chapitres sixième et septième, qui terminent ce premier livre, nous exposent la détermination des équivalents et les principes de thermochimie.

Le livre deuxième traite des éléments ou corps simples (propriétés physiques et chimiques des éléments, classification et relations des corps simples).

Le livre troisième est consacré à l'étude particulière des éléments : métalloïdes (familles de l'hydrogène, des halogènes, de l'oxygène, azote, air atmosphérique, phosphore, arsenic, antimoine, bismuth, bore, carbone et silicium).

Ces six familles étudiées, M. Schützenberger aborde l'étude des Métaux (métaux alcalins, métaux diatomiques, glucinium, aluminium, gallium, etc., molybdène et tungstène, vanadium, niobium et tantale, zirconium, titane, étain, argent et or, et enfin groupe du platine).

Par cette simple énumération on voit tout l'intérêt du premier volume du *Traité de chimie générale*. C'est à peine si nous avons besoin de dire tout le luxe d'illustrations et de chromolithographies de cet ouvrage. Il suffit de connaître le nom de l'éditeur.

II. Nos confrères les docteurs G. et E. Darin nous donnent une nouvelle traduction qui sera très-bien accueillie de nos lecteurs. C'est la traduction du *Traité des maladies de la peau*, par le docteur I. Neumann. Le savant professeur de dermatologie et de syphylographie de l'Université de Vienne a vu son *Traité* tellement apprécié que de nombreuses éditions se sont rapidement succédé. MM. Darin ont traduit la quatrième édition et l'ont enrichie d'annotations.

L'introduction nous fait connaître l'œuvre des dermatologistes depuis Hippocrate. Signalons une singularité qui, parmi les auteurs anglais, cite Rayer, Chausit, Devergie, Wilson et Anderson. Ce n'est évidemment qu'une erreur typographique, mais comment a-t-elle pu échapper à la lecture des traducteurs?

A l'introduction, succède sous le titre de *généralités*, un aperçu anatomique, physiologique et pathologique de la peau, et l'auteur nous fait connaître sa classification.

Cette classification est celle d'Hébra simplifiée, le lecteur va pouvoir en juger par les grandes sections.

Hyperémies cutanées, anémies cutanées, anomalies de sécrétion, affections inflammatoires, affections hémorrhagiques, affections hypertrophiques, affections atrophiques, néoplasies, névralgies, parasites.

Toutes les maladies de la peau viennent se classer sous chacune de ces grandes divisions : elles sont étudiées avec soin sous la forme classique. Pour rendre son œuvre plus utile encore au praticien, le professeur Neumann termine son livre par un formulaire de 163 formules spéciales à chaque maladie; puis d'un nombre important de formules générales.

En résumé, ce livre méritait d'arriver jusqu'à nous; il rendra des services et prendra une place honorable auprès de nos grands écrivains dermatologistes français.

III. Nous avons gardé pour la fin de cette causerie le cinquième volume de la *Nouvelle Géographie universelle* d'Élisée Reclus.

C'est la cinquième année que nous vous présentons un volume de ce magnifique ouvrage, où le luxe typographique le dispute à l'intérêt même de l'œuvre (9 cartes tirées à part et en couleurs, 200 cartes insérées dans le texte et 76 gravures sur bois). Successivement nous avons parcouru l'Europe méridionale (Grèce, Turquie, Roumanie, Serbie, Italie, Espagne et Portugal), la France, l'Europe centrale (Suisse, Austro-Hongrie et Allemagne), enfin l'Europe du Nord-Ouest (Belgique, Hollande, Iles-Britanniques). Aujourd'hui M. Reclus nous invite à le suivre dans l'Europe scandinave et russe.

Voici le Danemark où l'instruction publique est si développée; où à côté des établissements d'instruction de l'État, sept institutions privées ont aussi le droit de délivrer des certificats qui donnent accès dans l'Université. Depuis 1875 les femmes y suivent les cours universitaires au même titre que les hommes, et peuvent concourir pour les mêmes diplômes. Les châteaux de Kronborg, de Frederiksborg, ont quelque chose de féérique.

La Scandinavie nous ménage toute ses surprises avec ses types, ses costumes, l'intérieur d'une maison suédoise, et les types de la Laponie. Stockholm, Upsala, les chutes de Trollhattan, Götebord, passent sous nos yeux émerveillés. Au Spitzberg, une photographie nous montre le curieux aspect du soleil de minuit.

Nous entrons maintenant dans ce monde si peu connu de la

(1) In-8°. Prix : 14 francs. — Paris, Hachette et C^e^.
(2) In-8°. Prix : 15 francs. — Paris, V^e^ Adrien Delahaye et C^e^.
(3) Gr. in-8°. Prix : 30 francs. — Paris, Hachette et C^e^.

Russie, d'où nous arrivent par bouffées des nouvelles étranges. C'est la Finlande, avec sa ville savante d'Helsingfors, où la *Gazette* porte en ce moment le récit des aventures si singulières de l'École pratique! Les provinces baltiques, la Russie blanche, la Nouvelle-Russie, jusqu'à la Crimée, tout défile sous nos yeux, villes, palais, types, costumes, jusqu'aux détails les plus circonstanciés et les plus exacts sur l'administration, l'agriculture, les mœurs, la flore, la faune, l'ethnographie, l'anthropologie.

Il nous est impossible de parcourir un de ces volumes, sans être pris d'un sentiment de profonde admiration pour le savant qui y a consacré sa vie. M. Élisée Reclus, de son côté, ne pourra jamais oublier qu'il a eu le bonheur de trouver sur sa route un de ces éditeurs qui ne reculent devant aucun sacrifice pour donner une œuvre aussi complète que possible.

La *Nouvelle Géographie universelle* restera un des plus beaux monuments scientifiques de notre époque. Pour nous d'abord, pour nos enfants ensuite, ce livre mérite une place d'honneur sur les tablettes de nos bibliothèques.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour l'externat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par le classement des candidats dans l'ordre suivant :

1. MM. Charrin, Luc, Broca, Jarry, Lacaze, Dayot, Condoléon, Chartier, Toupet, Schaeck.

11. MM. Rabeau, Morin (G.), Walther, Marfan, Ferraton, Beurnier, Thoinot, Moutier, Notta, Vivant.

21. MM. Barbillion, Lepage, Meunier, Despréaux, Nanu, Ressein, Muleur, Gerente, Carlier, Gendron.

31. MM. Martinet, Geffrier, de Gastel, Boulland, Brodeur, Blanc, Delaittre, Durand-Fardel, Berthod, Farina.

41. MM. Gilly, Didsbury, Colombé, Duhamel, Chochon-Latouche, Berbez, de Tornery, Philippe-Lavallée, Chatelain, Crivelli.

51. MM. Boissard, Touaillé de Larabrie, Lauth, Grattery, Dinin, Brochard-Rigaud, Giraudeau, Fleurot, Charon, Hüe.

61. MM. Metaxas, Renault, Philippon, Thuvien, Robert (M.-A.), Weber, Berne, Thouvenet, Mesnet, Debrigade.

71. MM. Achard, Dagonet, Leclercq, Gaucherand, Mathieu, Manaud, Yvon, Mullot, Tisné, Semelaigne.

81. MM. Dupont, Colleville, Ruyssen, Revilliod, Jeanselme, Lavic, Bottez, Gillet, Phocas, Favrel.

91. MM. Stopin, Vallin, Mancet, Schwing, Budor, Grenier, Barbaud, Deroche, Placé, Peyramaure-Duverdier.

101. MM. Le Roy de Langevinière, Journiac, Melchior-Robert, Sauze, Jacquet, Gougelet, de Brun du Bois-Noir, Derville, Négel, Ribail.

111. MM. Raymond, Vachez, Gomet, Schmitt, de Molènes, Bruneau, Benoit, Leviez, Patenostre, Dumoret.

121. MM. Audubert, Frétin, Leriche, Brothier, Pignol, Claude, Lallemant (M.-J.), Testelin, Guérin, Porquet.

131. MM. Peigné, Blocq (P.-O.), Didier (J.-F.-H.), Jannin, Moroux, Figari, Tavenaux, Revol, Bourdel, Ménétrier.

141. MM. Villard, Cousin, Brunschwig, Gelez, Debric, Verneuil, Nutte, Dubois (C.), Mantel, Florand.

151. MM. Parent, Martin du Magny, Bornèque, Boussavit, Laussedat, Lallemant (J.), Perdrier, Gellé, Balme, Rambaud.

161. MM. Barbe, Bich, Pruche, Danopoulos, Bourguet, Belin (E.), Chapotet, Belin (J.), Coudray, Reverdy.

171. MM. Daucourt, Pinard, Del Hamaide, Vigneron, Perrachon, Cohen, Cotton, Ducroux, Schreider, Martin (H.).

181. MM. Bellau, Engelbach, Rivet, Helleu, Ambresin, Quantin, Benoit (H.), Picard, Delanef, Combret.

191. MM. Chabaud, Morin (J.), Léonard, Diverneresse, Vaquer-Talayrach, Sallé, Girat, Payot, Amirault, Fauchon.

201. MM. Boisson, Tostain, Taurin, Derégnaucourt, Rochette, Bettremieux, Mouton, Meige, Genestoux, Cauvet.

211. MM. Gustin, Mosnier, Franceschi, Lannes, Martinelli, Mairel, Inglessis, Botelho, Têtu, Rambourg.

221. MM. Olive, Robert (M.-P.), Levaillant, Germex, Pascaud, Daima, Lubet-Barbon, Fayard, Boquin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8987.

N° 144. — SAMDI 13 DÉCEMBRE 1879. 52e ANNEE. SAMEDI 13 DÉCEMBRE 1879. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

#### La dyspepsie.

Il est peu de sujets de pathologie et de médecine pratique qui aient autant exercé la sagacité des observateurs que la dyspepsie; et, il faut le dire, il en est peu, malgré les recherches nombreuses dont il a été l'objet, qui soient entourés encore d'autant d'obscurité. Et il s'agit cependant d'un fait des plus communs, d'un de ces cas auxquels on a affaire presque tous les jours dans la pratique. Cela tient sans doute à des difficultés qui sont inhérentes au fond même du sujet, mais beaucoup aussi, croyons-nous, à ce que, sous ce nom de dyspepsie qui se résume dans cette définition banale, difficulté ou impossibilité de digérer, on a désigné jusqu'à présent des états d'origine diverse, sinon de nature différente. S'il est des cas où la dyspepsie est, en effet, un phénomène morbide protopathique, alors qu'elle est due à des causes agissant directement et exclusivement sur l'un des éléments divers dont se compose l'appareil stomacal, plus souvent elle constitue un état secondaire ou fait partie d'un tout morbide complexe dépendant d'états morbides antécédents, parfois liée à une dyscrasie ou à une diathèse dont elle n'est alors que l'une des expressions. De là les difficultés contre lesquelles sont venus se butter presque tous les médecins qui ont cherché à ramener la dyspepsie à un type unique ou à une entité morbide déterminée, toujours identique à elle-même. Il est de fait qu'il n'est pas aisé de circonscrire nettement la dyspepsie et de l'isoler, soit des états morbides antérieurs dont elle procède souvent, soit d'états concomitants ou d'états consécutifs auxquels elle prend également une part manifeste. Beau, dans le traité posthume de la dyspepsie publié par les soins de M. Hédouin, faisait de la dyspepsie l'aboutissant d'un grand nombre de causes ou d'influences pathogéniques diverses provenant les unes de l'état anomal des ingesta et les autres de l'état de l'estomac troublé ou affaibli d'une manière idiopathique, sympathique ou symptomatique, et le point de départ d'une foule d'états morbides secondaires ou deutéropathiques, ou même ternaires, dans lesquels l'anémie, l'aglobulie et la névropathie jouaient un rôle considérable. Il y a quelques années, en rendant compte dans ces colonnes d'un ouvrage de M. A. Mercier sur le traitement des sédiments, de la gravelle et des diverses maladies dépendant de la diathèse urique, nous signalions avec notre savant confrère cette circonstance que presque toutes les causes en apparence très-diverses, d'après les auteurs, des concrétions primitives, ont leur source dans un trouble des fonctions digestives, prenant ainsi en quelque sorte par le chaînon du milieu la chaîne des faits pathologiques qui conduisent successivement depuis la première cause qui a amené les troubles digestifs jusqu'aux effets ultimes de ces troubles.

Mais nous n'avons pas à faire ici l'historique des diverses théories qui ont été émises sur ce sujet et des nombreux travaux auxquels il a donné lieu; nous voulons seulement parler en ce moment de deux des publications les plus récentes qui viennent d'être faites sur la dyspepsie, l'une par M. Dujardin-Beaumetz dans le deuxième fascicule de ses *Leçons de clinique thérapeutique* professées à l'hôpital Saint-Antoine (1), lequel porte presque tout entier sur le traitement des maladies de l'estomac, et l'autre par M. le docteur Leven, le *Traité des maladies de l'estomac* (2).

Nous commencerons par les leçons de M. Dujardin-Beaumetz sur la dyspepsie; elles reflètent assez exactement l'état actuel de la science sur ce point, pour que nous nous en servions en quelque sorte comme de point de départ de notre examen.

*Division des dyspepsies d'après M. Dujardin-Beaumetz.*

Avec la plupart des auteurs et des cliniciens contemporains, M. Dujardin-Beaumetz, se plaçant surtout au point de vue clinique, reconnaît plusieurs espèces de dyspepsies. Il admet d'abord, en se fondant sur des données physiologiques et sur le siège des troubles fonctionnels, une dyspepsie buccale répondant à la part qui revient à l'acte buccal dans le travail de la digestion, une dyspepsie stomacale

(1) *Leçons de clinique thérapeutique*, professées à l'hôpital Saint-Antoine par M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Deuxième fascicule. Paris, 1879, chez Gustave Doin, place de l'Odéon.

(2) *Traité des maladies de l'estomac*, par M. Leven, médecin en chef de l'hôpital Rothschild. Paris, 1879, chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

et une dyspepsie intestinale. La dyspepsie stomacale, celle à laquelle s'applique plus spécialement cette dénomination, présente, à son tour, plusieurs variétés, suivant que l'on envisage celle de ses tuniques dont le jeu régulier est anomalement modifié, les glandes, les vaisseaux et les nerfs qui entrent dans la constitution anatomique de l'estomac : d'où une dyspepsie par atonie de la tunique musculaire ou atonique et flatulente, par perversion ou accroissement d'énergie musculaire (vomissement, mérycisme) ; dyspepsie putride, dyspepsie acide ou dyspepsie pituiteuse selon qu'il y a diminution ou augmentation de sécrétion des produits de l'élément glandulaire de la muqueuse ou de la muqueuse elle-même ; dyspepsie gastralgique, anorexie, dysorexie, boulimie, avec les différentes nuances de l'hétérophagie, suivant que la digestion est accompagnée de douleur, que le sens de la faim est diminué, augmenté ou perverti. Enfin, en considérant la marche de l'affection, l'âge des sujets qui en sont atteints, les causes organiques internes ou les causes externes, on peut distinguer encore des dyspepsies accidentelles, passagères, ou des dyspepsies habituelles et chroniques, la dyspepsie des enfants, celle des adultes ou des vieillards, la dyspepsie hépatique, la dyspepsie urineuse ou la dyspepsie utérine ; enfin les dyspepsies dyshémiques ou dyscrasiques.

On verra plus loin quelles sont les conséquences pratiques qui se déduisent de cette manière d'envisager la dyspepsie ou plutôt les dyspepsies. Car c'est ce fait surtout de la pluralité des états morbides désignés sous cette dénomination commune, qui est le caractère de la doctrine adoptée par M. Dujardin-Beaumetz en matière de dyspepsie, caractère que l'on retrouve d'ailleurs dans presque tous les auteurs modernes, à l'exception peut-être de M. Luton, qui, dans l'article *Dyspepsie* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, propose une simplification, en élaguant de la dyspepsie proprement dite, dont il réduit ainsi le terrain, les divers états morbides qu'il a groupés sous le nom de dyspepsies relatives ou d'états dyspeptiques, indiquant par là qu'il ne s'agit point d'une maladie particulière et définie, mais d'une situation acquise. Le mot d'état dyspeptique exprimerait, dans la pensée de M. Luton, l'ensemble des troubles dont l'appareil stomacal peut être le siége, en tant que ceux-ci offrent quelque rapport avec l'acte digestif.

En abordant l'analyse du livre de M. Leven, nous allons voir une tentative de réduction beaucoup plus radicale encore, la dyspepsie étant pour lui un état morbide, défini, ne consistant pas uniquement, comme on l'a cru et enseigné jusqu'à présent, en un trouble fonctionnel de l'estomac, mais dépendant d'une lésion constante et toujours identique à elle-même de la muqueuse stomacale et des membranes sous-jacentes.

Ceci exige des développements.

*Doctrine de la dyspepsie de M. Leven.*

*a.* — *Physiologie de l'estomac.* — Avant d'exposer la doctrine pathologique de M. Leven sur la dyspepsie, il est indispensable de résumer en quelques mots les idées qu'il professe sur la physiologie de l'estomac.

Pour M. Leven, le rôle de l'estomac dans le travail de la digestion n'a pas été exactement défini.

Les physiologistes, préoccupés surtout du suc gastrique, de la composition chimique, de ses éléments essentiels, de son mode d'action sur les divers principes alimentaires, ont étudié le problème de la digestion stomacale en effectuant des digestions artificielles ou en introduisant des aliments dans l'estomac à travers des fistules ; et de ce qu'ils ont vu le suc gastrique peptoniser les substances azotées, ils en ont conclu que la peptonisation se faisait dans l'estomac. Ces procédés de recherches, aux yeux de M. Leven, sont insuffisants pour nous apprendre ce qui se passe dans l'estomac et pour nous faire comprendre son fonctionnement. Le suc gastrique ne représente, pour lui, qu'un des éléments de la fonction. Aussi, au lieu de s'en tenir à la seule considération de cet élément, important sans doute, il s'est surtout attaché à suivre, en quelque sorte pas à pas, en nourrissant des animaux avec les diverses espèces d'aliments et les sacrifiant à des moments différents de leur repas, les diverses phases du travail de la digestion. Il a pu arriver ainsi à saisir la manière dont chaque aliment se comporte dans l'estomac, à comprendre leur rôle spécial et leur action sur cet organe et à préciser plus rigoureusement la part réelle qui lui revient dans la digestion.

L'estomac, d'après M. Leven, sert à recevoir, à emmagasiner aliments et boissons. Mais il n'est pas seulement pour les aliments un réservoir, il a aussi pour fonction de les pousser continuellement, par petites fractions, dans l'intestin grêle.

Ces aliments sont-ils liquides ou fractionnés, ils quittent très-promptement l'estomac, sans avoir subi aucun travail de transformation. Il n'en est pas ainsi quand l'aliment solide pénètre dans l'estomac par blocs volumineux. Il ne peut plus franchir, dans ce cas, le pylore qu'atténué dans son volume et fractionné. C'est ici que la fonction de l'estomac devient plus complexe ; il doit, avant de pousser l'aliment dans l'intestin, le chymifier, ce qu'il fait au moyen du suc gastrique et de ses muscles. Quelques parcelles d'aliments, seulement, que l'organe n'arrive pas à chasser dans l'intestin, sont peptonisées et même absorbées dans l'estomac. Mais cela n'a lieu que pour une très-minime partie du bol alimentaire. La plus grande partie, la masse du bol alimentaire, ne subit dans l'estomac d'autre modification que la chymification ; elle est peptonisée et absorbée dans l'intestin. Il n'y a donc pas deux digestions, une digestion stomacale et une digestion intestinale ; l'action de l'estomac n'est, en réalité, que préparatoire ; la véritable digestion se fait dans l'intestin.

Au point de vue physiologique, deux faits saillants ont été mis en lumière par ces recherches. Le premier, c'est que les aliments, au point de vue de leur impression sur l'estomac, doivent être divisés en deux groupes : l'un servant à la sécrétion du suc gastrique (aliments azotés), l'autre ne produisant qu'une excrétion d'eau chargée de chlorure de sodium provenant du sang des capillaires de la muqueuse. Ce dernier rentre dans la classe des aliments indigestes, en donnant à ce terme un sens déterminé et précis, celui d'une modification survenue dans l'état anatomique de l'estomac. Le suc gastrique n'ayant aucune action sur ces aliments, l'estomac est obligé de fournir une quantité plus ou moins considérable d'eau pour les imbiber et les ramollir et de concourir par la contraction de ses fibres musculaires à leur faire franchir le pylore. Mais ce travail complexe ne s'effectue pas sans qu'à la longue et par sa répétition fréquente l'estomac ne devienne malade. Ce n'est d'abord qu'une congestion simple, mais qui peu à peu s'élève jusqu'à la phlegmasie vraie.

C'est cette lésion, négligée jusqu'ici par les physiologistes, qui est le point de départ de tous les autres désordres, diminution de sécrétion du suc gastrique, accroissement du flux aqueux qui accompagne la plupart des congestions exagérées de l'estomac, douleurs, troubles dans la contractilité de la fibre musculaire, en un mot de tous les phénomènes de la dyspepsie.

Telle est la conception pathologique de la dyspepsie de M. Leven. Nous voici amenés naturellement à en donner la définition et la description des phénomènes qui la constituent.

*b. Définition et description de la dyspepsie.* — Partant de ces données physiologiques préliminaires, M. Leven résume en ces termes toute sa doctrine sur la pathologie de l'estomac.

La dyspepsie n'est plus un trouble fonctionnel, une névrose de l'estomac; mais elle est caractérisée par la congestion, par l'inflammation de la muqueuse et des membranes sous-jacentes.

« Toutes les fois, dit-il, que la muqueuse de l'estomac est congestionnée au-delà du degré physiologique, et reste congestionnée, il se produit un certain nombre de symptômes, gonflement de la région stomacale, sensation de gêne et de pesanteur, crampes, brûlures, excrétion d'eau, gaz, etc. Ce sont là les signes locaux qui accusent la congestion excessive de la muqueuse. Il se développe en même temps des symptômes éloignés, des bâillements, des pandiculations, des phénomènes du côté du système nerveux, du système musculaire, etc. L'ensemble de ces signes constitue ce que l'on appelle la dyspepsie. »

La dyspepsie est aiguë ou chronique. Les deux formes se distinguent par la symptomatologie. La maladie arrivée à l'état chronique comprend la dyspepsie gastro-intestinale et la dilatation de l'estomac.

Cette dilatation, qui est la forme grave de la maladie, suffit seule pour réfuter la doctrine de la lésion fonctionnelle.

En considérant la dyspepsie comme une congestion, une inflammation de la muqueuse et des membranes sous-jacentes, il ne faut pas en disjoindre la gastralgie, qui se confond avec elle, qui n'est qu'une dyspepsie avec crises de douleurs.

L'ulcère de l'estomac n'est qu'un accident, une complication de dyspepsie chronique.

Le cancer lui-même peut succéder à une dyspepsie chronique.

En résumé, faisant abstraction du cancer né sous l'influence de l'hérédité, on peut dire que toutes les maladies de l'estomac se réduisent à une seule espèce morbide, la dyspepsie.

L'anatomie pathologique et l'observation clinique, invoquées à l'appui de cette doctrine, ont apporté à M. Leven un ensemble de faits qui peuvent se résumer ainsi :

Dans la dyspepsie simple, souvent on ne peut pas constater la lésion, parce qu'on n'a pas l'occasion de faire des autopsies. L'expérimentation chez les animaux supplée à cette lacune en permettant de saisir les premières phases de cette lésion, la congestion inflammatoire.

Quand la maladie est ancienne et qu'elle est suivie de mort, on trouve des lésions ultimes qui sont le développement de la lésion primitive observée chez les animaux, l'inflammation qui atteint, non-seulement la muqueuse de l'estomac, mais toutes les membranes sous-jacentes.

M. Leven rapporte deux cas de dyspepsie stomacale simple, l'une datant de cinq ans et l'autre de vingt-cinq ans, qu'il a pu suivre pendant plusieurs mois dans son service de l'hôpital Rothschild. Dans ces deux cas, qui se sont également terminés par la mort, on a pu constater que le travail inflammatoire s'étendait à la muqueuse, aux glandes, aux vaisseaux, au tissu cellulaire sous-muqueux. L'épithélium de la muqueuse était emporté en certains points; les glandes étaient dégénérées; les tuniques des vaisseaux étaient sclérosées, le tissu cellulaire sous-muqueux hypertrophié était le siège d'éléments cellulaires jeunes, nouveaux, qui s'étaient développés entre les glandes et les vaisseaux et contribuaient à les atrophier. Des ruptures de vaisseaux avaient été la cause des hémorrhagies que l'on avait observées chez l'un de ces malades. Enfin dans ces deux cas on a noté, outre ces lésions, une dilatation considérable de l'estomac, qui dépassait l'ombilic de quelques centimètres. (On conciliera peut-être difficilement la description des symptômes et des lésions qu'on vient de lire avec la qualification de dyspepsie simple que M. Leven a donnée à ces deux observations.)

Cette dilatation dont on n'avait parlé jusque-là que comme d'un fait accidentel dépendant d'un rétrécissement de l'orifice pylorique et que l'on expliquait par l'accumulation et la rétention des aliments et des boissons, M. Leven la considère comme un phénomène très-commun et un caractère de la dyspepsie chronique. Elle semblerait constituer en quelque sorte, à elle seule, dans quelques cas, le phénomène anatomique principal.

Tel est le cas d'une jeune femme entrée à l'hôpital Rothschild pour une dyspepsie dont elle était atteinte depuis longues années, et chez qui l'estomac présentait une dilatation considérable, descendant à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'ombilic. Cette femme vomissait généralement deux heures après le repas, lorsqu'un jour elle fut prise de crises convulsives, à la suite desquelles les vomissements étant devenus incessants, elle finit par succomber. A l'autopsie, on trouva l'estomac étendu de la fourchette du sternum jusqu'au pubis, recouvrant tous les viscères abdominaux. Il était rempli de liquide, — on verra plus loin l'importance du rôle que joue ce liquide dans la dyspepsie; — sa membrane, au niveau de la grande tubérosité, était pâle et présentait plusieurs ulcérations. Tous les vaisseaux de la paroi postérieure de la muqueuse étaient dilatés.

Nous ne nous arrêterons pas sur la symptomatologie, si ce n'est pour dire que les symptômes sur lesquels M. Leven insiste plus particulièrement sont les modifications de l'appétit et de la soif, la présence de liquide dans l'estomac, les vomissements, la flatulence, plus les phénomènes sympathiques nombreux, tels que le vertige, les troubles des sens, les altérations de sécrétions et diverses complications.

*c. Étiologie.* — C'est encore l'expérimentation qui a servi à M. Leven de moyen d'étude sur l'étiologie. On a vu, par les expériences sur les animaux précitées, que chaque aliment exerce sur la muqueuse de l'estomac une action toujours la même, une congestion qui ne dépasse jamais le degré physiologique pour certains aliments, tandis que d'autres produisent une congestion qui va jusqu'à l'irritation et même à l'inflammation de la muqueuse. D'où la division des aliments en deux classes : l'une comprenant tous ceux qui sont chymifiés dans l'estomac, le traversent pour

passer dans l'intestin sans laisser derrière eux aucune lésion ; l'autre dans laquelle sont rangés tous ceux dont la chymification provoque une congestion excessive qui survit au passage de l'aliment.

C'est cette congestion considérée comme le premier degré de l'inflammation qui peut durer indéfiniment, ce qui est toujours le préambule des lésions décrites précédemment.

De là cette proposition générale que la digestibilité n'est pas, comme on l'a généralement enseigné jusqu'à présent, un fait purement relatif d'une part à l'état de l'estomac, d'autre part aux conditions de l'économie, mais un fait absolu, ne variant pas avec l'individu et avec l'état de l'organisme, et que par conséquent les lois qui régissent la santé et la maladie de l'estomac sont uniformes pour tous et qu'il est nécessaire d'indiquer les aliments, les boissons, les médicaments qui peuvent lui nuire et devenir une source de maladie, et la manière de régler les repas, leur nombre, etc.

Mais, ajoute M. Leven, comme pour rectifier à la fois cette étiologie trop étroite et trop absolue, ce n'est pas l'alimentation seulement qui peut produire la dyspepsie; celle-ci peut naître indirectement par des causes éloignées ; chez la femme, les affections utérines, la grossesse ; chez l'homme, les maladies aiguës, la bronchite, la pneumonie, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, certaines diathèses, la phthisie tuberculeuse, l'arthritisme, l'herpétisme sont très-souvent cause de dyspepsie. Et, en effet, M. Leven consacre autant de paragraphes à la grossesse, à la chlorose et aux affections utérines, à la menstruation, aux troubles du foie et de la rate, aux maladies du cœur, des bronches et du poumon, à la fièvre typhoïde, aux diverses diathèses, tuberculose, goutte, rhumatisme, herpétisme, arthritisme, scrofule, syphilis, hémorrhoïdes, vers intestinaux, au traumatisme, à l'onanisme, à la spermatorrhée, etc. Enfin le tempérament, l'état nerveux, moral ou intellectuel, le travail physique, les saisons, le sexe, l'hérédité, l'âge ont également leur part assignée dans l'étiologie.

Nous continuerons cet examen dans la prochaine Revue, dans laquelle nous étudierons spécialement la question de la thérapeutique de la dyspepsie.

Dr Brochin.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Intoxication saturnine produite par la toile américaine employée pour couvrir les voitures d'enfants.** — Depuis trois ans on se sert beaucoup en Allemagne, pour les enfants, de voitures d'osier protégées contre les intempéries par une capote qui se replie, faite en cuir américain et de teintes grises variées. C'est surtout à Berlin et dans la Prusse rhénane que l'usage en est très-répandu.

On a dernièrement remarqué que de nombreux enfants, charriés dans ces véhicules, présentèrent tous les symptômes d'une intoxication saturnine. La chaleur solaire paraît avoir exercé quelque influence sur l'éclosion des accidents, qui n'ont été signalés que dans le courant de juillet.

Le bureau d'hygiène en prit occasion pour examiner des échantillons de l'étoffe suspecte de diverses provenances. La présence d'une forte proportion de plomb y ayant été constatée, on fit des analyses quantitatives qui révélèrent l'effroyable proportion de 42,7 pour 100 de plomb métallique. D'un fragment de cuir américain pesant 10 grammes, on put obtenir un grain de plomb de 4g,27. Il suffisait de brûler avec une allumette une bandelette de ce tissu pour en voir ruisseler les gouttelettes de plomb. Un échantillon de cette étoffe fut, au mois de juillet, exposé six heures durant à l'action directe des rayons solaires. Au bout de ce temps, le vernis qui la recouvre s'écaillait et commençait à se détacher. L'importance de cette découverte s'aggrave quand on réfléchit que ces véhicules servent aussi de berceaux pour beaucoup d'enfants.

Un chimiste de Genève vient également d'annoncer que ces étoffes vernies grises renfermaient par décimètre carré 1g,736 de céruse. Dans les toiles brunes, l'analyse n'a démontré que la présence d'ocres de différentes nuances. (*Journ. de méd. de Brux. et Gaz. hebd.*)

**Corps étrangers du vagin : occlusion intestinale, application du forceps.** — Il s'agit de deux femmes, âgées l'une de soixante ans et l'autre de quarante-neuf ans, qui s'étaient introduit dans le vagin d'énormes pelotons de fil de genêt enduits de cire jaune, dans le but de remédier à un prolapsus utérin. Le corps étranger fut supporté chez l'une pendant quinze ans, chez l'autre pendant huit années. Chose étonnante, la présence de ce pessaire n'empêchait pas le coït ni l'écoulement des menstrues. L'une de ces femmes devint enceinte, enleva le corps étranger pendant le travail et le replaça après la délivrance. Toutes deux supportèrent admirablement sa présence pendant des années, jusqu'à l'époque où elles furent prises subitement des symptômes les plus alarmants : douleurs hypogastriques, constipation, météorisme ; vomissements sans état fébrile chez l'une des malades, l'autre étant atteinte déjà d'un érysipèle.

En l'absence de toute hernie dans les anneaux, l'auteur pratiqua le toucher vaginal et constata la présence du peloton de fil. Malgré tous ses efforts, il ne put le faire basculer avec les doigts, à cause de son volume et des adhérences qu'il avait contractées avec la muqueuse, épaissie et ulcérée par places. Il fallut recourir à l'emploi du forceps, afin d'arriver à un degré de dilatation suffisant pour le détacher. Grâce à l'application de cet instrument, M. Baumel retira chez ces deux malades les corps étrangers dans leur intégrité et sans fragmentation. Les accidents d'étranglement disparurent à l'aide de lavements, et l'état général redevint bientôt normal comme auparavant. Seulement le prolapsus utérin se reproduisit immédiatement chez la première, tandis que chez la seconde, dont l'utérus était en rétroflexion, les organes demeurèrent en place. (*Montpellier méd. et Gaz. hebd.*)

**Les femmes qui fument.** — M. Decaisne a signalé depuis longtemps l'intermittence dans les battements du pouls, par suite de l'usage du tabac à fumer. Sur 81 grands fumeurs, il avait pu constater 21 cas d'intermittence du pouls, indépendante de lésions du cœur. Cette intermittence disparaissait à la suite de la suppression du tabac. Depuis, ses recherches se sont exercées sur les enfants fumeurs de neuf à quinze ans, et il a vu que les effets incontestables produits chez eux par l'usage du tabac, c'étaient : des palpitations, de l'intermittence du pouls, de la chloro-anémie ; ils deviennent en outre peu intelligents, paresseux et prédisposés à l'usage des boissons alcooliques.

M. Decaisne vient d'apporter à la Société d'hygiène une nouvelle série d'observations qui ont été prises sur des femmes ayant l'habitude de fumer. Depuis 1865, il a pu observer 43 femmes fumeuses : la plupart ont présenté des troubles de la menstruation et de la digestion ; 8 avaient une intermittence du pouls très-marquée, sans aucune lésion du côté du cœur. Il donne l'observation très-détaillée de ces 8 femmes, chez lesquelles tout traitement donné en vue de combattre ces intermittences a échoué, tandis que la suppression du tabac a amené constamment une amélioration et très-souvent une disparition complète des accidents signalés. (*Progrès méd.*)

**Viandes insalubres.** — Au Congrès international d'hygiène, MM. Bouley et Nocard, rapporteurs, ont exposé l'état actuel des idées généralement admises sur la question des viandes insalubres, et d'après lesquelles beaucoup de viandes d'animaux malades doi-

vent être exclues de l'alimentation. Toutefois ils inclinent à admettre qu'il pourrait bien y avoir avantage à autoriser la vente dans des boucheries spéciales, comme on en trouve en Allemagne, de la chair d'animaux atteints de certaines maladies non virulentes. M. Decroix a pris la parole pour faire ressortir l'innocuité de ces viandes, et a déclaré que, depuis 1860, il a fait usage un grand nombre de fois de la chair des chevaux morts de n'importe quelle maladie, et, d'autre part, de la chair de bœuf, de veau et de mouton saisie comme étant insalubre, sans qu'aucun accident en fût résulté.

Il a ajouté qu'un grand nombre de personnes, de pauvres notamment, en avaient fait usage en connaissance de cause et s'en étaient bien trouvés, etc. M. Decroix se croit autorisé à conclure : 1° que l'on peut faire usage de la chair cuite des animaux de boucherie malades ou morts de n'importe quelle maladie connue ; 2° que les manipulations des viandes d'animaux atteints d'affections virulentes pouvant offrir quelques dangers, on ne doit en faire usage que dans le cas d'absolue nécessité ; 3° que, dans les conditions d'alimentation ordinaire, les viandes des animaux atteints de maladies non virulentes doivent êtres mises en vente dans des boucheries spéciales, sous la dénomination de « viandes de 4e catégorie » ; 5° enfin, que, dans les temps de famine, l'administration, en donnant des instructions spéciales au public, pourra autoriser la vente pour la consommation de la chair des animaux atteints ou morts de maladies virulentes.

M. Bouley s'est élevé contre ces conclusions, ainsi que contre la proposition faite par M. Delaunay, d'utiliser les qualités alimentaires de la viande de chien dans les temps de famine. M. Decroix rappelle alors que, pendant la famine de l'Algérie, il a fait usage de la viande de chien, exemple qui a été suivi par des ouvriers, et que tous en ont été satisfaits. (*Abeille méd.*)

**Kyste hydatique acéphalocyste du péricarde. — Kystes hydatiques de la rate.** — M. Bernheim (de Nancy) a observé un cas de kyste hydatique du péricarde chez un malade âgé de soixante-sept ans, qui souffrait de troubles cardiaques depuis deux ans environ : oppression graduellement accrue, œdème des pieds, palpitations progressivement aggravées, symptômes d'hypertrophie du cœur, battements épigastriques, pouls veineux dans les jugulaires, pas de bruit de souffle. On diagnostiqua une hypertrophie simple du cœur avec asystolie.

Il y eut une grande amélioration sous l'influence de l'administration de l'extrait alcoolique de scille à haute dose (1 gr. 50 à 1 gr. 80 par jour). Il y eut ralentissement du pouls et augmentation de son ampleur, la diurèse se rétablit. Pendant ce stade d'amélioration, le malade mourut subitement.

A l'autopsie, on put constater de l'hypertrophie simple du cœur et l'adhérence du péricarde ; on trouva en outre un kyste hydatique volumineux (9 centimètres sur 5) à la partie inférieure du cœur, dans les feuillets du péricarde pariétal et viscéral accolés. Il contenait des membranes d'un blanc grisâtre gélatiniforme, assez épaisses ; mais on ne put découvrir de crochets. Il y avait aussi trois petits kystes de même nature dans le poumon gauche.

Les kystes hydatiques développés dans le tissu même du cœur ne sont pas très-rares, mais il n'en est pas de même pour ceux qui siégent dans le péricarde. Outre celle que nous venons de rapporter, on ne connaît que deux autres observations, l'une de Habershon, l'autre citée par Laënnec. (*Rev. méd. de l'Est.*)

Les kystes kydatiques de la rate sont aussi rares. M. Bucquoy a traité, dans son service de l'hôpital Cochin, une jeune femme âgée de vingt-neuf ans, atteinte d'un kyste hydatique de la rate, et qui a guéri après deux ponctions simples avec aspiration. Le fait est doublement exceptionnel par le siège insolite du kyste et par son heureuse terminaison. M. Bucquoy diagnostiqua un kyste hydatique, et, s'appuyant sur les caractères de la tumeur, sur l'absence d'accroissement du lobe droit du foie, etc., établit qu'il siégeait dans la rate. Une ponction faite avec l'appareil Potain permit de recueillir 2,200 grammes d'un liquide limpide, transparent et non albumineux. Après l'opération, la rate ne débordait plus les fausses côtes ; les suites furent très-simples.

Cinq mois après, la malade rentra à l'hôpital, se plaignant de douleurs incessantes au niveau de la tumeur. La tuméfaction avait reparu, et le kyste offrait en effet les mêmes caractères qu'à l'époque de la première entrée de la malade.

Une nouvelle ponction fut pratiquée : on retira 1,100 grammes de liquide, mais, cette fois, d'un liquide jaune sale, un peu filant, et renfermant de l'albumine et quelques leucocytes, ce qui prouvait qu'il était survenu dans le kyste des phénomènes d'inflammation. La guérison était complète six mois après.

Sur 32 kystes de la rate qui ont été observés, il y a deux kystes hématiques et 4 kystes purement séreux. Quant aux 26 cas de kystes hydatiques, tous ne sont pas des kystes de la rate proprement dits ; 4 se sont développés dans le péritoine et se sont accolés consécutivement à la rate ; 7 occupaient à la fois la rate et d'autres organes, comme le foie et le péritoine. Les 15 autres s'étaient développés soit dans la rate même, soit à sa surface. Les erreurs de diagnostic sont faciles et ont été souvent commises. M. Péan extirpa un de ces kystes de la rate en croyant opérer un kyste de l'ovaire ; la malade guérit. On a cru parfois à un kyste du lobe gauche du foie, à un syphilome du foie, à une hydronéphrose. La confusion est d'autant plus aisée que la symptomatologie des kystes de la rate est assez obscure ; douleur ou gêne dans l'hypochondre gauche, dyspnée et troubles digestifs par refoulement des organes, mais surtout de l'hypochondre gauche, tumeur dont la forme rappelle celle de la rate et dont la matité se confond avec celle de cet organe, que l'on ne peut, par suite, parvenir à délimiter.

Les terminaisons sont très-variables, mais la guérison spontanée n'a jamais été notée. Sur les 32 cas de kystes spléniques connus, il y a 6 cas de guérison après ponction et lavages.

Le traitement suivi par M. Bucquoy semble avec raison le meilleur à tenter : si la seconde ponction n'avait pas été suivie de la guérison, et si le liquide était alors devenu purulent, M. Bucquoy aurait ponctionné avec un gros trocart. L'introduction d'une canule à demeure aurait alors permis de vider complètement la poche et d'y pratiquer des lavages, et même des injections modificatrices. (*Gaz. méd.*)

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 décembre 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### CORRESPONDANCE

**Ovariotomie.** — M. CHIPAULT (d'Orléans), membre correspondant, adresse l'observation d'une opération de kyste de l'ovaire dans laquelle la mort est survenue à la suite d'une péritonite provoquée par la rétrocession progressive du pédicule dans la cavité abdominale.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA MOBILISATION DES ARTICULATIONS MALADES

M. DESPRÈS. Je me déclare en opposition absolue avec M. Verneuil sur l'une des conclusions qu'il a formulées dans son mémoire. En 1830 un prince quelconque eut une entorse et fut soigné par un chirurgien (qui n'était ni Velpeau, ni Dupuytren, ni Boyer). Il resta une raideur articulaire, qui ne s'arrangea pas avec le temps. comme l'avait fait espérer le chirurgien. Le prince eut recours à un masseur, et, grâce au temps et au massage, les mouvements reparurent dans l'articulation tibio-tarsienne. Dès lors, dans les classes dirigeantes, qui font la fortune des faiseurs et des charlatans, on ne voulut plus de la mobilisation ; les chirurgiens se mirent à redresser toutes les articulations malades. Depuis, on a cherché à concilier l'ancienne méthode de l'immobilisation avec les exigences de la clientèle, et l'on a adopté une pra-

tique mixte. Toutes les fois qu'une articulation est malade, on l'immobilise d'abord, puis on la mobilise.

Aucun chirurgien n'a la prétention de prévenir l'ankylose vraie. Mais l'immobilisation prolongée donne-t-elle l'ankylose vraie? Boyer a bien défini la fausse ankylose qui se produit lorsque les ligaments et les tendons sont restés longtemps dans la même position et n'ont plus conservé la même longueur. Quant aux tumeurs blanches, Boyer dit exactement sur leur immobilisation ce que M. Verneuil préconise, et il ajoute que, si l'on obtient l'ankylose, c'est une terminaison heureuse. Je crois aussi que la première chose à tenter dans ces cas est l'immobilisation. Toutefois il ne suffit pas d'immobiliser un membre atteint de tumeur blanche, il faut le traiter par la compression. Mais toutes les articulations ne présentent pas la même espèce de tumeurs blanches; quelques-unes suppurent, notamment l'articulation coxo-fémorale, parce qu'on ne peut immobiliser cette articulation aussi bien que le genou ou le coude. Je parle, bien entendu, des tumeurs blanches vraies, car il y a les synovites fongueuses chez lesquelles l'immobilisation n'entraîne pas toujours l'ankylose, mais il n'y a pas de tumeurs blanches complètes qui guérissent avec conservation des mouvements. Les ostéites juxta-épiphysaires doivent aussi être traitées par l'immobilisation prolongée.

Je me sépare de l'opinion de M. Verneuil pour le traitement des arthrites : quelles qu'elles soient, je pense que, si on les immobilise plus de deux mois et si on laisse le malade sans lui faire faire un seul mouvement, ce traitement sera insuffisant dans la grande majorité des cas. Les arthrites qui se développent pendant la grossesse se résolvent presque toujours à la fin de la grossesse; mais, si on faisait l'immobilisation, on pourrait provoquer l'ankylose, comme je viens de l'observer chez une de mes malades. Il en est de même pour les arthrites rhumatismales : je les mobilise, et j'ai des guérisons.

A quel moment faut-il faire la mobilisation? C'est au chirurgien de choisir le moment opportun. Il est évident qu'on ne doit pas toucher à une articulation qui est encore douloureuse; mais, si l'on sait toucher les malades comme le savait Nélaton, lorsqu'on verra quelques petits mouvements spontanés effectués par le malade, on poursuivra ces mouvements avec précaution.

On immobilise une arthrite traumatique assurément, mais, si l'on attend trop longtemps, les raideurs articulaires persisteront. Quand, après un mois, le malade peut marcher depuis quelque temps avec son appareil, et que le genou joue dans cet appareil, on peut penser qu'il s'y produit quelques mouvements articulaires; c'est le moment de commencer la mobilisation. Il ne faudra pas alors s'en rapporter à la mobilisation naturelle, car celle-ci ne rompra jamais les adhérences qui se sont produites au voisinage des tendons et des synoviales.

Pour les raideurs consécutives au traitement des fractures, Boyer a aussi dit qu'il faut laisser les appareils le moins longtemps possible; il s'est toujours préoccupé de ne pas gêner avec les appareils les articulations voisines. Aussi c'est pour cela que je trouve la gouttière plâtrée un détestable appareil pour les fractures de l'extrémité inférieure du radius : il ne faut pas enfermer la paume de la main et les articulations carpiennes dans cet appareil pendant six ou huit semaines. Toutefois il ne faudrait pas non plus laisser les malades sans appareil comme le font quelques-uns. Je place, dans ces cas, un appareil de Nélaton pendant huit jours, puis j'applique un bandage silicaté pendant un mois, en ayant soin de ne pas immobiliser le carpe, et de ne pas aller au-delà de l'extrémité postérieure des métacarpiens, laissant ces articulations à la mobilisation naturelle. S'il reste de la raideur articulaire, je fais faire les mouvements, car je ne compte pas non plus sur la mobilisation naturelle.

Pour les fractures du coude, Giraldès a dit avec raison qu'il ne fallait jamais leur appliquer d'appareil. On aurait fatalement des raideurs articulaires si l'on immobilisait plus de quinze jours. De même pour les fractures d'olécrane. Dans les fractures de jambe, je condamne les gouttières qui immobilisent l'articulation tibio-tarsienne et le tarse, comme la gouttière plâtrée avec pédale; je ne mets qu'une attelle plâtrée pour laisser libres ces articulations. Mais, lorsqu'il y a des raideurs articulaires, aussi bien que dans les cas de raideurs des tendons, je pense qu'il ne suffit pas de laisser le malade libre de faire des mouvements, il faut lui montrer comment on fait ces mouvements et aider la nature.

M. MARJOLIN rappelle qu'il a déclaré n'avoir jamais appliqué d'appareils dans les cas de fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, à l'hôpital Sainte-Eugénie.

### RAPPORT

**Traitement de la chute complète de l'utérus par la suture du vagin.** — M. PANAS lit un rapport sur la pièce présentée dans la dernière séance (voir *Gazette des hôpitaux*, page 1125). Cette pièce a été adressée par M. Zangarol (d'Alexandrie). Il s'agit d'une chute complète de l'utérus, traitée par la suture vaginale, la paroi antérieure ayant été suturée avec la paroi postérieure. Il y a donc deux vagins latéraux, n'admettant chacun que le petit doigt, ou même un porte-plume. L'opération a été faite vingt-huit mois avant la mort de la malade et a complètement réussi. La malade était âgée de trente-six ans; elle avait eu trois accouchements, le premier à l'âge de vingt-trois ans, et le dernier à vingt-neuf ans. La chute de l'utérus datait donc de cinq ans. Elle était compliquée de déchirure du périnée. M. Zangarol fit l'excision de 6 centimètres de longueur sur 2 de largeur de la paroi antérieure, et autant sur la paroi postérieure, et appliqua douze points de suture.

J'ai présenté ici une malade opérée avec succès par le même procédé, d'après la méthode de M. Le Fort. Cette opération est facile à exécuter, parce que les sutures se font à ciel ouvert; il n'y a pas d'accidents à redouter du côté du péritoine. Enfin, l'opération a réussi dans les trois cas où elle a été pratiquée. L'enlèvement des sutures ayant été assez difficile, il serait peut-être plus rationnel de faire les sutures avec le catgut qu'on pourrait laisser en place.

M. Zangarol a fait la périnéorrhaphie sept mois après la première opération : elle a aussi été couronnée de succès.

Il ne faudrait pas oublier, en pareille occasion, de prévenir la malade des conséquences naturelles de l'opération si on la pratiquait avant la ménopause.

### LECTURES

**Sarcocèle inguinal et castration inguinale.** — M. MONOD lit une observation de sarcocèle opéré par M. Guyon, et la termine par quelques considérations sur la castration inguinale. La crainte de l'ouverture du péritoine et de sa communication avec le sac vaginal a fait écarter cette opération. Cependant, à l'étranger, on l'a pratiquée un certain nombre de fois. Un médecin russe, atteint lui-même de sarcocèle inguinal et opéré par Pirogoff, a démontré que la castration n'était pas plus grave dans ces cas que dans les cas ordinaires. Sur un total de quarante-quatre observations, on ne trouve qu'un seul cas de mort par péritonite manifeste (Langenbeck). Il y a trois cas où pourtant le péritoine avait été intéressé (Roux, Naegele, Hughier). Dans huit cas la glande était saine, il y eut deux péritonites, mais pas de mort.

Les craintes de péritonite sont donc exagérées. On a eu d'ailleurs rarement l'occasion de vérifier par l'autopsie la communication du sac avec le péritoine. Sur quatre cas de Godard, deux fois il y avait communication; Follin a cité deux faits où il y avait indépendance du sac séreux. Plusieurs fois, sur le vivant, pendant l'opération, on a constaté le même état.

**Laparotomie; guérison.** — M. BLUM lit l'observation d'un jeune garçon de quatorze ans auquel il a pratiqué avec succès la laparotomie pour des accidents d'étranglement herniaire, après la réduction en masse de la hernie. Ne sentant aucune tumeur dans le canal inguinal, M. Blum ouvrit l'abdomen et trouva l'anse intestinale bridée par un repli, au niveau de la partie postéro-interne de l'orifice interne du canal inguinal, qu'il élargit pour dégager l'intestin. Il n'y eut de la fièvre que pendant deux jours.

Le huitième jour, la guérison était complète. L'opération fut faite sans pansement de Lister.

La séance est levée à cinq heures et demie.

La Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris vient d'adresser la lettre suivante à M. le Directeur de l'administration générale de l'Assistance publique :

Monsieur le Directeur,

Les médecins des bureaux de bienfaisance, appelés, chaque jour, à voir de près les misères qu'occasionne un hiver exceptionnellement rigoureux, ont voulu, dans la mesure de leurs ressources, participer au soulagement des pauvres.

La Société médicale des bureaux de bienfaisance a voté, dans sa séance du 10 décembre, l'envoi d'une somme de 500 francs à l'administration de l'Assistance publique, en regrettant que sa situation pécuniaire ne lui ait permis qu'une aussi modeste offrande.

Agréez, etc.

*Le président,* Dr Commenge. *Le secrétaire général,* Dr Passant.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours sur titres, dont le jour sera ultérieurement déterminé, sera ouvert au ministère de l'intérieur, pour la nomination à un des emplois d'inspecteur général des services administratifs, réservés aux docteurs en médecine, conformément au décret du 5 décembre 1879 (article 11, § 3).

Seront admis à concourir les docteurs français ou naturalisés, âgés de trente ans au moins et de cinquante ans au plus, ayant exercé pendant dix ans au moins, dont cinq comme médecin des hôpitaux de Paris, soit comme médecin ou chirurgien en chef d'un hôpital civil de deux cents lits au moins, soit enfin comme médecin en chef d'un asile public d'aliénés comptant également deux cents malades.

Les agrégés à la Faculté de médecine de Paris sont dispensés de la condition d'exercice dans les établissements ci-dessus désignés.

MM. les docteurs-médecins pourront prendre connaissance des conditions du concours et obtenir tous autres renseignements au ministère de l'intérieur, deuxième bureau et la direction du secrétariat, rue de Grenelle, 101, 1er étage, de midi à quatre heures.

— Nous avons reçu hier de M. Paul Segond la communication d'un document que nous utiliserons dans notre prochain numéro.

— Notre honorable confrère M. le docteur Foucher (de Saint-Mandé), ayant reçu de la mairie de Vincennes, au sujet de ses rapports d'inspection des écoles, une lettre dont il lui est impossible, dans sa situation médicale, d'accepter le fond et la forme, vient d'adresser au Préfet de la Seine sa démission des fonctions de médecin-inspecteur des écoles communales.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Guébhard (Paul-Émile-Adrien), né à Avignon (Vaucluse) le 6 janvier 1849, licencié ès sciences mathématiques et physiques, docteur en médecine, est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Gariel, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Jubin, docteur en médecine, est nommé aide de clinique des maladies des femmes, pendant l'année scolaire 1879-1880, en remplacement de M. Fessy, démissionnaire.

M. Ginon (Aimé), né à Lyon le 19 octobre 1858, bachelier ès lettres, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Linossier, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Fonssagrives, professeur de thérapeutique, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1879-1880, par M. Mairet, agrégé près ladite faculté.

M. Cafravoy-Kamil est chargé, du 1er novembre au 30 avril 1880, des fonctions de préparateur de chimie.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Bulle (Antonin) est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Euvrard, appelé à d'autres fonctions.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8993.

N° 145. — MARDI 16 DÉCEMBRE 1879. 52e ANNEE. MARDI 16 DÉCEMBRE 1879. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



---

Paris, le 15 décembre 1879.

L'enseignement libre de l'École pratique, autorisé par le ministre de l'instruction publique, est pour ainsi dire de deux ordres : l'un purement oral, l'autre oral et pratique. Tous deux ont brillé d'un vif éclat. Il suffit de rappeler les noms des Chassaignac, des Lebled, des Martin-Magron, des Rambaud, des Dupré, pour ne parler que de l'enseignement oral et pratique. En ces temps, comme de nos jours, les professeurs particuliers, qui se consacraient tout entiers à l'enseignement, en tiraient une très-juste et très-légitime rémunération. Les cours payants n'ont jamais eu rien que de très-honorable; les élèves qui s'adressent à un professeur particulier savent très-bien ce qu'ils font, et, s'ils paient un répétiteur, c'est que ce répétiteur leur rend au centuple ce qu'il a reçu d'honoraires. Toute allusion malveillante à ces cours payants est donc non-seulement injuste, mais part d'un sentiment trop vulgaire pour qu'on s'y arrête.

Si l'enseignement oral de l'École pratique est aujourd'hui couvert de fleurs, il n'en est pas de même de l'enseignement oral et pratique, dont le droit à l'existence a pu être contesté en ces termes :

« Mais est-ce réellement un devoir pour la Faculté d'autoriser dans l'enceinte de l'École des exercices pratiques spécialement et exclusivement dirigés par des répétiteurs qui n'ont subi aucun examen préalable, alors surtout que le nouveau règlement vient d'interdire aux prosecteurs et aux aides d'anatomie les leçons rétribuées qu'ils donnaient auparavant? »

D'autre part on lit avec étonnement, dans le règlement de l'École pratique, à l'article 10 :

« Un pavillon *peut* être attribué aux docteurs autorisés qui y réunissent leurs élèves. »

Cette rédaction semble indiquer une faveur, une tolérance. Quelques mots sur le régime de nos amphithéâtres ne seront donc peut-être pas inutiles.

L'arrêté du 3 vendémiaire an VII, qui règle la police des salles de dissection et laboratoires d'anatomie, permettait l'ouverture de salles publiques ou particulières de dissection, de laboratoires d'anatomie, sous certaines conditions. Grâce à cette facilité, les salles de dissection ou les laboratoires d'anatomie se multiplièrent considérablement; on en comptait avant 1813 plus de 40, suivant Trébuchet.

L'arrêté du 3 vendémiaire an VII n'est pas abrogé en droit, mais bien en fait, car la préfecture de police, devant les graves inconvénients que fit naître cette profusion d'amphithéâtres, rejeta bientôt toutes les demandes en autorisation. Des pourparlers s'engagèrent avec la Faculté de médecine, et, vu « l'offre faite par la Faculté de médecine de fournir un « local commode et des cadavres nécessaires à tous les doc- « teurs qui sont autorisés à faire des cours d'anatomie et de « chirurgie... », le préfet de police supprima tous les amphithéâtres particuliers par son ordonnance en date du 15 octobre 1813.

De là l'origine du pavillon de l'enseignement libre. Depuis 1813, la Faculté a religieusement exécuté ses engagements, et depuis nul n'a pu disséquer ou faire de la médecine opératoire hors de ses bâtiments. Refuser une autorisation aux docteurs qui voudraient faire un cours d'anatomie ou de médecine opératoire, ce serait s'opposer au progrès de la science anatomique qui ne peut, depuis l'engagement de 1813, s'étudier que dans les bâtiments mêmes de la Faculté. Ce n'est donc pas une *tolérance*, mais un *droit* acquis à l'enseignement libre de l'anatomie. Ce droit ne disparaîtra que lorsque de nouvelles ordonnances auront réglé l'étude de l'anatomie et de la médecine opératoire en dehors des bâtiments de la Faculté.

---

## HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

### Trophonévrose faciale.

Un heureux hasard me permet de vous présenter aujourd'hui un homme atteint d'une maladie rare, de trophonévrose faciale. Cet homme, originaire de Berlin, est âgé de quarante et un ans; sa maladie, ou plutôt son infirmité, a commencé à l'âge de neuf ans. Il suffit de regarder sa face pour reconnaître sa maladie. Vous voyez qu'il a le côté droit de la face normal, tandis que le côté gauche présente la physionomie d'un vieillard. Toute la moitié gauche de la figure est sillonnée de rides plus ou moins profondes, au niveau desquelles la peau est appliquée sur les os. Ainsi, le

front présente un grand sillon vertical, de même la mâchoire inférieure. Toutes les parties innervées par le trijumeau gauche sont atteintes d'une atrophie profonde. La sensibilité est cependant intacte, ainsi que les organes des sens; toutefois on a constaté une légère diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche. La moitié gauche de la langue est aussi atrophiée, ridée, ainsi que le voile du palais. C'est ce qui rend cet exemple plus intéressant encore que les autres, parce qu'il est complet; on observe rarement la réunion de la lésion à la fois sur la face et sur les organes de la cavité buccale.

La pathogénie de cette maladie est connue; elle correspond à une lésion profonde des nerfs trophiques de la cinquième paire. L'existence de ces nerfs n'est cependant pas établie d'une manière définitive; je ne pense pas qu'on ait fait des nécroscopies chez des sujets atteints de cette maladie, qui ne compromet pas l'existence. Le malade que je viens de vous présenter, Schwann, exploite son infirmité en faisant le tour de l'Europe pour se montrer dans les Universités.

Diverses projections montrent encore les photographies de malades analogues; citons notamment celle d'une femme âgée d'une trentaine d'années, et qui, vue par le côté droit de la face, présente l'aspect d'une toute vieille femme. Le voile du palais est aussi atrophié.

La trophonévrose faciale a été étudiée par Romberg (de Berlin); il n'est cependant point le premier qui l'ait signalée, un Anglais en avait parlé avant lui.

**Contracture spasmodique permanente; transfert; syncinésie; athétose; chorée post-hémiplégique. Faisceau pyramidal.**

Nous avons vu dans les précédentes séances (1) que la contracture spasmodique permanente est le *tonus* musculaire porté à sa plus haute puissance par la surexcitabilité réflexe de la moelle épinière. Nous savons aussi que la contracture ne peut exister que si l'arc réflexe a conservé son intégrité; que la dégénérescence granuleuse envahisse les cellules motrices des cornes antérieures et provoque l'atrophie musculaire, et c'en est fait de la contracture. Enfin nous avons vu aussi que la contracture peut exister pour ainsi dire en puissance chez une hémiplégique et qu'elle n'a besoin pour se produire que d'une légère excitation venant se surajouter à celle qui existe déjà et qui se reconnaît, par exemple, par l'exagération du réflexe tendineux. Ainsi le traumatisme, l'excitation d'un aimant, d'un sinapisme, etc., créent une excitation cutanée qui suffira pour produire la contracture.

Notre théorie, car ce n'est encore qu'une théorie, nous explique-t-elle le phénomène du transfert? Oui, car nous avons à côté de l'arc réflexe musculaire un autre arc réflexe sensitif. Nous savons qu'il y a une relation directe entre les cellules nerveuses de la moelle d'un côté avec celles de l'autre côté par les commissures. Le côté droit et le côté gauche sont solidaires. Or, si la contracture se fait d'un côté, une excitation cutanée faite du même côté augmentera le phénomène contracture. C'est pourquoi, disait Brodie, il ne faut pas toucher à la contracture hystérique; le massage, les appareils, les vésicatoires appliqués sur un membre contracturé, ne feraient qu'accroître la contracture. Mieux vaut donc laisser en repos ces malades quand on ne sait mieux faire. Mais nous avons trouvé, dans le traitement de la religieuse que je vous ai présentée l'an dernier et dont je vous ai déjà parlé, un autre traitement. Nous avons obtenu la disparition de la contracture en étudiant le phénomène du transfert, et en agissant sur le côté sain, opposé à celui de la contracture. Vous connaissez la théorie des nerfs d'arrêt; c'est ce que l'on observe dans le transfert. La cellule motrice du côté sain fait l'arrêt sur la cellule du côté opposé; mais, phénomène curieux, tandis que l'arrêt se porte sur la cellule du côté contracturé, qui cesse d'être irritable, la cellule du côté sain devient surexcitable et fait la contracture du côté sain. La conclusion pratique à tirer de ce fait est donc qu'il faut, dans la contracture hystérique, et peut-être dans d'autres contractures, agir sur les muscles homologues du côté sain et non sur le membre contracturé lui-même.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, nos 134, 136, 139, 142.

Les malades atteints d'hémiplégie avec contracture présentent parfois un autre phénomène, je veux parler des mouvements associés ou *syncinésie* (Vulpian). Ces malades ne peuvent faire un mouvement d'un côté sans que le membre de l'autre côté n'exécute le même mouvement. Signalée par Onimus en 1872, la syncinésie a été étudiée par Westphal (de Berlin), qui ne lui a accordé qu'un intérêt théorique, c'est vrai, mais ce qui est théorique aujourd'hui pourra bien demain être utilisé dans la pratique.

Voici une malade qui est en puissance de contracture du côté droit; je lui dis de fermer la main gauche, vous voyez qu'en même temps elle ferme la main droite. De même cette autre malade, atteinte aussi d'hémiplégie infantile avec contracture du côté gauche. Pour faire des mouvements du côté gauche, elle fait en même temps des mouvements du côté droit. Remarquez même que, si je lui dis de fermer la main droite, elle ferme d'abord la main gauche, avant la main droite.

Telle est la syncinésie : elle s'explique par ce fait qu'il y a solidarité entre les éléments nerveux qui constituent les centres spéciaux à chaque groupe musculaire. A l'état normal on peut agir sur le côté gauche sans influencer le côté droit; mais, si celui-ci est surexcitable, on ne pourra toucher une partie du système sans ébranler et mettre en mouvement les deux côtés en même temps.

L'*athétose* (ἀ, τίθημι, voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, p. 3) s'observe aussi fréquemment chez les hémiplégiques. Voici une malade atteinte d'hémiplégie infantile gauche, avec contracture. Vous voyez que ses doigts ne sont pas en repos, ils sont constamment agités par une sorte de mouvement de reptation; de même le pied du même côté gauche ne peut demeurer en place, il est constamment en mouvement, le gros orteil se relève et s'étend, etc. L'athétose, vous le voyez, existe aussi à la face (la possibilité de ce fait a donc été niée à tort par Hammon); la face est ridée du côté gauche et notablement asymétrique. Dès que je fais tenir un objet par la malade, et que j'exige un effort de sa volonté, j'exagère les mouvements désordonnés de la face, de la main et du pied.

*La chorée post-hémiplégique*, dont je vous ai présenté des exemples depuis longtemps déjà, est encore un phénomène de même ordre que l'athétose. Vous voyez cette malade qui tient la main gauche fortement appliquée sur son ventre et sur la partie supérieure de la cuisse; elle prend cette atti-

tude pour fixer sa main et empêcher les mouvements choréiques, brusques, saccadés, que décrit cette main dès qu'elle est libre et n'a plus de point d'appui. Elle présente aussi l'exaltation du réflexe tendineux qui se transforme même, après quelques secousses, en véritable contracture.

Il nous reste à examiner une dernière question. D'où vient cette surexcitabilité de la moelle, consécutive à une lésion cérébrale? ou, en d'autres termes, comment une lésion cérébrale retentit-elle fatalement sur la moelle? C'est ce que nous expliquera l'anatomie du faisceau pyramidal. D'une façon schématique, il faut savoir qu'il y a dans l'écorce grise des hémisphères cérébraux des éléments cellulaires dits cellules pyramidales, à cause de leur forme, à pointe dirigée vers la surface, et à base dirigée vers le centre ovale; ces cellules ont des prolongements cylindriques qui, après un court trajet, deviennent des tubes nerveux. Ces cellules pyramidales partent des régions motrices dont vous connaissez la localisation au niveau des circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante. Elles vont ensuite, par un trajet non interrompu, à travers l'isthme de l'encéphale, la protubérance, le bulbe, et descendent dans la moelle épinière où elles se mettent en rapport avec les cellules motrices et, par celles-ci, aboutissent aux nerfs moteurs et aux muscles. Tous ces éléments constituent le faisceau pyramidal.

Sans nous livrer à une description précise d'anatomie, étudions en quelques mots ce faisceau dans les parties les plus importantes de son trajet. Il commence, avons-nous dit, dans l'écorce grise, dans les régions motrices que, dès 1785, un anatomiste français, Vicq d'Azir, avait déjà remarquées et signalées comme des circonvolutions peu contournées et ne ressemblant pas aux autres. Si ces régions sont lésées, on observe des troubles du mouvement. Si la lésion interrompt le trajet du faisceau pyramidal et le sépare de son centre, il y aura dégénération descendante, que l'on pourra suivre jusqu'à la périphérie; il y aura hémiplégie avec contracture. Outre l'hémiplégie, on aura donc une lésion spinale; voilà comment la lésion cérébrale retentit sur la moelle. Si au contraire une hémorrhagie cérébrale n'intéresse pas le faisceau pyramidal, jamais vous n'observerez de lésions médullaires.

Les fibres du faisceau pyramidal se réunissent pour traverser la partie postérieure de la capsule blanche interne; en arrière, passe le faisceau sensitif, centripète, qui, s'il est aussi lésé, donnera l'hémianesthésie en même temps que l'hémiplégie. Toute autre lésion de la capsule blanche interne ne retentira pas sur les membres.

Le faisceau pyramidal arrive ainsi aux pédoncules cérébraux, où vous le trouverez dans l'étage inférieur du pédoncule, à sa partie moyenne. En dehors, vous voyez le prolongement du faisceau sensitif et du faisceau destiné aux mouvements de la face et de la langue. Je répète que ce faisceau sensitif ne subit pas de dégénérescence de haut en bas par lésion cérébrale, mais toujours de bas en haut.

Dans la protubérance, les fibres du faisceau pyramidal sont disséminées : le faisceau se reconstitue à la sortie au niveau du bulbe où il forme la pyramide antérieure du même côté. Dans la moelle, ces fibres de la pyramide s'entrecroisent et passent du côté opposé; vous connaissez dans la moelle le faisceau pyramidal qui n'affecte que la partie postérieure du cordon antéro-latéral. Ces fibres s'épuisent successivement dans la moelle à mesure qu'elles descendent. Comment se terminent-elles dans la moelle? Elles entrent en connexion avec la moelle par l'intermédiaire des cellules motrices des cornes antérieures. Dans les conditions vulgaires de l'hémiplégie, c'est dans ces cellules que l'on suit la lésion du faisceau pyramidal.

Les cellules nerveuses motrices deviennent malades au contact du faisceau pyramidal déjà malade, et, à la longue, elles s'atrophient. Quand elles n'ont pu faire obstacle à la lésion descendante, le retentissement de la lésion cérébrale se prolonge donc jusque sur le système neuro-musculaire, sur le nerf et sur la fibre musculaire elle-même.

Cela démontre donc complètement comment la lésion partie de l'écorce cérébrale, des régions motrices, arrive à la moelle, et de là, dans certains cas, à la périphérie, au système musculaire. Et quand nous parlons de régions motrices, de localisations cérébrales, voilà les faits que nous invoquons; je vous ai dit quand il faut s'attendre à des troubles hémiplégiques permanents, quand ils ne peuvent se produire. La loi est formelle ; jamais je n'ai observé un seul fait contradictoire à ces assertions, et voilà pourquoi j'affirme formellement les localisations cérébrales comprises de cette façon.

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 décembre 1879. — Présidence de M. Malassez.

**Section intra-crânienne du nerf facial.** — M. Bochefontaine, à l'occasion d'une communication faite dans l'une des précédentes séances par MM. Jolyet et Lafont relative à un nouveau procédé de section intra-crânienne du facial, rappelle, en citant quelques expériences à l'appui, que M. Vulpian et lui ont déjà eu recours à un procédé semblable.

Voici quel était l'objet des expériences de MM. Jolyet et Lafont et la description sommaire de leur procédé. Amenés par leurs études sur les nerfs vaso-dilatateurs de la tête à rechercher l'origine de ces nerfs dilatateurs que l'on a fait naître du noyau d'origine du facial, ils se sont proposé, pour contrôler cette assertion, de sectionner ce nerf à son origine. Pour atteindre ce résultat, ils ont pris comme point de repère la ligne courbe supérieure de l'occipital et le tubercule qui termine son extrémité externe, d'où partent en avant la racine supérieure de l'apophyse zygomatique, en arrière et en bas la crête mastoïdienne du temporal. C'est dans l'angle formé par la ligne courbe supérieure de l'occipital et la crête mastoïdienne du temporal qu'ils font pénétrer dans le crâne l'instrument perforateur qu'ils dirigent ensuite sur la face postérieure du rocher. Un clignotement particulier des paupières les avertit que l'instrument est arrivé sur le facial; imprimant alors à cet instrument de petits mouvements de haut en bas, ils sectionnent le nerf; on reconnaît que la section est opérée à l'impossibilité d'occlusion des paupières du côté opéré. Or les effets vaso-dilatateurs sont restés intacts; d'où MM. Jolyet et Lafont concluent que le facial ne fournit pas de filets vaso-dilatateurs.

D'après les explications données par M. Bochefontaine sur les expériences de section du facial à son origine dans le laboratoire de M. Vulpian, c'est un procédé tout à fait semblable à celui-là qui a été mis en usage. Ces expériences n'ayant pas été publiées encore, il n'y a rien d'étonnant à ce que MM. Jolyet et Lafont n'en aient pas eu connaissance et qu'ils aient eu de leur côté l'idée de procéder de la même manière.

**Action comparative de la vératrine et du curare.** — M. Bochefontaine fait ensuite une seconde communication sur des expériences comparatives relatives à l'action de la vératrine et à celle du curare sur la contraction musculaire. M. Bochefontaine a observé avec surprise que le curare produisait les mêmes effets que la vératrine, ce qui lui a fait présumer que le curare dont il s'est

servi était impur, mélangé, et qu'il contenait peut-être de la vératrine.

M. LABORDE exprime, à cette occasion, le regret qu'on ne puisse plus avoir de curare pur pour les expériences. Il demande à M. Bochefontaine s'il s'est assuré que c'était effectivement de la vératrine qui se trouvait mêlée au curare.

M. BOCHEFONTAINE répond qu'il n'est pas certain que ce fût de la vératrine; il a été conduit à le présumer seulement d'après les effets obtenus.

**Spina bifida.** — M. TOURNEUX, en son nom et au nom de M. Martin, expose les résultats de recherches qu'ils ont faites en commun sur le spina bifida.

**Appareils microphoniques pour la constatation des bruits musculaires.** — M. BOUDET présente à la Société les appareils dont M. Brissaud et lui se sont servis pour leurs recherches microphoniques sur le bruit musculaire des membres contracturés. Le microphone dont ils ont fait usage a été construit d'après le type du sphygmographe de M. Marey. Le muscle au moment ou il se contracte agit par pression sur un charbon mobile autour d'un axe horizontal et maintenu en contact constant avec un autre charbon. La moindre contraction fibrillaire du muscle se traduit par le frottement des deux charbons et les variations de résistance qui en résultent dans le circuit produisent les bruits caractéristiques que l'on a désignés sous les noms de bruit de roulement ou bruit rotatoire. (Plusieurs membres de la Société s'étudient à percevoir ce bruit.)

M. BOUDET présente aussi divers autres appareils destinés à percevoir les bruits des artères, du cœur, des poumons.

M. LABORDE, au nom de M. Boyer absent, constate que le même problème a été résolu au moyen de procédés analogues par ce physiologiste.

**Paralysie agitante sans tremblement.** — M. MAGNAN présente à la Société un malade de l'asile Sainte-Anne atteint de paralysie agitante d'un caractère anomal. Ce cas est anomal en ce sens que le tremblement n'est pas constant et qu'il ne se manifeste que dans certaines conditions, lorsque, par exemple, le malade exécute de lui-même ou qu'on lui fait exécuter des mouvements qui nécessitent une certaine attention, tel que d'introduire les doigts dans les poches de son gilet. Lorsqu'on provoque chez lui des mouvements, on éprouve soi-même une résistance, comme si l'on avait affaire à des muscles en partie congelés. Le malade a éprouvé à plusieurs reprises des sensations de brûlure sur diverses parties du corps, des engourdissements et de la céphalalgie. Lorsqu'il est entré à l'asile, il ne pouvait conserver son équilibre. En un mot, on trouve chez ce malade tous les signes ordinaires de la paralysie agitante, sauf le tremblement. Il y a eu chez lui, depuis cinq mois qu'il est à l'asile, une amélioration très-notable. Il conserve actuellement assez bien son équilibre, tandis que auparavant il était obligé de prendre les plus grandes précautions pour ne pas tomber soit en avant soit en arrière. Enfin il avait une très-grande faiblesse dans le bras gauche, qui ne donnait que trente-cinq au dynamomètre tandis que le bras droit donnait quarante-cinq. Aujourd'hui la différence entre la force des deux bras est à peine sensible. Les moyens thérapeutiques qui ont été mis en usage ont été d'abord l'iodure de potassium et depuis un mois le phosphure de zinc d'après la méthode d'Hammon. C'est plus particulièrement à ce dernier agent que M. Magnan attribue l'amélioration obtenue.

**Section du facial.** — M. LAFONT, en réponse aux observations présentées par M. Bochefontaine au commencement de la séance, revient sur la communication qu'il a faite il y a quelques semaines en son nom et au nom de M. Jolyet sur leur procédé de section du facial et expose de nouvelles expériences confirmatives des premières, ajoutant que M. Jolyet et lui ignoraient, lorsqu'ils ont entrepris leurs recherches, que des recherches semblables eussent été faites déjà dans le laboratoire de M. Vulpian.

MM. LABORDE et MATHIAS DUVAL présentent sur ce sujet quelques observations. M. Laborde annonce qu'il se propose de reprendre cette question très-délicate et très-difficile.

M. PAUL BERT, à la fin de la séance, présente au nom de M. Sappey, un travail sur l'appareil mucipare et le système lymphatique des poissons.

La séance est levée à six heures.

---

## VARIÉTÉS

### Un nouveau cachet d'oculiste gallo-romain.

Par le docteur Georges CAMUSET.

Le musée de Lons-le-Saulnier est pauvre, mais honnête. Il n'a pas cet « éclat emprunté » que tant d'autres collections provinciales demandent aux productions d'outre-mer. On n'y voit qu'en nombre tout à fait discret les noix de coco encore recouvertes de leur bourre, les flèches empoisonnées munies de l'étiquette sacramentelle — *N'y touchez pas!* — et les peaux de serpent rapportées de Cayenne par quelque fils du pays, parti là-bas pour des raisons commerciales ou politiques. Il n'a guère d'autres tableaux que quelques croûtes mélancoliques achetées à bon compte rue Drouot et *offertes à leur ville natale* par des candidats malheureux à la députation (1).

En revanche les fossiles et les roches diverses du terrain jurassique, les vestiges lacustres laissés à Clairvaux par les Francs-Comtois préhistoriques, quelques monstres nés dans les bergeries de la localité (*vitulus bicephalus*) et surtout une nombreuse collection de tessons, fibules et armilles déterrés par les vignerons de la côte, témoignent qu'en matière de curiosités le Jura peut amplement se suffire à lui même. *Farà da se!*

Parmi les ferrailles mérovingiennes et gallo-romaines qu'en septembre dernier M. Zéphyrin Robert, leur conservateur enthousiaste, étalait sous mes yeux avec des tendresses de père, un objet de modeste apparence provoqua chez mon cicerone un redoublement de précautions oratoires — et autres. Nous étions en présence de *la perle* de sa collection. Cette perle consistait en une pierre verdâtre, plate et carrée, sur les côtés de laquelle une triple inscription révélait son ancien usage. C'était un cachet d'oculiste. La chose valait la peine d'être examinée de près : la défroque d'un confrère mort est toujours amusante à fouiller, disait l'empereur Othon.

Donc, ayant pris un croquis de l'objet et obtenu de l'obligeance de M. Z. Robert les empreintes des trois inscriptions gravées sur ses tranches, je puis les soumettre au lecteur avec les interprétations qu'elles m'ont suggérées.

Rappelons d'abord ce que sont ces cachets d'oculistes, ces pierres sigillaires fort dédaignées jusqu'au dix-septième siècle, et qui ne commencent guère qu'à cette époque à faire figure dans les collections archéologiques.

Les fouilles opérées sur le territoire des stations militaires romaines établies du deuxième au troisième siècle de l'ère chrétienne dans la Gaule, la Belgique et la Bretagne, ont mis au jour une certaine quantité de ces pierres gravées. Environ cent cinquante cachets, ainsi découverts, sont maintenant connus et décrits dans les livres spéciaux et dans des monographies remarquables dues à Tôchon (d'Annecy), à Duchalais, Sichel père, Simpson, de la Vincelle, etc. Ce sont, pour la plupart, de petites plaques carrées, en stéatite ou en serpentine verdâtre, sur les tranches desquelles sont gravées, à

---

(1) *Meâ culpâ, meâ maximâ culpâ!* J'oubliais les œuvres complètes, marbres ou moulages, du fameux sculpteur PERRAUD; les meilleures épreuves de GAILLARD, l'incomparable graveur à la pointe sèche; des toiles de LOBRICHON, l'auteur populaire de la *Hotte de Croquemitaine*; l'épée d'honneur d'un héros de Crimée, le général CLER; les manuscrits musicaux de ROUGET DE LISLE; le buste du panspermiste PASTEUR; tous enfants de ce pays qui en a fait bien d'autres et ne s'en tiendra pas là.

Dr G. C.

rebours et en creux, des inscriptions destinées à faire empreinte sur des collyres malléables qui recevaient ainsi, avec le nom de l'oculiste, l'indication de la nature du remède et de la maladie au traitement de laquelle ils étaient destinés.

A en juger par la diversité des noms d'oculistes relevés jusqu'à ce jour, chaque légion aurait été pourvue d'un spécialiste qui la suivait dans ses déplacements, comme un aide-major de nos jours suit son bataillon. Faut-il en inférer qu'à cette époque lointaine il se produisit sur le corps médical une éruption d'oculistes analogue à celle qui nous étonne aujourd'hui, ou simplement que les armées romaines en Gaule auraient été victimes de quelque ophthalmie purulente, endémique, contagieuse et indéracinable, comme celles qui ont sévi seize siècles plus tard sur nos armées d'Égypte et sur l'armée belge? Peut-être; car sur la plupart des plaques on retrouve l'inscription AD ASPRITVDINES, qui indique l'emploi d'un remède contre les saillies ou rugosités, c'est-à-dire *contre les granulations palpébrales*, conséquence ordinaire de ces ophthalmies.

Les collyres, ainsi estampillés, étaient des remèdes presque secrets, préparés et vendus par leurs propriétaires qui y apposaient leur marque de fabrique. Quant aux noms de ces collyres, les uns indiquent la matière principale dont ils sont formés : tels sont les collyres *dialépidos, diamisyos, diarrhodon* (à la rose), *diacrocon* (au safran), *diachylon* (au suc de plantes), etc., etc.

D'autres noms sont de pures désignations de fantaisie, destinées à éblouir d'abord le client, quitte à lui débrouiller la vue ensuite : tels sont le collyre *évodès* (qui sent bon), le collyre *isochryson* (égal à l'or), *théochriston* (divin), — l'ancêtre de la Pierre divine! — *anikéton* (invincible), *atiméton* (inestimable), etc.

Si l'on cherche à quelles affections ils étaient destinés, on trouve habituellement les *aspritudines* (granulations), la *lippitudo* (blépharite ciliaire), les *caligines* (opacités ou taies de la cornée), l'*epiphora* (larmoiement), la *suffusio* (cataracte ou hypopyon). Il y avait le collyre *ad* ou *post impetum* (contre ou après l'inflammation), *ad veteres cicatrices*, *ad scabritiem*, *ad genas scissas* (contre les gerçures des paupières inférieures); le collyre *ad claritatem* (contre l'amblyopie). N'avons-nous pas aussi nos collyres *ad majorem Dei gloriam*? Il est vrai que nous ne nous en vantons pas.

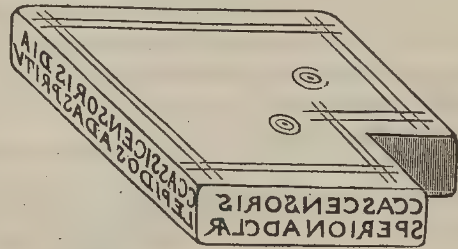
Tous ces collyres étaient malléables, comme nous l'avons dit. C'étaient de petits bâtonnets, façonnés à l'instar des bâtons de sucre noir, délices de notre enfance. Les râpait-on pour en dissoudre la matière dans l'eau, les employait-on tels quels à l'état frais? La chose importe peu.

En 1854, à Reims, on a trouvé une petite boîte qui en renfermait. A Saint-Privat d'Allier, M. Hébert a eu la bonne fortune d'ouvrir un tombeau d'oculiste qui contenait, avec des collyres estampillés, le cachet du mort et quelques instruments encore en usage. En fouillant bien, on retrouverait peut-être l'ophthalmoscope, dont notre ami M. le docteur Blondeau vient de constater l'existence au dix-septième siècle, rien qu'en feuilletant Van-Swieten!

L'oculiste apposait également son cachet sur les vases de terre destinés à emmagasiner son remède, sur les pinceaux de charpie (*penicillum*) pour les pansements, et même sur des bandages, comme va le démontrer l'examen du cachet de Lons-le-Saulnier.

Pourquoi tous ces cachets étaient-ils de stéatite, roche très-tendre et par conséquent peu résistante, au lieu d'être de cornaline ou de métal? J'imagine que les oculistes militaires du troisième siècle, ne roulant pas sur l'or comme les professeurs d'ophthalmologie de la troisième république, préféraient au luxe du bronze une matière plus commune et moins coûteuse à graver. Mon ami, le savantissime W. Frœhner, qui a conservé dix ans les antiques du Louvre et que les antiques n'ont pas su conserver après le 4 Septembre, prétend que l'emploi de la pierre vient de la crainte d'altérer les médicaments par le contact d'un métal, et il me cite les pilons de marbre des pharmaciens. Il a probablement raison, car cette crainte s'étend à des manipulations d'un ordre bien moins relevé, les coulis, purées et autres préparations culinaires. Mais passons à notre cachet que, suivant l'usage, nous appellerons *Lapis laviniacensis*, pour désigner son lieu d'origine.

En 1877 donc, en fouillant la terre près de l'église de Lavigny, canton de Voiteur (Jura), on trouva le cachet en question parmi d'autres menus objets de l'époque gallo-romaine. Ce cachet, en stéatite verdâtre, comme presque tous les autres, mais intact, ce qui est rare, a la forme d'une plaque rectangulaire de 52 millimètres sur 45 et 8 d'épaisseur. Un des angles est abattu en carré.



Sur les deux grandes faces sont gravés de minces filets formant cadre, et sur l'une d'elles on voit deux petites figures circulaires formées de ronds concentriques pour simuler sans doute des yeux. Sur les tranches règnent ces trois inscriptions :

1° CCASSICENSORISDIA
LEPIDOSADASPRITVD

qu'il faut lire : *Caii Cassii Censoris dialepidos ad aspritudines.*

2° CCASSICENSORISDI
AMISVSADASPRITV

*Caii Cassii Censoris diamisus ad aspritudines.*

3° CCASCENSORIS
SPERIONADCLAR

*Caii Cassii Censori ssperion ad claritatem.* Traduisons : 1° *Dialepidos de C.-C. Censor contre les granulations palpébrales.* Qu'est-ce que ce *dialépidos*? Une préparation faite au moyen (διὰ) d'écailles (λέπις) ou squames tombées du cuivre qu'on écrouit. C'est le protoxyde de cuivre, ce que les potiers de terre emploient pour obtenir les vernis verts. Ce corps, broyé avec un acide, le vinaigre peut-être, et mêlé à un excipient inconnu, formait une substance cathérétique, un caustique léger que l'oculiste promenait sur la face postérieure des paupières, comme nous faisons aujourd'hui avec le cristal de sulfate de cuivre ou le crayon d'azotate d'argent mitigé.

2° *Diamisus de C.-C. Censor contre les granulations palpébrables.* — Collyre au *misi*, ou *misy*. Pour le coup, la matière médicale reste muette, et cette substance, que signale d'ailleurs Dioscoride, nous demeure absolument inconnue. Son emploi comme caustique lui assigne cependant une origine minérale. Peut-être faut-il y voir quelque arsénio-sulfure, ou quelque oxyde mercuriel venu, avec son nom étrange, des rives lointaines du Cathay ou du pays des Scythes.

3° *Sperion de C.-C. Censor pour éclaircir la vue.* — C'est ici que l'auteur, ou, plutôt, que le traducteur s'embarrasse. *Sperion?*.. Ni mon lexique gréco-latin, ni même le Thesaurus d'Estienne, consulté à la bibliothèque de la Faculté sous les auspices du très-obligeant et savant docteur A. Chéreau, ne m'ont donné la clef de cette énigme ophthalmologique. Il m'a bien fallu en forger une. D'abord, *sperion* est un mot complet, et le temps, qui détruit tout, n'en a pas rongé une lettre, puisque les lettres qui se trouvent directement au-dessus, CCASCEN..., sont bien celles qui doivent commencer l'inscription. Est-ce un mot par à peu-près, dérivant de σπεῖρα (spirée) et signifiant que le collyre, s'il s'agit d'un collyre, était composé avec les sucs de la reine des prés? Assisterions-nous là aux débuts de l'acide salicylique, que la spirée recèle dans son latex? Je ne le pense pas, et voici pourquoi : en feuilletant un bouquin échappé aux ravages de mes études classiques, j'ai découvert que les poètes grecs avaient employé le mot σπεῖρον pour désigner une bande de toile tournée en spirale, en deux mots, un *bandage roulé*. *Sperion* serait donc un mot fautif, il est vrai, au point de vue de l'orthographe, mais explicable si l'on songe à la fréquence des transpositions de voyelles dans les mots dérivés, et aussi à l'ignorance et à l'incurie des gra-

veurs de tous les temps. Donc, et jusqu'à nouvel ordre, *sperion* sera un bandage circulaire, un monocle ou un binocle (1), fruit de l'imagination de notre oculiste, et destiné à éclaircir la vue de ses malades, *ad claritatem*. Singulier procédé, direz-vous. Est-il donc si extraordinaire? N'avons-nous pas vu L..., pour ne parler que de celui-là, enfermer ses myopes des mois entiers dans une chambre noire avec le problématique espoir d'atténuer leur myopie? N'employons-nous pas tous les jours les bandeaux obturateurs, dans le traitement du strabisme, afin d'exciter le fonctionnement de l'œil amblyope en voilant l'œil sain? *Ad claritatem*, vous dis-je, et je gage que mon explication est la bonne, sinon la meilleure.

Ce cachet nous aura donc appris deux choses : d'abord le nom d'un oculiste dont je ne me doutais guère, et qui ne figure sur aucun cachet connu; ensuite l'existence et l'emploi du bandage roulé, dont je me doutais bien un peu, rien n'étant nouveau sous le soleil en matière de chirurgie oculaire, ainsi que M. Anagnostakis, d'Athènes, l'a si bien démontré.

Mais que ce confrère gallo-romain est donc intéressant! Je te vois d'ici, mon pauvre Caïus Cassius, rajustant tes braies gauloises et ton peplum trop léger pour nos climats, trottinant en sandales le long des sentiers boueux qui conduisent de Lons-le-Saulnier (*Ledo Salinarius*) à Lavigny (*Laviniacum*). Ta petite boîte de collyres à la main, tu vas de poste en poste, cautérisant les paupières chassieuses des maîtres militaires de la Grande-Séquanaise. Tu revois dans ta pensée ce chaud et riant pays de Naples où tu fus peut-être chef de clinique de l'illustre *Évelpidès* ou de *Marcellus Empiricus*, les Polonais de ton époque, lorsque ton maître, après t'avoir affranchi à cause de ta gentillesse et fait instruire à cause de ton intelligence, te confia à leurs savantes leçons.

Et moi aussi, j'ai parcouru souvent ces mêmes chemins, ma trousse dans ma poche et ma pensée volant vers Paris. Comme toi, j'y ai soulevé bien des paupières malades et extrait bien des cristallins que tu eusses abaissés avec prudence. Et, qui sait? dans deux mille ans, un archéologue de l'avenir décrira peut-être à son tour, dans une langue dérivée du français, quelque blépharostat rongé de rouille tombé de mes mains en ces mêmes lieux où tu égaras ton cachet. Il le prendra pour un relève-jupe du vingt-cinquième siècle, sans soupçonner quel genre de services cet objet rendit autrefois à l'humble praticien qui signe aujourd'hui

Dr Georges CAMUSET.

---

Nous ne pensions plus avoir à revenir sur la scène scandaleuse du 24 novembre dernier, qui a été si ridiculement et si inexactement présentée dans certains journaux; mais nous recevons une pièce émanée des prosecteurs de la Faculté. Les collaborateurs quotidiens du chef des travaux anatomiques obéissent à un sentiment très-honorable en délivrant à leur supérieur hiérarchique ce certificat d'affectueuse estime. Nos lecteurs apprécieront la valeur de ce document.

Voici le texte de cette lettre :

*Les prosecteurs soussignés à Monsieur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.*

MONSIEUR,

Plusieurs journaux viennent de vous attaquer à propos d'un incident d'administration intérieure, dans lequel vous avez voulu faire respecter l'autorité légitime que vous tenez de la Faculté.

La presse a pu se laisser égarer et vous prêter nous ne savons quelles intentions mesquines; ces imputations nous indigneraient, si elles ne nous paraissaient pas tout simplement ridicules. Il suffit de vous avoir vu à l'œuvre dans la réorganisation de l'École pratique, pour savoir que vous n'avez jamais eu qu'une passion, celle de l'intérêt général des élèves.

Nous, vos collaborateurs de tous les jours, qui vous avons secondé de notre mieux, nous osons le dire, et au prix de sacrifices personnels, nous ne pouvons, sans protester, laisser ainsi méconnaître votre caractère.

De semblables attaques ne peuvent que resserrer les liens qui nous unissent, et, plus que jamais, vous pouvez compter sur notre concours dans l'œuvre que vous poursuivez pour le bien de la science et des élèves.

Paris, 9 décembre 1879.

Paul RECLUS, chirurgien des hôpitaux; PEYROT, chirurgien des hôpitaux; H. DURET, Paul SEGOND, Ch. NÉLATON, P. REYNIER, Ad. JALAGUIER, V. CAMPENON.

Nos lecteurs voient que si cette lettre use avec soin de tous les euphémismes administratifs, elle exprime très-nettement que les prosecteurs de la Faculté sont pour les procédés *sommaires*. Nous les attendons au jour où, à leur tour, ils auront été victimes d'un traitement inique. Ils nous trouveront alors, comme aujourd'hui, le défenseur de la vérité, du droit et de la justice.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours des prix de l'internat (deuxième division : internes de première et deuxième année) vient de se terminer par les nominations suivantes :

*Médaille d'argent :* M. Chauffard, (Enfants-Malades); *accessit* : M. Boulay (Tenon); *première mention* : M. Netter (Bicêtre); *deuxième mention* : M. Comby (Sainte-Eugénie).

— M. le docteur Bondet, professeur de pathologie à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé membre du jury du concours d'agrégation en remplacement de M. le professeur Wannebroucq (de Lille) non acceptant.

— Par décret en date du 11 décembre 1879, ont été promus dans le corps de santé militaire :

*Au grade de médecin en chef* : M. Follet.

*Au grade de médecin principal* : M. Merlaux, dit Ponty.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — La chaire de médecine et toxicologie est déclarée vacante.

MM. Cognard et Imbert sont nommés aides d'anatomie.

— *École des hautes études.* — M. Troost, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Paris, est nommé directeur du laboratoire de chimie de l'École pratique des hautes études à ladite Faculté, en remplacement de M. Sainte-Claire Deville, démissionnaire.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — Ont été proclamés lauréats de l'École :

*Élèves en médecine de première année.* — Premier prix : M. Planchard, de Chantelle (Allier); deuxième prix : M. Méchin, de Bagnols (Puy-de-Dôme); mention honorable : M. Tardif, de Fournols (Puy-de-Dôme).

*Élèves en médecine de deuxième année.* — Prix unique : M. Brisson, du Breuil (Allier).

*Élèves en médecine de troisième année.* — Premier prix : M. Ducrochet, de Maringues (Puy-de-Dôme); deuxième prix : M. Gromolard, de Sainte-Foix-l'Argentières (Rhône).

*Pharmaciens.* — Travaux pratiques : premier prix, M. Bruhat, de Clermont.

Prix Fleury : M. Gromolard; mention honorable : M. Delaneff, d'Issoire (Puy-de-Dôme). — Prix Nivet : M. Ducrochet. — Prix des hospices : M. Gromolard.

---

(1) Ne pas confondre *monocle* et *binocle*, modes de pansement, leurs homonymes, avec les lorgnons et pince-nez.

— *École de médecine de Toulouse.* — Un concours s'ouvrira, le 31 mai 1880, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire de la Faculté à l'hôpital Necker, commencera un nouveau cours particulier de technique microscopique, le lundi 22 décembre, à quatre heures, dans son laboratoire particulier, 5, rue du Pont-de-Lodi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de une heure à deux.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**De l'hystérectomie sus-vaginale par la voie abdominale dans le traitement des tumeurs utérines en dehors de la grossesse**, par le docteur Letousey. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

**Étude sur les fistules pyo-stercorales consécutives aux abcès phlegmoneux de la cavité abdominale et indépendantes des hernies**, par le docteur Blin. In-8° — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

**Du traitement de l'éclampsie puerpérale par l'hydrate de chloral**, par le docteur Froger. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

**Nouveau Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie**, contenant tout ce qui concerne les étudiants, les herboristes et les sages-femmes, par M. le docteur Fort. 8ᵉ édition, 1879-80. — Prix : 2 francs. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

Le Directeur : Dʳ E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 8999.

## Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

| Thermalité 13° | Saint-Jean | Rigolette | Précieuse | Désirée | Magdeleine |
|---|---|---|---|---|---|
| Acide carbonique libre. | 1.425 | 2.095 | 2.218 | 2.145 | 2.050 |
| Bicarbonate de soude... | 1.480 | 5.800 | 5.940 | 6.040 | 6.280 |
| — de potasse. | 0.040 | 0.263 | 0.230 | 0.263 | 0.255 |
| — de chaux... | 0.310 | 0.259 | 0.630 | 0.571 | 0.520 |
| — de magnésie | 0.120 | | 0.750 | 0.900 | 0.672 |
| — fer et mang. | 0.006 | 0.024 | 0.010 | 0.010 | 0.029 |
| Chlorure de sodium.... | 0.060 | 1.200 | 1.080 | 0.100 | 0.169 |
| Sulfate de soude et chaux | 0.054 | 0.220 | 1.185 | 0.200 | 0.235 |
| Silicate et silice, alumine | 0.080 | 0.060 | 0.060 | 0.058 | 0.097 |
| Iodure alcal. arsenic. lith. | indice | traces | indice | indice | traces |
| | 2.151 | 7.826 | 8.885 | 9.142 | 9.248 |

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ;— RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................ 1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer
— de chaux..
Chlorure de sodium..
Matières organiques } 0.44

*Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes.* Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

## Sirop du Docteur Dufau,

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.

Maladies aiguës et chroniques de la vessie : *Diathèse urique, Gravelle, Cystite, Catarrhe vésical, Dysurie.*— 3 francs le flacon dans les principales pharmacies. — Dépôt général : pharmacie Lagnoux, 19, rue des Missions, à Paris.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

## Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr. ; eau, 100 gr.) ; pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solutiou. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement,* arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques,* et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

ASSAINISSEMENT. — EMBAUMEMENTS.

## Antiseptique de J.-A. Pennès

Expérimenté avec succès *dans vingt hôpitaux.*
**Désinfectant, détersif, cicatrisant, conservateur.**
*Rapport favorable de l'Académie de médecine* (11 *février* 1879).
Diplôme d'honneur à l'Exposition internationale de Paris, 1879.

Le flacon, 2 fr.; le litre, 10 fr. (Exiger le timbre de l'Etat sur le goulot des flacons.) — Gros : rue de Latran, 2, à Paris. Détail : dans les pharm.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

## Hygiène, médecine, chirurgie.

Maison *DARBO*, 86, pass. Choiseul, Paris.

FIÈVRES, ANÉMIE, CHLOROSE
MALADIES NERVEUSES

## Vin de Bellini

(*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*) tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

ADH. DETHAN, ph., faub. St-Denis, 90, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Bellini

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

## Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Barèges.*

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . 1 »
Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

## Sirop MINERAL SULFUREUX Crosnier

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (7 AOUT 1877).

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique,* le *Catarrhe,* l'*Asthme,* la *Laryngite* et dans la *Tuberculose,* quand l'expectoration est très-abondante. — r. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

## Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliq^es hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de CH. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

## Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

## Papier Lardy,

A L'EXTRAIT DE PIMENT

Action IMMÉDIATE et CONTINUE n'occasionnant ni DOULEURS ni DÉMANGEAISONS, mais seulement de la chaleur, une cuisson légère et une vive rougeur.

*Indiqué dans tous les cas où une déviation énergique est nécessaire. — Inflammations de la poitrine, de la gorge, congestions, douleurs diverses, etc.*

1 fr. 50 la boîte dans toutes les pharmacies.

## Extrait de viande Liebig.

L'Extrait de viande Liebig est du bouillon concentré. Les Établissements de la compagnie Liebig, situés dans l'Uruguay, sont aujourd'hui universellement connus. La Compagnie a obtenu, à l'Exposition de 1867, deux médailles d'or ; à celle du Havre, en 1868, une médaille d'or ; en 1869, à Amsterdam, un grand diplôme d'honneur ; en 1872, une grande médaille d'or à l'Exposition scientifique de Moscou ; un grand diplôme d'honneur à Vienne, en 1873 ; elle a été MISE hors concours à Lyon en 1872 ; et enfin on lui a octroyé, à l'Exposition de Paris, en 1878, une médaille d'or.

Le bouillon à l'extrait de viande se prépare instantanément et il est privé de graisse et de gélatine. Ce sont là des qualités qui lui assureront l'approbation du médecin pour qui un bouillon de préparation facile est d'une si grande importance. Plusieurs pharmacopées ont du reste dû l'admettre parmi les médicaments de pharmacie.

Se vend en gros par les principaux droguistes de Paris et de la province.

## Épilepsie. Hystérie. Névroses

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

## Tamar indien Grillon

(Électuaire lénitif n° 532 du Codex.)
FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes,* la *Migraine,* sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc.

Ph. GRILLON, 52, r. Grammont, Paris. Bte, 2 f. 50.

## Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses,* des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

## Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

**Pepsine Boudault en poudre,** par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

**Pepsine Boudault en poudre,** par flacon de 10 prises de 1 gramme.

**Elixir** et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

**Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault.** — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

## Ver solitaire

Guérison certaine par les *Globules* de SECRETAN (à l'extrait vert des rhizomes frais de fougère mâle des Vosges). Le seul remède infaillible, expérimenté avec le plus grand succès dans les hôpitaux ; pas d'insuccès possible. — Dépôt : *Secretan,* pharm., 37, avenue Friedland, Paris. — Envoi fo contre mandat 10 fr. (Éviter les contrefaçons.)

## Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or.* — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage ; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature HENRI NESTLÉ. — Gros : CHRISTEN frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie CHRISTEN, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

## Elixir et Vin de Coca,

de Joseph **BAIN,** pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires, là où le quinquina est impuissant. E. FOURNIER et Ce, 56, rue d'Anjou St-Honoré.

## Elixir Prothière

A LA CRÉOSOTE VÉGÉTALE PURE

contre la Phthisie. Accepté sans répugnance et bien supporté par les malades. (TARARE.)

N° 146. — JEUDI 18 DÉCEMBRE 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 18 DÉCEMBRE 1879. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Voilà l'Académie entrée dans une série de séances qui seront consacrées surtout à des élections.

En effet cette année les vides sont nombreux dans la savante compagnie. On ne compte pas moins de dix places à remplir.

Du reste, aucune grande discussion ne figure à l'ordre du jour.

Une courte communication de M. Noël Gueneau de Mussy sur le thermomètre inventé par M. le docteur Séguin pour la recherche des températures locales dans les maladies et sur les premiers résultats annoncés par ce médecin ; puis une lecture de M. Giraud-Teulon sur les applications médicales d'une loupe destinée à la lecture des imprimés, et nommée *graphoscope*, ont occupé le peu de temps resté libre avant le comité secret dans lequel devait se préparer l'élection d'un membre de la section de pathologie médicale.

Dr Victor Revillout.

### HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

#### Diabète sucré : marche, durée, terminaison (1).

V

Le début du diabète est tout à fait latent et insidieux. On ne sait jamais quand le diabète a commencé ; des semaines, des mois, des années même peuvent s'écouler avant qu'on ait pu en saisir un symptôme suffisant. Les malades ne précisent que difficilement, et à plusieurs mois près, vers quelle époque a commencé la polydipsie ou la polyurie.

Une fois développé, le diabète se manifeste par la soif, par le besoin d'ingérer une quantité considérable de liquides et de solides. Les urines deviennent abondantes, l'amaigrissement et l'affaiblissement s'accentuent, mais pas toujours d'une façon prononcée : on voit, surtout dans les classes aisées, les diabétiques rester gras et conserver l'apparence d'une santé florissante, avec un teint fleuri et une force musculaire bien développée. On voit plus souvent apparaître l'état anaphrodisiaque.

Certains médecins ont voulu distinguer le diabète « riche » et le diabète « pauvre », pour bien préciser la différence qui existe en faveur des premiers, qui peuvent dépenser beaucoup parce qu'ils réparent beaucoup, tandis que l'ouvrier est condamné à ne point restituer à son organisme les dépenses exagérées causées par la maladie.

Mais il est un phénomène particulier qui ne manque jamais, c'est l'impuissance génitale. Viennent ensuite les furoncles, les érythèmes, les troubles de la vue, les cataractes (molles) du diabète, etc.

A la période d'état, on observera encore d'autres phénomènes : la bouche et les gencives présentent du muguet, des fongosités, de la stomatite, la fétidité de l'haleine qui prend un caractère aigrelet tout spécial, ou une saveur sucrée rappelant les fruits en décomposition, les pommes gâtées, etc. La respiration est troublée dans ses phénomènes chimiques par le diabète (Pettenköffer) : la lenteur particulière des fonctions respiratoires a été signalée avec ses conséquences nécessaires, la diminution de l'absorption de l'oxygène, de l'exhalation de l'acide carbonique et de la vapeur d'eau. Tandis que l'homme bien portant absorbe 750 à 850 grammes d'oxygène en vingt-quatre heures, le diabétique n'en absorbe que 750 à 350 grammes. Les combustions sont, par conséquent, moins considérables, et la chaleur est diminuée. La température en effet à la période d'état du diabète, s'abaisse de 37°3 ou 37°5, chiffre normal, au chiffre de 36°, 35° et même 31°. Cette considération est très-importante à retenir au point de vue de la mesure de la fièvre.

La période d'état du diabète dure plus ou moins longtemps ; la dernière période est la période de cachexie. Le malade, jusque-là gros et gras, perd ses forces et son embonpoint ; toutes ses fonctions s'alanguissent, son appétit se trouble ; il mange moins, quoique les pertes soient de plus en plus considérables. La maigreur s'accentue, le marasme arrive fatalement. La quantité du sucre diminue alors, les sources de sa fabrication sont taries. Dans les cas extrêmes même, il n'y a plus de sucre dans les urines. Mais l'urée ne diminue pas en même temps, elle continue à se sécréter par l'autophagie du malade. La consomption arrive à son maxi-

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 décembre 1879.

mum, le corps se réduit à un squelette diaphane, le malade peut à peine soulever ses membres.

La durée du diabète est indéterminée. La forme aiguë peut amener le marasme en quelques mois, surtout chez les sujets pauvres qui ne peuvent par une alimentation appropriée réparer les pertes exagérées de leur organisme. Mais ces cas sont rares. Au lieu de se terminer en quelques mois, parfois en moins de six mois, le diabète prend ordinairement une forme chronique et une durée indéterminée, qui peut quelquefois atteindre le chiffre de quinze, vingt, trente ans même. C'est ainsi que, dans ma clientèle particulière, je compte des malades qui vaquent à leurs affaires et sont assez bien portants, à part leur glycosurie. Le diabète n'emporte pas ses malades par lui-même, mais il les vieillit, et les expose à divers accidents indirects auxquels ils succomberont.

On a dit qu'il y avait un « diabète intermittent »; pendant quelques mois il existerait, puis il disparaîtrait subitement. C'est bien plus exactement un diabète chronique, dont on mitige les conséquences par un régime approprié et par un traitement convenable. Il reparaît dès que ces soins sont négligés, et sous l'influence d'excès quelconques.

Quant à son mode de terminaison, *le diabète peut guérir*, quoique l'on ait dit bien souvent le contraire. Je puis citer pour ma part cinq ou six malades qui ont eu le diabète, et chez lesquels il a disparu depuis cinq, six, dix ans. Ce délai est assez long pour qu'il me soit permis de prononcer le mot de guérison. J'insiste sur cette affirmation; que cette idée consolante se propage, et qu'elle soutienne le malade dans son traitement et le médecin dans l'exercice de sa mission.

Malheureusement, ce n'est là encore que l'exception; ordinairement le diabète se termine par la mort. La mort peut survenir par le seul fait du diabète, sous l'influence du marasme progressif, du trouble des fonctions respiratoires, de l'alanguissement et de l'affaiblissement général. Elle peut être foudroyante dans le cours de la troisième période du diabète. Le malade s'évanouit subitement sans qu'on ait pu bien se rendre compte de la lésion qui produit la mort. On l'explique par une syncope survenant sans doute à cause de la dégénérescence granulo-graisseuse des fibres musculaires du cœur. Aussi faut-il interdire aux diabétiques tout exercice fatigant, toute veille, tout effort et toute émotion. Cette terminaison néanmoins est assez rare; le plus souvent le diabétique succombe à une maladie accidentelle intercurrente, qui est en rapport avec le diabète, ou même qui en est quelquefois indépendante.

Chez le diabétique dont la résistance vitale est tant diminuée, la plus légère maladie est un arrêt de mort. Cependant il est un certain nombre d'affections qui enlèvent plus communément les diabétiques. Citons en première ligne la pneumonie fibrineuse ou catarrhale, qui tue les diabétiques longtemps avant qu'ils soient arrivés à la période de cachexie. De même la phthisie pulmonaire pour laquelle le diabète est une cause prédisposante. Par son caractère débilitant, le diabète fait que des individus qui n'étaient point prédisposés à la phthisie par l'hérédité ni par des causes spéciales antérieures deviennent ultérieurement phthisiques parce qu'ils sont diabétiques. On a prétendu que les sujets jeunes étaient plus prédisposés à cette éventualité que les sujets plus âgés; c'est tout simplement la loi commune de la tuberculose.

On a cru aussi que les classes pauvres y étaient plus exposées que les classes riches; c'est encore pour la même raison générale, et aussi parce que les ouvriers peuvent moins facilement subvenir aux dépenses d'un organisme diabétique. J'ai vu un assez grand nombre de malades diabétiques appartenant aux classes aisées de la société succomber néanmoins à une phthisie intercurrente.

Le diabète imprime-t-il à la phthisie une marche spéciale, une allure particulière, plus rapide et plus grave? Je ne le pense nullement; ce qui a donné lieu à cette erreur, c'est que la phthisie saisissant une économie déjà minée par le diabète en vient plus promptement à bout que si elle s'attaquait à une santé non encore compromise. Ce n'est pas le diabète qui produit cet effet, c'est l'état de l'économie qui y prédispose.

On a dit aussi, peut-être avec plus de raison, que la phthisie diabétique ne développe des tubercules que dans les poumons, et non une tuberculose généralisée : toutefois il ne faut pas oublier que c'est là encore la loi de la tuberculose, qui ne se généralise guère que chez les enfants et les sujets jeunes.

La gangrène des poumons se développe aussi facilement chez les diabétiques; c'est une gangrène des extrémités des petites bronches, avec crachats fétides, affaiblissement général, débilitation adynamique. On a confondu parfois ces lésions avec celles de la tuberculose; ce n'est pas de la tuberculose, il s'agit de simples ulcérations des petites bronches avec évacuation de quelques alvéoles, et de fibres élastiques des bronches. Ce n'est pas la gangrène qui frappe une partie du poumon en même temps, comme on l'observe dans d'autres occasions. Le microscope fera reconnaître les fibres caractéristiques et mettra sur la voie du diagnostic différentiel de la tuberculose et de la gangrène bronchique.

L'albuminurie avec toutes ses conséquences menace aussi les diabétiques; c'est surtout la néphrite parenchymateuse, quoique la néphrite interstitielle ne soit pas rare. On comprend en effet que, sous l'influence d'une activité si considérable imprimée aux reins par l'élimination glycosurique, l'inflammation ait plus de prises sur cet organe ainsi surmené.

Ces albuminuries sont très-graves, mais elles ne sont pas toujours mortelles. J'ai vu un cas d'albuminurie grave avec anasarque considérable, ayant duré plusieurs mois, se terminer d'une façon favorable. Le malade vécut encore quatre années plus tard sans albuminurie.

L'anthrax et les furoncles sont communs dans le diabète; ils mettent souvent sur la voie du diagnostic. Ils sont graves parfois : j'ai vu un certain nombre de cas de morts par infection purulente. Le phlegmon diffus éclate aussi chez le diabétique sous l'influence de la moindre écorchure; sa guérison est lente et difficile.

La gangrène spontanée, surtout celle des membres inférieurs, est aussi l'apanage du diabète. A part les cas d'interruptions artérielles, on peut dire que les gangrènes des membres inférieurs sont généralement l'effet du diabète. (Marchal de Calvi et Landouzy.)

Au moment où se développent certaines maladies compliquant le diabète, on voit le diabète disparaître au point que certains médecins ont prétendu, par exemple, que l'albuminurie détruit le diabète. Répétons plutôt avec Hippocrate : *Ex duobus laboribus gravior obscurat alterum.*

## OBSTÉTRIQUE

### A propos de la délivrance naturelle et de la délivrance artificielle.

Par M. Bailly, agrégé libre.

Depuis Désormeaux, nos traités classiques divisent les phénomènes de l'accouchement en trois périodes ou en trois temps. Premier temps : les contractions utérines ouvrent progressivement l'orifice de la matrice, l'amènent à l'état de dilatation complète et rompent les membranes. Deuxième temps : les mêmes contractions de la matrice, auxquelles se joint l'action synergique des muscles de l'abdomen, opèrent l'expulsion du fœtus. Troisième temps : le délivre se décolle sous l'influence de nouveaux efforts de l'utérus, passe dans le vagin et même, dans quelques cas, franchit la vulve. Sous le rapport du mécanisme de l'accouchement, les deux premiers temps sont les plus longs et les plus importants. Au point de vue pratique, le dernier temps a, au contraire, une prépondérance marquée. C'est le seul dans lequel l'art ait à intervenir (il n'est ici question que des accouchements naturels), et, suivant la manière dont cette intervention est conduite, la parturition aura des suites toutes différentes. Rien n'est plus facile, en effet, à ce moment, que de faire du mal et de compromettre la vie d'une femme sans que personne, dans son entourage, en voie rien, que dis-je? en paraissant même avoir mérité la reconnaissance d'une famille. Que faut-il pour cela? Tirer trop tôt et trop fortement sur le cordon de l'ombilic, opérer un arrachement, même très-partiel, du délivre, léser ainsi dans une certaine étendue la face interne de la matrice, et le mal est produit. Attendez un jour ou deux; du frisson, de la fièvre, l'endolorissement de l'hypogastre vont survenir, dénotant l'explosion d'une lymphangite utérine, bientôt suivie de péritonite et de métrite. Puis cet ensemble évolue comme nous le savons tous, et, quelques jours après, la mort de l'accouchée a clos la scène. Le malheur passe sur le compte de la fièvre puerpérale, et tout est dit. Je ne connais, dans l'exercice de la profession, qu'une faute aussi dangereuse qu'une délivrance prématurée, c'est l'extraction du fœtus, opérée avant la dilatation *complète* de l'orifice utérin. Cette double faute cause chaque année, parmi les accouchées, une mortalité qui surprendrait autant qu'elle effrayerait, s'il était possible de l'évaluer rigoureusement.

Je n'ai cessé de mettre mes élèves en garde contre toute précipitation dans la délivrance, pendant les quatre années où la Faculté de médecine m'a confié le cours des sages-femmes, et, si je reviens aujourd'hui sur un sujet aussi banal, c'est que de temps en temps, dans la ville, les faits dont je suis témoin me prouvent que ce sujet est aussi peu connu qu'il est banal. Rappeler encore une fois aux jeunes praticiens les principes d'une saine pratique en matière de délivrance ne sera pas du temps perdu, j'en ai la conviction. Je me propose, en conséquence, d'aborder ici d'une façon sommaire l'examen de ces deux points : 1° à quel moment doit-on procéder à l'extraction du délivre dans la délivrance naturelle? et 2° comment opérer cette extraction, dans les cas où la délivrance doit être artificielle?

1° *A quel moment doit-on délivrer?* En principe, c'est seulement quand, les contractions utérines ayant effectué le décollement complet du délivre, celui-ci est passé dans le vagin. Le décollement placentaire, sauf quelques cas très-exceptionnels, doit être entièrement l'œuvre de la nature, et l'on n'acquiert la preuve qu'il est achevé qu'au moment où l'arrière-faix est contenu *en totalité* dans le vagin. Sa présence sur le col ou dans cet orifice n'est pas toujours un indice que sa séparation totale est opérée. L'organe peut être fixé solidement encore par une portion de sa surface, et, si des tractions trop fortes étaient faites sur lui dans ce moment, on ne manquerait pas de créer les dangers que j'ai signalés en commençant et qu'il faut éviter à tout prix. Ainsi, voilà qui est clair, après la sortie de l'enfant on attend jusqu'à ce que le délivre, entièrement décollé, soit passé dans le vagin, et, quand on l'y trouve, on en opère la sortie en tirant doucement sur le cordon. Donc pas de difficulté pour ceux dont l'expérience est formée et qui savent toujours reconnaître au moyen du toucher si le placenta se trouve ou non dans le conduit vaginal. Malheureusement, si cette constatation est facile pour un doigt exercé, elle n'est pas toujours aisée pour la main d'un débutant. Cette assertion surprendra peut-être quelques-uns de nos confrères et leur paraîtra blessante. Moi, je la tiens pour entièrement justifiée par les faits. Je soutiens que, pour qui n'a pas encore beaucoup touché, il est fort difficile de rien reconnaître dans cette poche mollasse que forme le vagin aussitôt après le passage de l'enfant et d'y distinguer nettement les parois du conduit des enveloppes du fœtus. Si chacun de nous veut être juste et se reporter à l'embarras qu'il a ressenti lors de ses premiers accouchements, il conviendra sans peine que mon hypothèse n'a rien que de conforme à la vérité. Or, pour les personnes non suffisamment exercées, et j'ajouterai même pour les praticiens faits, la considération du temps écoulé depuis la sortie de l'enfant peut être un guide dans l'appréciation de ce travail de décollement placentaire, et, en conséquence, il est bon d'en dire ici quelque chose. Les limites du laps de temps dans lesquelles s'accomplit le décollement total du placenta sont fort variables; dix minutes peuvent suffire pour l'opérer, mais c'est rarement aussi tôt. Vingt minutes, une demi-heure, trois quarts d'heure, sont une durée beaucoup plus ordinaire, et, pour ce motif, je crois prudent d'attendre *au moins une demi-heure* avant de faire aucune traction sur le cordon ombilical. Le plus souvent, après ce délai, on aura facilement le délivre, et, d'un autre côté, différer jusque-là est sans danger dans les cas où le décollement se serait effectué plus rapidement; le délivre restera dans le vagin, voilà tout. Il ne faut pas s'effrayer du petit flot de sang qui accompagne ordinairement la séparation du placenta; il est sans gravité, et il suffit d'exciter, par une compression légère, l'utérus à se contracter pour mettre fin à cette petite perte. Des hémorrhagies graves, obligeant à délivrer sans tarder, peuvent sans doute survenir à ce moment, et les traités d'accouchements les signalent non sans raison; mais je les crois une exception fort rare. En dix ans d'une pratique obstétricale assez active, je n'en ai pas observé plus de deux ou trois cas, et encore ceux-ci rentraient-ils bien plutôt dans les pertes consécutives à la délivrance que dans celles qui surviennent dans son cours ou auparavant.

En résumé, je conseille d'attendre, règle générale, pour délivrer, *une demi-heure au moins*. Voilà pour la limite inférieure de l'expectation. Mais quelle sera la limite supérieure, ou le délai maximum après lequel, le placenta n'ayant pas encore franchi le col de l'utérus, et résistant à de légères tractions faites sur le cordon, il est commandé d'aller le saisir avec la main portée dans l'utérus? L'enseignement de Paul Dubois a consacré l'intervalle de deux heures. Dans ma conviction, cet intervalle est trop long. Si, dans la plupart des cas, la main peut encore au bout de ce temps pénétrer dans la cavité utérine, elle peut aussi à ce moment se trouver arrêtée par l'occlusion du col de l'utérus. Des faits de prompte rétraction de cet orifice, dont j'ai donné la relation il y a plusieurs années, m'ont démontré qu'au bout de cinquante minutes, chez quelques femmes qui pourtant n'ont pas pris d'ergot de seigle, on peut éprouver les plus grandes difficultés à faire pénétrer la main jusqu'au placenta, et que chez elles quelques minutes plus tard la délivrance artificielle devient impraticable. Je considère en conséquence une heure d'attente comme un délai maximum, et je pose également comme une règle très-générale que, pour opérer la délivrance, on devra attendre *une heure au plus*. En outre de la crainte de voir une rétraction hâtive du col de l'utérus gêner le passage de la main, ce précepte se justifie par cette considération qu'une délivrance qui ne s'est pas effectuée naturellement au bout d'une heure n'a guère de chance de se faire pendant l'heure qui suit, et qu'au contraire les obstacles à l'expulsion naturelle du délivre ne peuvent que s'accroître pendant cette nouvelle heure.

Si, comme j'en donne le conseil, on a attendu une demi-heure au moins avant de procéder à la délivrance, le placenta et les membranes étant à ce moment le plus souvent entièrement dé-

collés, il suffit du plus léger effort exercé sur le cordon pour amener le tout au dehors. Pas de manœuvre particulière pour cela; pas de direction spéciale à imprimer aux tractions; on tire en éloignant la main du siège de l'accouchée, et tout vient. Si l'arrière-faix résiste, c'est que, contrairement aux prévisions, son accolement à l'utérus persiste dans une certaine étendue, et l'on doit attendre encore.

2° *Comment doit-on procéder à la délivrance artificielle?* Pour des causes diverses, mais dont la plus commune de beaucoup réside dans une solidité anomale des adhérences du placenta à la matrice, la délivrance n'est pas faite au bout d'une heure; il faut alors intervenir sans plus tarder, aller opérer avec la main le décollement du délivre et amener celui-ci au dehors. Comment doit-on procéder à cette manœuvre? Est-elle difficile, est-elle dangereuse? La réponse à ces différentes questions dépend surtout de la hardiesse et du sang-froid de la personne chargée de donner les soins. Je connais à Paris des sages-femmes pour qui décoller un délivre adhérent est chose aussi simple que de peler une orange; j'en connais d'autres qui trembleraient de tous leurs membres à la pensée qu'elles vont avoir à porter la main et l'avant-bras dans le corps d'une accouchée, et qui sont par suite incapables d'une manœuvre qui exige avant tout de la résolution et du calme. Le mieux, pour ces timides, est de se récuser et d'appeler une voisine plus entreprenante et plus capable, mais en prenant soin de la faire venir *avant qu'une heure* se soit écoulée depuis l'accouchement. Pour ceux qui sentiraient la nécessité de se mettre en état de pratiquer correctement une manœuvre presque toujours urgente et de la bonne exécution de laquelle dépend souvent la vie d'une femme, je rappellerai que, pour procéder avec succès à la délivrance artificielle, il est indispensable : 1° de placer d'abord la femme près du bord droit du lit; 2° d'exhausser le bassin avec un coussin, un drap plié, de manière à l'élever au-dessus du plan du lit; 3° de soutenir avec soin la matrice avec la main gauche, pour la maintenir appliquée sur le détroit abdominal du petit bassin; 4° d'introduire avec précautions dans le conduit vulvo-utérin la main et l'avant-bras droit graissé jusqu'au coude; 5° arrivé à la circonférence du placenta, presque toujours décollée dans une partie de son étendue, d'insinuer l'*extrémité* des doigts entre la paroi utérine et la surface adhérente du gâteau, et de rompre les adhérences avec les ongles; 6° de continuer sans se troubler ce travail de séparation jusqu'à ce qu'on sente le délivre entièrement décollé et libre dans la matrice; 7° de le saisir alors largement avec la main et d'en opérer l'extraction.

*A priori* on pourrait croire que gratter violemment la paroi de la matrice dans sa portion la plus vasculaire et la plus vivante constitue un traumatisme éminemment périlleux pour l'accouchée. Cependant les faits ne justifient pas cette opinion. Je n'affirmerais pas sans doute que cette abrasion manuelle de l'utérus ne puisse être suivie d'accidents mortels, mais en réalité je n'en ai jamais vu se produire. J'ai bien exécuté plus de trente fois la délivrance artificielle dans le cours de ma carrière; je l'ai vu souvent faire à mes maîtres; je les ai vus plusieurs fois extraire le placenta à l'état de charpie et par fragments successifs; eh bien, est-ce un effet du hasard, ou parce que cette manœuvre, bien faite, n'a pas les dangers qu'on pourrait lui supposer, je n'ai pas vu encore une de ces opérations être suivie de mort. Des phlébites des membres abdominaux souvent, par exemple.

En résumé :

1° On attendra, pour opérer la délivrance, *une demi-heure au moins* après l'accouchement, et *une heure au plus*.

2° L'extraction violente du délivre, effectuée au moyen de tractions prématurées et trop fortes sur le cordon ombilical, est une faute grave, trop souvent suivie de la mort des accouchées, et qui n'a d'équivalent, comme danger, qu'une application de forceps faite prématurément.

3° Au contraire, le décollement méthodique du placenta, opéré avec les doigts et les ongles, malgré ses dangers apparents, est une manœuvre à peu près constamment inoffensive.

## OPHTHALMOLOGIE

### Atrophies traumatiques des papilles.

Il existe, selon M. Galezowski, un certain nombre d'atrophies de ces nerfs, qui, au premier abord, peuvent ressembler aux atrophies ataxiques, et qui sont réellement dues aux blessures directes du nerf dans la cavité orbitaire ou à des fractures du trou optique. Les faits de ce genre sont plus nombreux qu'on ne pourrait le croire, et, en ce qui concerne l'auteur, il les a observés plus de 5 fois sur 100.

Le docteur Galezowski reconnaît trois variétés d'atrophies traumatiques : 1° l'atrophie par névrite optique; 2° l'atrophie par déchirure du nerf monoculaire et stationnaire, et 3° l'atrophie des papilles, progressive, qui, de l'œil primitivement blessé, se porte à l'autre œil.

La première de ces variétés d'atrophie, consécutive à la névrite optique, se déclare à la fois dans les deux yeux, résulte d'une méningo-encéphalite et ne s'observe que dans les cas où les membranes cérébrales ont été atteintes par la blessure. Le docteur Galezowski soigne en ce moment un cas de ce genre. On reconnaît cette affection à des exsudats blancs grisâtres péripapillaires, qui ne s'effacent jamais et rendent les contours des papilles troubles et diffus.

La seconde forme d'atrophie est celle qui provient d'une blessure directe du nerf optique dans son trajet orbitaire, blessure produite soit par un fleuret, par un sabre, une baïonnette ou par des instruments pointus qui pénètrent à travers la paupière dans la cavité orbitaire et coupent le nerf optique; soit encore par la fracture du trou optique et la déchirure du nerf en arrière de l'artère centrale dans les cas de chutes sur la tête et de coups, de blessures dans la région frontale et orbitaire. Il est rare qu'on trouve, dans ces cas, des lésions, par exemple, des hémorrhagies papillaires signalées par le docteur Cras (de Brest) et où l'artère centrale a dû être coupée. Dans la grande majorité des cas, la papille optique, pendant les deux premiers mois, ne présente point de lésion. Les planches coloriées, dessinées d'après nature, que le docteur Galezowski fait passer, démontrent l'aspect normal de la papille, malgré une cécité absolue, et ce n'est que quatre ou six mois après l'accident que la papille optique devient atrophiée. L'auteur a recueilli onze observations de ce genre, et où la maladie est restée limitée à un seul œil, l'autre œil étant parfaitement intact. Dans ces cas, l'absence de toute altération ophthalmoscopique ne peut s'expliquer que par la fracture du trou optique et la déchirure du nerf visuel en arrière de l'endroit où l'artère centrale, qui provient de l'ophthalmique, s'introduit dans le nerf optique.

Dans la troisième variété, la vue se perd à la suite d'une fracture du crâne, instantanément, dans un seul œil, et, au bout de plusieurs mois, un an ou deux ans même, l'autre œil se prend aussi, l'atrophie des nerfs optiques devient progressive comme dans l'ataxie locomotrice. Le docteur Galezowski cite, à l'appui, deux faits qu'il observe actuellement avec M. le professeur Charcot. Chez aucun de ces deux malades il n'a été possible de constater la moindre trace soit d'accidents ataxiques, soit de syphilis ou de toute autre cause constitutionnelle, et on est obligé de rapporter les accidents oculaires au traumatisme.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 décembre 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° des lettres de candidature de MM. Gaujot, Léon Labbé et Cusco pour la section de pathologie chirurgicale et de M. E. Baudrimont pour la section de pharmacie; 2° une lettre de M. Dumontpallier, demandant à l'Académie de

vouloir bien envoyer les listes et le produit de sa souscription au comité chargé d'élever un monument à Claude Bernard.

#### PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. NOEL GUENEAU DE MUSSY présente à l'Académie le thermomètre de M. le docteur Séguin dont il a fait mention dans la dernière séance, et un thermoscope imaginé par le même docteur pour apprécier de suite les moindres variations dans la température.

A ce propos, M. Noël Gueneau de Mussy rappelle que M. le docteur Séguin a étudié les modifications locales de la température dans un grand nombre de maladies.

Ainsi il a observé qu'au début de certaines paralysies la température s'élevait au-dessus de la normale dans les membres affectés, tandis qu'elle y descendait au-dessous dans la paralysie confirmée.

MM. Séguin et Brown-Séquard ont noté une élévation circonscrite de la température péricrânienne dans des affections cérébrales où ce phénomène devient un signe déterminant.

M. Séguin a noté des hyperesthésies localisées dans les métrites, les péritonites, la pneumonie, la pleurésie, la tuberculose pulmonaire, la tuberculose abdominale, la fièvre typhoïde, le rhumatisme.

Dans l'érysipèle, l'élévation de la température cutanée précède et annonce l'exanthème et en fait prévoir les envahissements. Quelques dermatologues, ajoute M. Séguin, ont appliqué la thermométrie locale à l'étude d'autres affections de la peau. Elle trouve aussi son application dans l'oculistique.

Dans les névralgies sciatique et faciale, l'abaissement ou l'élévation de la température peuvent éclairer l'origine et la nature du processus morbide qui leur donne naissance.

Dans les fièvres intermittentes, les différences de température observées au tronc et aux extrémités pendant les stades de chaleur et de froid peuvent être, d'après M. Séguin, considérées comme des signes pathognomoniques de ces maladies.

Après les opérations chirurgicales, l'exploration thermométrique des régions voisines de la plaie peut procurer d'utiles renseignements. Le maximum de l'hyperthermie dans les abcès profonds indique le point par lequel la collection purulente se frayera une issue au dehors, celui où doit porter le bistouri pour aller audevant d'elle. Cette indication ne s'applique pas aux abcès froids.

#### COMMUNICATION

**De l'emploi du graphoscope comme moyen de diagnostic différentiel entre certaines formes d'asthénopie.** — M. GIRAUD-TEULON, dans une note sur ce sujet, commence par décrire le graphoscope. Cet instrument consiste, dit-il, en une lentille positive ou convexe de large ouverture, montée dans un plan vertical ou pouvant prendre une inclinaison plus ou moins marquée sur l'horizon parallèlement au plan d'un pupitre qui en occupe le point focal.

Ce graphoscope est destiné à combattre l'impossibilité de la lecture soutenue qui résulte de l'anomalie musculaire connue sous le nom d'insuffisance des muscles droits internes, et qui se décèle pathologiquement soit par l'asthénopie musculaire (douloureuse), soit par la myopie progressive. Il permet en outre de faire le diagnostic différentiel entre : 1° l'asthénopie musculaire ou par insuffisance des droits externes; 2° l'asthénopie par hyperesthésie rétinienne.

L'instrument, qui soulage directement la convergence difficile ou douloureuse, n'exerce aucune action directe sur la sensibilité propre de la rétine. Suivant donc que son usage permettra ou non la lecture prolongée, on aura affaire à la première ou à la seconde de ces affections.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Maurice Raynaud sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 décembre 1879. — Présidence de M. HERVIEUX.

M. MARTINEAU communique une observation de métrite non puerpérale avec adéno-lymphite du bassin et met les pièces anatomo-pathologiques sous les yeux de ses collègues. Les détails nous manquent pour donner une idée quelque peu précise de ce fait au sujet duquel MM. Dumontpallier et Hervieux ont fait quelques réserves.

M. DAMASCHINO présente le volume qu'il vient de publier sur les *Maladies des voies digestives*. Je n'ai pas eu, dit-il, la prétention de mettre au jour un nouveau traité des maladies des voies digestives; mon but a été des plus modestes. J'ai cherché à rassembler les notions acquises, à les exposer avec ordre et précision, à en présenter le tableau aussi exact que possible. Écartant avec intention tout ce qui n'était que pure hypothèse, passant vite sur les théories douteuses, exposant avec sincérité le pour et le contre dans les questions indécises, je ne me suis attaché qu'aux faits et j'ai tâché de les décrire avec clarté et méthode.

Ces leçons, pour le fond comme pour la forme, sont la reproduction du cours que j'ai fait en 1874, alors que j'étais chargé, comme agrégé, de suppléer le regretté professeur Axenfeld. Elles ont été recueillies avec soin par mon élève et ami le docteur Letulle, interne lauréat des hôpitaux; je les ai revues complètement, et j'ai résumé dans des notes ajoutées au texte les travaux et les observations de quelque importance publiés antérieurement.

M. FERRANT dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Augustin Fabre, professeur à l'École de plein exercice de Marseille, un ouvrage ayant pour titre : *les Relations pathogéniques des troubles nerveux, ou les troubles nerveux étudiés dans leurs rapports réciproques de cause à effet avec les autres phénomènes morbides.* L'auteur s'est proposé, dans cet ouvrage, dit M. Ferrant, d'étudier ce que l'on appelle successivement les sympathies et les actions réflexes. Dans la première partie de ce livre, il traite des troubles nerveux consécutifs aux affections viscérales; la deuxième partie est consacrée aux phénomènes morbides consécutifs aux troubles nerveux.

**Attaques épileptiformes symptomatiques d'une lésion des plaques de Peyer.** — M. J. GUYOT rapporte l'histoire d'un jeune garçon de treize ans qui a été amené dans son service à la suite d'une attaque épileptiforme. A son entrée dans la salle, il était encore dans le coma. Des renseignements recueillis sur son compte ont appris que ce jeune garçon, bien constitué, avait toujours joui jusque-là d'une bonne santé. Rien n'avait pu faire soupçonner chez lui aucune disposition diathésique, lorsque, quelques jours avant l'attaque en question, il avait été pris de malaise et de diarrhée, ce qui, du reste, ne l'avait pas empêché de continuer à travailler et à faire les courses dont il était chargé. C'est pendant une de ces courses qu'il avait été atteint brusquement par cette attaque épileptiforme. Une deuxième attaque s'était produite au moment de son entrée à l'hôpital. Le lendemain, à la visite, M. Guyot le trouva dans l'état comateux, avec de la contracture des membres supérieurs, de la raideur du cou, du trismus et la dilatation des pupilles. Il avait uriné dans son lit, il n'avait plus à ce moment d'urine dans la vessie, la température était à 38°. Le soir, le coma persistait, la température était à 40°. Le lendemain, quarante-huit heures après le premier accident, il succomba.

A l'autopsie, on ne trouva qu'une simple injection des méninges; mais, en examinant les organes abdominaux, on constata dans la région iléo-cæcale l'existence de plaques de Peyer dont le développement paraissait correspondre au quatrième jour de l'évolution de l'éruption dothiénentérique.

**Hématémèse hystérique.** — M. RATHERY communique le résumé analytique de l'observation d'une malade qu'il a eue dans le service dont il est temporairement chargé à l'hôpital Tenon. Il s'agit d'une femme qui, après une série d'attaques de nerfs avec

perte de connaissance durant deux jours consécutifs, avait eu une perte de sang par la bouche, dont la quantité fut évaluée à deux litres. De nouvelles attaques eurent lieu depuis à de courts intervalles, suivies chaque fois d'une nouvelle hémorrhagie de quantité variable. Ces accès finissent par se répéter plusieurs fois par jour. A chacun de ces accès, on pouvait constater l'existence du clou hystérique, de l'hémianesthésie et du point ovarique droit. Dans l'intervalle de temps assez long écoulé entre les premiers accès et ceux qui ont eu lieu à l'hôpital, cette femme a eu plusieurs fausses couches.

Pressé par le temps, la Société devant se former en comité secret, M. Rathery résume à peu près en ces termes les points particulièrement intéressants de cette observation. La première question à résoudre était l'origine de l'hémorrhagie. Venait-elle des poumons ou de l'estomac? En faveur de l'hémoptysie, il y avait les antécédents de la malade qui, paraît-il, avait présenté dans son enfance quelques symptômes de nature à faire soupçonner une disposition tuberculeuse. Mais la tuberculose devait être mise hors de cause, l'auscultation ne révélant aucun signe actuel de tubercules. D'un autre côté la manière dont le sang était rejeté au dehors, par des efforts de vomiturition, et l'aspect physique du sang, rouge, non aéré et mêlé à des mucosités, paraissaient indiquer plutôt que ce sang venait de l'estomac. Quant à la nature de l'affection principale, on ne pouvait hésiter un instant à reconnaître qu'il s'agissait de l'hystérie. C'était donc à une hystérie avec hématémèse que l'on avait affaire. Ce fait est un nouvel exemple de l'influence déjà signalée par les physiologistes du système nerveux sur les hémorrhagies. Il ne s'agit pas ici, en effet, de ces hémorrhagies supplémentaires des règles, ni des hémorrhagies non supplémentaires qui surviennent quelquefois au moment même des règles, mais de l'une de ces hémorrhagies liées à la névrose, à l'attaque hystérique elle-même et qui montre l'influence des nerfs vaso-moteurs sur la circulation.

A quatre heures, la Société se forme en comité secret.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours d'agrégation de médecine.* — La liste des candidats admis à prendre part au concours qui s'ouvrira le 20 décembée 1879, pour treize places d'agrégés près les Facultés de médecine (section de pathologie interne et médecine légale), est arrêtée ainsi qu'il suit :

*Académie de Paris.* — MM. les docteurs en médecine de la Faculté de Paris : Arnozan (Charles-Louis-Xavier), né le 12 novembre 1852 à Bordeaux; Chauvet (Charles-François-Anne), né le 12 février 1851 à Lyon; Cuffer (Paul-Louis), né le 25 juillet 1849 à Soissons; Dreyfus-Brisac (Louis-Lucien), né le 3 février 1849 à Strasbourg; Ducastel (Auguste-Marie-René), né le 27 février 1846 à Amiens; Hanot (Charles-Victor), né le 6 juillet 1844 à Paris; Hutinel (Victor-Henri), né le 15 avril 1849 à Châtillon-sur-Seine; Joffroy (Alix), né le 16 décembre 1844 à Stainville; Labadie-Lagrave (Joseph-Baptiste-Frédéric), né le 16 août à Nérac (Lot-et-Garonne); Landouzy (Louis-Théophile-Joseph), né le 27 mars 1845 à Reims; Mossé (Aaron-Alphonse), né le 20 juin 1852 à Cette; Moutard-Martin (Robert-André), né le 9 décembre 1850 à Paris; Qninquand (Charles-Eugène), né le 26 décembre 1841 à Lafat (Creuse); Rathery (François-Roger), né le 12 août 1842 à Paris; Raymond (Fulgence), né le 29 septembre 1844 à Saint-Christophe (Indre-et-Loire); Robin (Édouard-Charles-Albert), né le 19 septembre 1847 à Dijon; Rondot (Édouard), né le 24 septembre 1849 à Villiers-Louis (Yonne); Tapret (Odile), né le 8 septembre 1845 à Rosières (Haute-Marne); Croisier (Charles-Émile), né le 6 avril 1844 à Sevigny Waleppe.

*Académie de Lyon.* — MM. Bouveret (Émile-Léon-Ennemond), né le 2 septembre 1850 à Saint-Julien-sur-Reyssouse (Ain), docteur en médecine de Paris; Stœber (Victor-Adrien), né à Strasbourg le 25 octobre 1849, docteur en médecine de Nancy; Vinay (Jean-Baptiste-Charles), né le 14 novembre 1845 à Thonon, docteur en médecine de Paris; Perret (François-Achille-Simon), né à Villefranche (Rhône) le 8 septembre 1847, docteur en médecine de Paris.

*Académie de Montpellier.* — MM. Moriez (Robert-Joseph-Palmyre), né le 18 avril 1853 à Luceran (Alpes-Maritimes), docteur en médecine de Paris; Regimbaud (Jules-Eugène-Marie), né au Puy (Haute-Loire) le 3 juillet 1840, docteur en médecine de Montpellier.

— *Inspection médicale des écoles.* — A l'appui de la circulaire ministérielle du 14 novembre que nous avons publiée dans notre numéro du 20 novembre dernier, nous croyons utile de publier le règlement organisant dans le département de la Seine le service de l'inspection médicale.

ARTICLE PREMIER. — Chaque médecin-inspecteur, à son entrée en fonctions, devra remettre au maire de l'arrondissement une note indiquant son domicile, le siège de son cabinet médical et les jours et heures où il y donne ses consultations. Ces renseignements seront transmis par le maire aux établissements compris dans la circonscription du médecin-inspecteur qui, en cas de changement de domicile ou de modifications dans les jours et heures de ses consultations, devra en donner immédiatement avis au maire, chargé d'en informer les établissements intéressés. Dans les arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis, les renseignements concernant le domicile et les jours de consultations du médecin-inspecteur seront adressés au président de la délégation cantonale qui en donnera communication au maire des communes intéressées.

ART. 2. — Un registre spécial sera mis dans chaque école ou salle d'asile, à la disposition du médecin-inspecteur pour y consigner le résultat de ses inspections. Le directeur de l'établissement inscrira en tête de ce registre : le nom du médecin-inspecteur, son domicile, et les jours et heures de ses consultations. Le registre de l'inspection médicale sera constamment tenu à la disposition des autorités préposées à la surveillance des écoles qui pourront en demander communication à chacune de leurs visites.

ART. 3. — Toute école ou salle d'asile devra recevoir deux fois par mois la visite du médecin-inspecteur. Le médecin-inspecteur devra, en outre, procéder à des visites supplémentaires dans les établissements de sa circonscription, toutes les fois qu'il en sera requis par le maire de l'arrondissement. Dans les arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis, les réquisitions à fin de visites supplémentaires seront adressées au médecin-inspecteur, sur la demande du maire de la commune, par le président de la délégation cantonale.

ART. 4. — A son arrivée dans chaque établissement, le médecin-inspecteur commencera par procéder à un examen des localités autres que les classes (vestibules, préau couvert, cour de récréations, cabinets d'aisances, urinoirs, etc.). Il sera accompagné, dans cette visite, par le directeur (ou la directrice) auquel il adressera les observations ou recommandations que pourrait lui suggérer l'état des localités. Il visitera ensuite chacune des classes. Après s'être rendu compte des conditions hygiéniques de la salle au point de vue de l'éclairage, du chauffage, de la ventilation, de l'aménagement du mobilier, etc., etc., il procédera à l'examen des enfants et, en particulier, de ceux qui lui seraient signalés par le directeur ou la directrice comme présentant des symptômes d'indisposition.

ART. 5. — Après avoir terminé sa visite, le médecin-inspecteur consignera, sur le registre spécial à ce destiné, le résultat de ses constatations. Il répondra aux diverses questions formulées dans ce registre au sujet de l'état de propreté des locaux, de l'éclairage, du chauffage, de la ventilation des classes, etc. Il inscrira ensuite, dans les colonnes réservées *ad hoc*, les noms des enfants chez lesquels il aura reconnu des symptômes d'indisposition assez graves pour motiver le renvoi de ces enfants dans leur famille. En indiquant la nature de l'indisposition, il aura soin de faire connaître si elle peut être contagieuse. Enfin, il fera mention du nombre des enfants absents de l'établissement, pour cause de maladie, au

moment de sa visite, en indiquant, d'après les renseignements qui lui seront fournis par le directeur ou la directrice, les maladies qui paraîtraient dominer parmi ces enfants.

ART. 6. — Après chaque inspection et, au plus tard, dans un délai de vingt-quatre heures, le médecin-inspecteur adressera au maire de l'arrondissement un bulletin destiné à faire connaître la situation sanitaire de l'établissement visité. Des formules de bulletins imprimées, indiquant les diverses questions auxquelles le médecin doit répondre, seront mises à la disposition de chaque médecin-inspecteur. Dans les arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis, le bulletin, établi en *double exemplaire*, devra être adressé simultanément au président de la délégation cantonale et au maire de la commune intéressée.

ART. 7. — Les maires des arrondissements feront établir un relevé des propositions contenues dans les bulletins des médecins-inspecteurs, et ils saisiront sans retard l'administration centrale de toutes celles qui leur paraîtraient présenter un caractère d'urgence. Ils réserveront, pour les soumettre à un examen plus approfondi, et, au besoin, pour les communiquer à la délégation cantonale, celles qui, ne répondant pas à des nécessités pressantes, comporteraient une décision d'un caractère général ou impliqueraient des remaniements importants dans l'aménagement des locaux.

— La Société de biologie procédera prochainement à l'élection d'un membre titulaire. Les candidats sont invités à envoyer l'exposé de leurs titres scientifiques à la Commission chargée de dresser la liste de présentation.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 9011.

N° 147. — SAMEDI 20 DÉCEMBRE 1879. 52e ANNÉE. SAMEDI 20 DÉCEMBRE 1879. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



## REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

### La dyspepsie; indications thérapeutiques et traitement (1).

Si l'on a bien suivi, dans notre précédente Revue, l'analyse que nous avons faite de la doctrine de M. Leven, sur la physiologie de l'estomac et sur la dyspepsie, on y aura reconnu une grande affinité avec la gastrite de Broussais. Loin de nous l'idée, en faisant ce rapprochement, de considérer M. Leven comme un plagiaire. Il serait injuste de ne pas lui concéder au moins le bénéfice d'une étude beaucoup plus approfondie des conditions physiologiques de la digestion et d'une analyse clinique plus complète et plus exacte de ses perturbations. Ce qu'il a emprunté à Broussais, c'est l'idée de l'unité pathologiqne de tous les phénomènes morbides dont l'estomac est le siège. Comme l'illustre réformateur, en effet, il s'est attaché à ramener à une lésion primordiale unique toutes les perturbations fonctionnelles diverses et tous les symptômes, dont, sous une même désignation commune, on avait fait jusque-là autant d'espèces morbides distinctes. Il l'a fait, nous nous plaisons à le reconnaître, avec des éléments plus précis d'observation et avec le concours toujours si précieux de la méthode expérimentale. Aussi restera-t-il des recherches de M. Leven un certain nombre de faits intéressants au double point de vue de la physiologie et de la pathologie. Ces recherches auront mis en lumière un fait important en nous faisant connaître la congestion inflammatoire de l'estomac sous l'influence des aliments dits indigestes. Mais, de ce qu'on connaîtra mieux à l'avenir le processus morbide qui peut résulter de l'ingestion inopportune ou en proportions exagérées de tel ou tel aliment, en résulte-t-il nécessairement que ce soit toujours à ce même processus qu'il faudra rapporter toutes les souffrances et toutes les manifestations morbides de cet organe? Est-il vrai que la dyspepsie, dont M. Leven fait le synonyme de congestion, irritation ou inflammation de l'estomac, représente à elle seule toute la pathologie de ce viscère? Et faut-il, comme l'avaient fait dans le temps Broussais pour la gastrite et son contradicteur Barras pour la gastralgie, effacer désormais du cadre nosologique, au profit de cette nouvelle entité morbide, l'embarras gastrique, le catarrhe de la muqueuse de l'estomac, la simple débilité de ses membranes, les divers états névrosiques, les troubles réflexes ou sympathiques, états si différents nosologiquement de l'inflammation? Nous ne le pensons pas; et nous appliquerions volontiers ici, à propos de ces divers états, ce que disait M. Lasègue dans son Introduction au Traité des maladies de l'estomac de Brinton : « Le médecin qui, par un amour excessif du rigoureux, voudrait exclure la classe des dyspepsies de la théorie, ne saurait comment la supprimer dans la pratique. »

Nous avons déjà vu, à propos de l'étiologie, que M. Leven, entraîné par l'évidence, avait considérablement élargi le cercle trop étroit de l'action irritative de certains aliments, dans lequel semblait devoir le renfermer sa théorie, pour admettre le concours d'un grand nombre de causes éloignées. C'était déjà une concession implicite faite à la pluralité des états morbides confondus sous la dénomination commune de dyspepsie. Voyons maintenant comment M. Leven, conformément à sa théorie, envisage la thérapeutique.

Nous ferons pour le traitement ce que nous avons fait pour le point de vue pathologique. Afin d'avoir un terme d'appréciation, rappelons quelle est la pratique la plus habituellement suivie dans le traitement des dyspepsies. C'est encore dans les leçons de M. Dujardin-Beaumetz que nous allons chercher notre terme de comparaison.

*Traitement généralement usité des dyspepsies.*

Le premier principe de pratique formulé par M. Dujardin-Beaumetz est que la thérapeutique des dyspepsies doit être basée sur l'étiologie. Les causes les plus fréquentes de dyspepsie étant les infractions à l'hygiène, c'est à l'hygiène thérapeutique qu'il faut demander les premiers remèdes.

A la dyspepsie par diminution de sécrétion du suc gastrique il propose d'opposer un régime presque exclusivement légumineux; vin coupé avec l'une des eaux minérales de table ; lait pur, non bouilli ; repas à intervalles peu éloignés ; exercice, vie au grand air, bains froids, etc.

A la dyspepsie acide il oppose une médication complexe composée de deux sortes de moyens, les uns pharmaceutiques, les autres diététiques. La médication pharmaceutique se compose des alcalins (eaux alcalines naturelles de Vichy

(1) Voir la Revue clinique du 13 décembre 1879.

et de Vals) et des poudres de bismuth, de magnésie, de carbonate de chaux.

Les moyens diététiques consistent surtout dans l'abstention ou tout au moins la diminution des boissons alcooliques, dans l'usage des vins blancs légers coupés avec une eau alcaline et d'aliments azotés.

Lorsque la dyspepsie acide a fait place à la dyspepsie pituiteuse, qui en est la conséquence ordinaire, sévérité plus grande encore dans l'hygiène alimentaire, régime lacté. Traitement par les eaux alcalines faiblement minéralisées, en évitant celles qui sont trop chargées d'acide carbonique et de fer.

La dyspepsie atonique et flatulente due aux troubles fonctionnels de la couche musculaire de l'estomac, avec dilatation plus ou moins notable de cet organe, réclame deux ordres de moyens différents, suivant que l'on a affaire à la dyspepsie atonique ou par affaiblissement des contractions musculaires de l'estomac, ou à la dyspepsie par perversion et exagération de ces contractions.

La dyspepsie atonique veut l'usage des toniques ou des médicaments dits tétanisants, tels que la strychnine (gouttes de Baumé), les amers (quassia, colombo, gentiane, germandrée), la rhubarbe, l'aloès, le charbon, le curage de l'estomac à l'aide de la pompe stomacale pour les cas de dilatation et de distension par des mucosités, l'électricité, la diététique, les exercices et le traitement thermal non plus comme pour les autres dyspepsies par des eaux gazeuses et alcalines, mais par des eaux qui agissent en stimulant les fonctions de la peau.

*Traitement de M. Leven.*

Pour M. Leven, — et en cela il ne diffère pas sensiblement du premier précepte formulé plus haut, — le traitement de la dyspepsie doit consister surtout dans la réglementation du régime alimentaire. En opposition, cependant, avec les médecins qui s'en rapportent en fait de régime à l'expérience des malades, il est d'avis qu'il faut fixer l'alimentation, en l'appropriant à chaque cas, la variant selon l'intensité de la maladie, la bornant à un seul repas composé d'aliments solides, lorsque l'affection se présente avec des symptômes sérieux, les autres repas ne devant comprendre que des aliments liquides. Dans les cas de dyspepsie récente M. Leven autorise deux ou même trois repas. Il stipule que jamais l'alimentation ne devra être exclusivement liquide. Ses observations lui ont montré que, si la diète absolue, si le régime exclusivement liquide sont également nuisibles, dans les formes graves, la multiplication du nombre des repas préconisée par quelques médecins n'est pas moins contraire.

Quant au choix des aliments, le meilleur de tous, suivant M. Leven, celui qui doit invariablement commencer le repas du dyspeptique, est la viande grillée ou rôtie, de bœuf ou de mouton. Le potage doit être interdit. Le poisson, que M. Leven place immédiatement après la viande dans le régime du dyspeptique, doit suivre et non précéder la viande. Les légumes peuvent faire partie du régime, mais à la condition de faire un choix et d'exclure ceux qui peuvent nuire, soit par leur texture soit par leur composition chimique (marrons, choux, etc.).

Les boissons doivent être toujours prises en petite quantité. Les meilleures sont l'eau, le lait, la bière, le thé et le café; encore ces deux dernières sont-elles contre-indiquées quand on a affaire à des sujets très-nerveux et très-impressionnables.

Ce régime aura pour effet de diminuer le ballonnement de l'estomac, les douleurs, les crampes; mais il ne suffirait pas pour faire disparaître tous les phénomènes morbides. L'excrétion de liquide, les régurgitations acides qui tourmentent tous les malades, réclament une intervention plus active, l'intervention médicale proprement dite.

Cette excrétion aqueuse dont la production est accrue à la suite de chaque repas par l'excitation que les aliments, soit morbides, soit liquides, déterminent dans la muqueuse stomacale, est le symptôme dominant sur lequel insiste M. Leven, comme appelant une médication toute nouvelle qui avait été négligée jusque-là.

M. Leven a constaté dans un très-grand nombre d'observations qu'en faisant absorber par cette muqueuse des sels ne se décomposant pas au contact des acides de l'estomac, l'exosmose se modifiait rapidement. Son expérimentation a porté sur plusieurs centaines de malades, et il a pu grouper un certain nombre de substances qui jouissent à divers degrés de la propriété de modifier et d'enrayer l'exosmose.

Le chlorure de sodium, le sulfate de soude, l'iodure et le bromure de potassium, le phosphate de chaux et le phosphate de soude répondent à cette indication. Ce n'est qu'à très-faible dose (de 20 à 30 centigrammes) qu'ils doivent être donnés, immédiatement avant le repas.

Mais ces sels ne répondent pas à toutes les indications. On a vu plus haut que ce symptôme principal, le flux aqueux ou exosmose de la muqueuse stomacale, s'accompagne le plus souvent d'autres symptômes, éructations gazeuses acides, contractions musculaires douloureuses, constipation, vertige, fièvre, etc.

Le vertige, par exemple, lorsque il est très-violent, ne cède pas à l'emploi de ces moyens; il survit quelquefois à la guérison de la dyspepsie. M. Leven a recours dans ce cas au bromure de potassium à haute dose. La constipation est souvent aussi rebelle; ce n'est point par des purgatifs ingérés par la bouche, mais par des lavements purgatifs, que M. Leven la combat. Pour la diarrhée, il l'abandonne au traitement général de la dyspepsie.

La dyspepsie est-elle ancienne, invétérée, trois symptômes vont réclamer leur part d'indication spéciale, la flatulence, le vomissement, la dilatation. La flatulence n'exige aucune médication spéciale. Le charbon, la magnésie le bicarbonate de soude et les diverses autres poudres plus ou moins inertes et réputées absorbantes, qui sont conseillées pour combattre ce phénomène, lui paraissent sans utilité, la flatulence cédant aux moyens qui ont fait cesser la dyspepsie.

Le vomissement est aqueux ou il est alimentaire, Le vomissement aqueux est ordinairement lié à la dilatation de l'estomac, et son traitement se confond avec celui de cette lésion dont il sera question tout à l'heure. Le vomissement alimentaire est plus sérieux et réclame une attention particulière. M. Leven rapporte plusieurs observations de vomissements de cette nature enrayés par l'emploi du phosphate de chaux à très-haute dose (10 grammes par jour), seul ou associé au bismuth. Dans quelques cas où la dyspepsie avec vomissements alimentaires était liée à un état d'exaltation du système nerveux, comme chez les hystériques, par exemple, il a pu faire cesser ce symptôme, tantôt par l'introduction d'une sonde dans l'estomac, tantôt par un simple changement d'air, dans un cas en faisant des injections d'éther matin et soir dans la région du mollet.

La dilatation de l'estomac constitue l'une des formes de la dyspepsie chronique. Lorsqu'elle existe à un haut degré, elle persiste, quelque médication qu'on lui oppose. Mais, quand elle est de date récente, l'estomac peut être ramené à ses dimensions normales. La première indication est de prescrire un régime sévère, de ne permettre pendant un certain temps qu'un nombre restreint de repas. Le liquide de l'estomac est-il abondant, les malades ne supportent que les aliments liquides. Quant aux médicaments, ils resteront sans effet. C'est pour les cas de ce genre qu'on a recours à l'usage de la pompe à aspiration et au lavage de l'estomac. M. Leven y a eu recours chez un grand nombre de malades, dans des cas de dilatation simple, dans le cas de dilatation avec ulcération. Il a reconnu que cette méthode peut rendre de grands services, mais qu'elle peut être dangereuse si on en fait abus.

Telle est, dans ses principales dispositions, la thérapeutique de M. Leven pour la dyspepsie. On voit qu'au régime alimentaire, qui remplit à ses yeux la première et la plus importante des indications, et qu'il a institué d'après ses observations cliniques et ses études expérimentales de l'action de chacun des principaux aliments sur l'estomac, il n'a fait nulle difficulté d'ajouter un certain nombre d'agents médicamenteux dont le choix est également basé sur des considérations physiologiques invoquées à l'appui de l'expérience.

Nous ferons, à propos de la thérapeutique, la même observation qu'à propos de l'étiologie. On voit que M. Leven semble avoir eu aussi la main un peu forcée par les faits, et que plusieurs des médications qu'il indique comme répondant à des indications symptomatiques secondaires, impliquent également l'idée d'éléments morbides autres que ceux qui dérivent directement du processus irritatif de l'estomac.

De tout ceci nous conclurons, tout en reconnaissant tout ce que M. Leven a apporté de notions nouvelles utiles au point de vue thérapeutique, comme nous l'avons constaté déjà pour la partie physiologique et la partie pathologique de ses recherches, que son sujet déborde en réalité les limites dans lesquelles il s'est efforcé de le circonscrire, et, partant, qu'il y a lieu d'en appeler à une plus ample information des critiques qu'il a adressées aux auteurs contemporains.

— Au moment où nous venions de terminer cette Revue, nous recevons un nouveau livre sur les *Maladies des voies digestives* (1) dans lequel l'auteur, M. Damaschino, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a reproduit les leçons qu'il a été chargé de faire à la Faculté, pendant une annuité, en qualité de suppléant du professeur de pathologie interne. Dans cet ouvrage essentiellement didactique, l'auteur s'est proposé de constituer en quelque sorte, pour l'époque où ces leçons ont été faites, le bilan de nos connaissances sur ces maladies. Les leçons sur la dyspepsie, les seules que nous ayons eu le temps de parcourir, nous montrent, suivant les idées généralement reçues, cet état morbide non comme une entité, mais comme un symptôme survenant à titre de trouble fonctionnel, soit pendant l'évolution d'une maladie de l'estomac, soit dans le cours ou à la suite d'une maladie générale. « La dyspepsie, dit M. Damaschino, phénomène commun à une foule d'affections des plus diverses, ne possède aucune consécration, soit anatomo-pathologique, soit étiologique, soit même pathologique... On a voulu faire de la dyspepsie une névrose ou encore une affection des glandes de l'estomac. Si l'on veut l'envisager comme un symptôme en connexion intime avec les maladies nerveuses, cette assertion est très-admissible ; mais, si l'on prétend lui créer un cadre spécial, en faire une entité pathologique, on dépasse évidemment les bornes légitimes. Quant à la considérer comme une affection chronique des glandes de l'estomac, c'est faire double emploi avec ces dernières lésions qui appartiennent à la gastrite chronique.

« Ainsi donc, la dyspepsie n'est pas une maladie caractérisée par une lésion anatomique ; c'est un symptôme, et c'est à ce titre seul que nous devrons l'envisager... »

Conséquemment à ce programme, M. Damaschino étudie, dans les deux leçons consacrées à ce sujet, la dyspepsie dans les maladies de l'estomac, la gastrite chronique, l'ulcère simple, le cancer, etc. ; dans les conditions d'excès de quantité ou de qualité des aliments ou d'insuffisance d'alimentation, dans les conditions de fatigue, dans les maladies du foie, dans celles du pancréas, de l'intestin, dans les maladies utérines, dans les affections urinaires, dans les maladies générales, dans la chlorose, les anémies, dans les diverses diathèses, les névroses, les troubles circulatoires et respiratoires, etc.

Le régime alimentaire et le traitement des causes résument la thérapeutique de la dyspepsie ou plutôt des dyspeptiques.

Dr Brochin.

(1) *Maladies des voies digestives*, leçons professées à la Faculté de médecine de Paris (suppléance du cours de pathologie interne), par M. F. Damaschino, agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Laënnec, recueillies par le docteur M. Letulle, interne, lauréat des hôpitaux, et revues par l'auteur. Un volume in-8°. Paris, 1880, librairie Germer-Baillière.

## PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

### Hyperthermie dans les maladies. Appareil réfrigérateur.

(Communication faite à la Société de biologie le 6 décembre 1879.)

Par M. le docteur Dumontpallier, médecin de la Pitié.

Depuis plusieurs années on s'est beaucoup occupé de l'hyperthermie dans les maladies et en particulier dans la fièvre typhoïde, le rhumatisme cérébral et la septicémie. Brand, en Allemagne, et Glénard, en France, ont préconisé l'usage des bains froids pour lutter contre l'excès de température morbide. Cette méthode thérapeutique ne s'est point généralisée en France, parce que l'on n'a pas été convaincu de ses avantages réels, parce qu'elle était d'un usage difficile, peu pratique, et surtout parce que, à tort ou à raison, elle a été accusée d'avoir déterminé des bronchites, des pneumonies, des hémoptysies, des péritonites et des hémorrhagies intestinales chez les malades subitement refroidis par des bains à 20 et à 16° centigrades.

Toutefois, après avoir relu les leçons de Claude Bernard sur la chaleur animale et l'ouvrage de P. Lorain sur la température du corps humain, j'ai été convaincu que l'hyperthermie est une aggravation redoutable dans les maladies fébriles, et j'ai pensé qu'il y aurait avantage à combattre l'hyperthermie par un procédé lent, continu, progressif, dont l'action mesurée pourrait mettre à l'abri des dangers attribués à la méthode de Brand.

Le problème à résoudre était donc, tout en laissant les malades dans leur lit, d'abaisser lentement, progressivement, l'excès de température, sans exposer les viscères à des congestions inflammatoires ou hémorrhagiques.

En conséquence je priai M. E. Galante de me prêter son concours pour la construction d'un appareil réfrigérateur à action mesurable et dont l'usage clinique pourrait être facile.

Nous croyons avoir résolu ce problème au moyen d'une couverture spéciale qui peut envelopper le malade et dans laquelle on fait passer un courant d'eau à température déterminée.

Voici la description de notre appareil :

Deux morceaux de toile d'égale grandeur sont opposés l'un à l'autre et réunis par des piqûres parallèlement disposées, lesquelles laissent entre elles l'espace nécessaire pour recevoir un tube de caoutchouc de plusieurs mètres de longueur et de 1 centimètre de diamètre intérieur. Ce tube, qui parcourt ainsi tous les espaces libres de la couverture de toile, a ses extrémités reliées à un système de robinets et de petites chambres métalliques qui permet de constater, à chaque instant, la température de l'eau en circulation à l'orifice d'entrée et à l'orifice de sortie de l'appareil.

L'appareil est alimenté par un siphon qui plonge dans un réservoir situé à 1m,50 au-dessus du plan sur lequel repose le malade. L'ouverture de sortie déverse le liquide dans un vase qui permet de mesurer la quantité de liquide écoulé en un temps donné. L'appareil avec lequel j'ai fait mes expériences débite 1 litre 1/2 par minute, soit 90 litres à l'heure. L'appareil rempli contient 6 à 7 litres d'eau, et il faut quatre minutes environ pour le remplir. Des robinets d'entrée et de sortie permettent de régler ou de suspendre l'écoulement du liquide.

Voici comment nous procédons pour faire nos expériences. La couverture remplie d'eau est placée sur un lit, le malade repose sur cette couverture dont les parties latérales sont ramenées sur la région antérieure du corps. La souplesse de cette couverture est telle qu'elle accuse la forme des surfaces qu'elle recouvre.

Alors on relie l'appareil aux tubes d'apport et de sortie de l'eau. Les robinets restant fermés, des thermomètres sont placés dans l'aisselle et dans le rectum. Note est prise de la température de ces régions.

Toutes choses étant ainsi disposées et les températures étant notées, on ouvre simultanément les deux robinets. Aussitôt le thermomètre d'entrée donne la température du réservoir qui alimente l'appareil, et, si l'on suppose la température de l'appareil à 18° avant son fonctionnement, le thermomètre d'entrée descend rapidement à 10° dans la saison actuelle (décembre), tandis que le thermomètre de sortie marque encore 15° à 14°; mais ce dernier ne tarde pas à descendre à 12°,5, à 12°; et, à partir de 12° au thermomètre de sortie, la régulation thermique du malade est vaincue. Le thermomètre de sortie, de même que les thermomètres placés dans l'aisselle et dans le rectum, descendent régulièrement et donnent des tracés sensiblement parallèles, de telle sorte que, l'appareil étant en fonctionnement régulier, on pourrait, par l'inspection seule du thermomètre de sortie, indiquer approximativement l'abaissement régulier ou irrégulier de la température de l'aisselle et du rectum.

Mais, aussitôt que l'on ferme les robinets, trois quarts d'heure, une heure après le début de l'expérience, les thermomètres des chambres métalliques montent rapidement, ce qui indique que le malade cède de la chaleur à l'appareil, et l'on constate au même moment que les températures axillaire et rectale ou la température rectale seule continuent à baisser pendant dix, vingt, trente minutes.

Dans cette première série d'expériences comprenant quatorze observations faites pendant une heure, une heure et demie, deux heures, sur des sujets en état de santé ou en état de maladie, nous avons eu pour but principal d'établir la puissance, la continuité et la régularité de notre appareil réfrigérateur.

Dans une seconde série d'expériences nous étudierons sur les malades la durée de l'abaissement de la température après la cessation d'action de l'appareil, et nous rechercherons dans quelles conditions et à quels moments de la journée (vingt-quatre heures) l'appareil doit être remis en fonctionnement pour obtenir une température sensiblement égale et continue pendant un ou plusieurs jours.

Les expériences faites par nous sur l'homme sain et sur l'homme malade nous autorisent à conclure :

1° Que notre appareil, dans l'espace de une heure à une heure et demie, détermine progressivement un abaissement de la température périphérique et centrale, cet abaissement pouvant être de 2°,5 dans l'aisselle et de 1°,4 dans le rectum;

2° La régulation physiologique semble plus difficile à vaincre que la régulation pathologique, c'est-à-dire qu'il est plus facile de faire baisser la température morbide que la température physiologique.

Nous nous proposons d'étudier avec le même appareil l'action du refroidissement local (d'un membre, de la tête et de la région rachidienne) sur la température générale, périphérique et centrale.

Avant de terminer cette communication, je tiens à dire la part de MM. Galante dans la construction de cet appareil, et je suis heureux d'avoir l'occasion de les remercier publiquement de leur concours actif et très-utile.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 décembre 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### RAPPORT

**Névrotomie opto-ciliaire et énucléation de l'œil.** — M. Giraud-Teulon, rapporteur. Les mémoires adressés à la Société par M. Dianoux (de Nantes) et par M. Abadie tendent tous les deux à remplacer l'énucléation de l'œil dans l'ophthalmie sympathique par la section des nerfs ciliaires. L'énucléation est une opération grave. On tenta de lui substituer un autre moyen d'interrompre la chaîne nerveuse qui fait retentir la lésion d'un œil sur l'autre œil sain. C'est de Graefe qui, le premier, proposa la section des nerfs ciliaires en dehors de la sclérotique. Constatant la difficulté de sectionner tous les nerfs ciliaires sans atteindre les vaisseaux, il fit l'incision de la sphère scléroticale sur un segment d'un centimètre à un centimètre et demi. Il revint ensuite à l'énucléation, qui était plus sûre. Mais son élève, E. Meyer, reprit la névrotomie ciliaire. Il reste encore des doutes sur l'efficacité de cette opération. Si le groupe ciliaire était certainement la seule voie par laquelle se transmet l'irritation sympathique, la névrotomie ciliaire serait bien indiquée; mais beaucoup d'auteurs, Mackensie entre autres, et je partage son opinion, pensent que l'irritation part, en certains cas, du nerf optique lui-même. Il faut donc couper les communications optiques en même temps que les ciliaires.

La thèse de M. Redard, élève de M. Abadie, a donné l'historique de la question. Première phase : idée de Graefe qui sectionne sur un espace très-limité. Deuxième phase, dans laquelle on attaque les nerfs au niveau de leur pénétration dans le globe oculaire. Troisième phase : division simultanée des nerfs ciliaires et du nerf optique.

Pour les procédés opératoires, M. Dianoux fait la section entre le droit externe et le droit supérieur, puis il va couper le nerf optique en se servant du petit doigt comme conducteur de l'instrument. Sur 4 cas, il a eu du strabisme divergent, ce qui fait supposer que le muscle a dû être atteint. M. Abadie se donne plus de place en sectionnant le muscle droit externe, puis il suture le muscle ensuite.

Les résultats généraux obtenus par les auteurs sont l'insensibilité complète du globe. Sur les 18 cas de M. Abadie, plus les 4 cas de M. Dianoux, plus 17 autres observations connues, on compte cinq insuccès incontestables. En général, l'inflammation est modé-

rée, la sensibilité de la cornée est éteinte, mais la notion du tact est conservée. La conjonctive reste sensible. Dans les sections incomplètes, l'insensibilité de la cornée est limitée aux segments correspondants. L'iris conserve sa sensibilité. La tension diminue et le globe oculaire n'est plus douloureux. La cornée ne perd pas sa transparence. Voilà les résultats favorables. Quant aux résultats défavorables, citons le strabisme divergent qu'il est difficile d'éviter à cause du voisinage du muscle droit interne et du nerf optique ; dans l'énucléation, souvent nous sommes obligés de donner deux ou trois coups de ciseaux avant de couper le nerf pour nous débarrasser de ce muscle droit interne. M. Abadie a aussi un cas de strabisme définitif, malgré l'étendue plus large de l'ouverture.

Parmi les accidents, on trouve des hémorrhagies secondaires, la fonte purulente, etc. Citons encore les hémorrhagies immédiates qui produisent de l'exorbitisme, l'insensibilité de la cornée et les ulcérations et suppurations consécutives.

Les auteurs concluent que l'opération est peu grave, que le globe oculaire conserve sa nutrition, sa forme, sa transparence et ses mouvements ; enfin que l'énervation supprime les douleurs et les actions réflexes qui constituent l'ophthalmie sympathique. Examinons chacune de ces conclusions : il faut admettre que le globe oculaire conserve, dans la plupart des cas, une vie végétative suffisante. En sus de la couronne des nerfs ciliaires, il y a trois ou quatre filets venant de la branche ophthalmique qui peuvent continuer la nutrition de l'organe et conserver la sensibilité à l'iris, à la conjonctive (*rami ciliares longi*). Ils sont toutefois bien peu nombreux. Enfin la physiologie n'a pas dit son dernier mot sur ce sujet ; les cellules nerveuses de la choroïde ont-elles peut-être un certain rôle ? J'accorde encore la disparition des phénomènes locaux douloureux ; mais est-ce une garantie contre une récidive d'ophthalmie sympathique ? la sympathie est-elle bien interrompue entre les deux couronnes ciliaires ? Il reste encore de la sympathie entre les deux iris. Si donc l'on a des probabilités favorables, on n'a pas de garantie assurée contre les menaces de récidive. On n'a fait qu'ajourner l'énucléation. Quant à dire l'opération facile, disons plutôt le contraire. Souvent les incisions ont été incomplètes ou exagérées, on a des hémorrhagies du fond de l'orbite suivies de kératites ulcéreuses, de menaces de phlegmon, etc. Il y a 5 insuccès très-sérieux sur 30 observations authentiques.

L'énucléation, au contraire, a des résultats si satisfaisants et des suites si simples qu'on doit préférer une mutilation plus grande à une opération qui accroît les dangers. On lui reproche l'immobilité presque absolue des appareils prothétiques ; ce n'est qu'une affaire d'esthétique. Chez les jeunes sujets il faut, il est vrai, éviter l'énucléation pour ne pas empêcher le développement régulier de la face. Mais, en définitive, il me semble qu'on doit maintenir à l'énucléation la priorité en raison de sa facilité d'exécution, de l'absence de complications et de la sécurité pour l'avenir. Il est néanmoins de toute justice d'encourager les tentatives rationnelles entreprises par les auteurs, parce qu'elles pourront avoir leurs indications spéciales.

M. TILLAUX rappelle qu'il y a une douzaine d'années il a proposé de remplacer le procédé d'énucléation circulaire par l'énucléation d'arrière en avant, dont le premier temps est précisément celui que l'on a adopté pour l'énervation. Il consiste à faire la section du droit externe, puis à couper le nerf optique avant d'attirer le globe hors de la boutonnière conjonctivale.

M. DESPRÈS. J'estime que l'opération de l'énervation n'est pas une opération raisonnable parce qu'elle est mal réglée. On veut couper le nerf optique et les nerfs ciliaires, mais on n'est jamais sûr de couper tout le paquet nerveux, et l'on fera toujours quelques délabrements du côté des muscles ou du côté des nerfs. L'ophthalmie sympathique tient généralement à une altération de la cornée ou du cercle ciliaire ; je préfère l'ablation de ce cercle ciliaire. J'ai fait l'an dernier cette opération qui consiste dans l'incision de la cornée, et la résection de la cornée et de la sclérotique ; mes malades ont guéri après suppuration de l'œil qui se vide de tout ce qu'il contient. Le moignon qui reste est très-bien conformé pour recevoir un œil artificiel.

M. TERRIER. Le procédé qu'indique M. Desprès est bien connu ; il a été généralement abandonné parce qu'il faut souvent faire plus tard une énucléation plus complète, même lorsqu'on n'a pas fait suppurer et que l'on a obtenu la réunion par première intention après suture des deux lambeaux comme le fait M. de Wecker. Il y a d'autres lésions qui provoquent l'ophthalmie sympathique, telles que l'ossification de la choroïde, les altérations de la rétine, etc. Les malades opérés par M. Desprès restent encore exposés à une récidive.

Si la section de la plus grande partie des nerfs ciliaires donne un minimum de vitalité suffisant au globe oculaire, il faudrait du moins savoir s'il le conservera longtemps, ou bien si une excitation quelconque ultérieure ne réveillera pas la sympathie. Les résultats n'ont pas été aussi satisfaisants qu'on le désirait : il a fallu appliquer parfois un œil artificiel. Enfin il est resté un tissu de cicatrice au niveau de la section ; le travail de névrite, s'il existait, ne se continuera-t-il pas après la section ? Les malades n'ont été suivis qu'un ou deux mois, en général ; ce n'est pas un délai suffisant. Si l'œil devait conserver toujours assez de vitalité, j'accepterais bien l'énervation ; mais, si l'on est réduit à appliquer un œil artificiel, je préfère faire l'énucléation.

M. PERRIN. L'excision de la moitié antérieure de l'œil n'est pas une opération digne d'encouragement ; souvent il y a récidive, cicatrice cystoïde, staphylome antérieur, etc. Quant à la névrotomie, c'est une opération très-originale, qui paraît autorisée par la physiologie. Mais quel progrès réalise-t-elle ? Un mince avantage esthétique. Pour s'y rallier, il faudrait qu'elle ne produisît que des accidents locaux et bénins. On peut bien la pratiquer sans léser les muscles, mais tous les nerfs ciliaires sont-ils coupés ? J'en doute fort, car, dans ce cas, je ne comprendrais guère la survie de l'œil dont tous les nerfs ciliaires seraient sectionnés. Enfin, il faudrait observer les malades pendant un plus long espace de temps. Je reste donc partisan de l'énucléation, simple et sûr procédé qui n'expose pas à des accidents, et dont les ravages sont palliés en grande partie par la prothèse.

M. VERNEUIL. Les observations de M. Redard (dont j'ai présidé la thèse) sont trop sommaires et pas assez précises pour détrôner une opération ancienne qui a fait ses preuves. L'énervation, en admettant même qu'elle soit facile, ne deviendra jamais une méthode générale ; il y a des ophthalmies sympathiques très-tardives dans lesquelles on observe des troubles profonds dans la structure des tuniques oculaires, et qui exigeront toujours l'énucléation. Quant aux cas de sympathie récents, pourquoi abandonne-t-on la thérapeutique non opératoire, le traitement interne ? Je ne crois pas qu'il faille énucléer tout œil atteint d'ophthalmie sympathique ; certains malades refusent l'opération et guérissent. Ainsi j'ai proposé l'énucléation cinq ou six fois à une jeune fille qui avait eu une plaie de la cornée ; elle refusa, et guérit de son ophthalmie sympathique par l'arsenic et le sulfate de quinine. Un autre de mes malades, qui avait subi l'énucléation d'un œil, fut repris l'année suivante de douleurs analogues à celles de sa première ophthalmie sympathique ; j'étais prêt à lui faire une iridectomie, mais je tentai encore auparavant de lui faire prendre 1 gramme de sulfate de quinine à midi et 0g,50 le soir ; de même le lendemain. En deux jours le malade était soulagé.

J'évite souvent dans mon service les iridectomies pour accidents sympathiques récents, avec 2 grammes de sulfate de quinine. Mackensie dit qu'il n'y a aucune médication interne qui réussisse ; cependant il a vu un cas de guérison par le sulfate de quinine. J'admets bien les opérations, l'énucléation, etc., mais je voudrais que l'on essayât un peu plus la médication interne. Pour les cas anciens de sympathie, je préférerais l'énucléation à l'énervation.

M. TRÉLAT. L'opération de Critchett, préconisée par M. Desprès, est inférieure à l'énucléation ; ces moignons ratatinés deviennent douloureux et amènent des récidives. Ce qu'il est difficile de distinguer dans ces cas, c'est de savoir s'il s'agit d'ophthalmie sympathique véritable, ou seulement de névralgie. Les douleurs circum-

orbitaires sont bien les mêmes. Si l'on réussit avec le sulfate de quinine, c'est qu'il s'agissait de migraine et de névralgie. Le diagnostic de l'ophthalmie sympathique au début est toujours difficile : mais il vaut mieux opérer vite et enlever inutilement dix globes oculaires (qui étaient perdus et inutiles) que de laisser perdre un seul œil sain par l'ophthalmie sympathique.

M. GIRAUD-TEULON. Le procédé de M. Tillaux comporte une difficulté de plus que dans le procédé classique, puisqu'il faut toujours couper toute la circonférence oculaire pour dégager les muscles. M. Desprès nous oppose l'amputation antérieure de l'œil; celle-ci ne peut réussir que dans les cas où l'on est certain du point de départ des réflexes douloureux dans la cornée ou dans le cercle ciliaire. Mais s'il y a doute, s'il y a ossification qui peut atteindre même la cupule du nerf optique, il faut aller plus loin. La suppuration du globe oculaire, que quelques-uns disent avantageuse, amène parfois les ophthalmies sympathiques. Enfin l'ophthalmie sympathique, il ne faut pas l'oublier, peut quelquefois exister sans douleurs et ne se manifester que par des troubles optiques : il faut alors chercher si rien, dans la réfraction, n'explique ces troubles et la diminution de la vue.

### PRÉSENTATION DE MALADE

**Ankyloblépharon.** — M. TRÉLAT présente un jeune homme qu'il a opéré pour un ankyloblépharon de la paupière inférieure consécutif à une brûlure ancienne. M. Trélat a disséqué très-exactement le tissu situé sur la pupille et la cornée, puis il a rabattu le lambeau libéré de la cornée sur la paupière détachée de son adhérence anomale. La cornée restait dépourvue de conjonctive : M. Trélat a détaché de chaque côté la conjonctive des parties voisines et l'a amenée par glissement au contact et l'a suturée. Le pansement antiseptique de Lister a été appliqué, et il n'y a eu aucune suppuration.

MM. LE FORT et DESPRÈS, tout en reconnaissant que l'opération est parfaitement exécutée, expriment l'opinion que la rétraction cicatricielle se produira plus tard, comme ils l'ont observé chez leurs opérés.

### PRÉSENTATION DE PIÈCES

**Fibromes symétriques des deux ischions.** — M. VERNEUIL présente deux fibromes qu'il a enlevés chez le même sujet, homme jeune et robuste. Ils siégeaient sur l'extrémité inférieure de chaque ischion, à la pointe de la fesse. Ces tumeurs fibreuses ont des rapports avec la bourse séreuse de l'ischion. Il a fallu sculpter pour ainsi dire la tumeur et arriver jusque sur l'ischion lui-même. La séreuse présente des franges.

M. NICAISE a enlevé une tumeur analogue, mais siégeant sur un seul côté, chez une femme âgée d'une quarantaine d'années.

La séance est levée à cinq heures et demie.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un immense malheur vient de frapper une des familles les plus honorées de la médecine parisienne. Notre éminent confrère, le docteur Bourdon, médecin de la Charité, a perdu lundi dernier, à Menton, son fils Emmanuel qui, fils, petit-fils et arrière petit-fils de médecins, succombe, à l'âge de trente-trois ans, chirurgien des hôpitaux de Paris. Ainsi se trouve brisée cette grande lignée de praticiens qui donna Sabatier, Adelon et Bourdon. Nous ne pouvons nous défendre de nous associer publiquement à la douleur d'une famille éplorée qui ne compte que des amis autour d'elle. Demain samedi, à midi très-précis, nous viendrons tous à l'église de la Madeleine nous serrer autour de ce cercueil qui emporte si cruellement tant d'espérances.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les exercices pratiques d'histoire naturelle commenceront le samedi 20 décembre 1879, sous la direction de M. le professeur Baillon, dans les dépendances de l'ancien collège Rollin (entrée rue Vauquelin). Ces exercices sont *obligatoires* pour tous les élèves de première année. Ces élèves devront se rendre le 20 décembre de une heure à quatre heures, à l'ancien collège Rollin. Ils seront inscrits par le chef des exercices pratiques d'histoire naturelle. Ils devront produire : 1° une carte d'admission aux travaux pratiques (première année) qui est délivrée par le secrétariat de la Faculté ; 2° la quittance détachée du registre à souche constatant le payement des droits.

Ces exercices pratiques sont *facultatifs* : 1° pour les élèves qui ont échoué au premier examen de fin d'année, ou au premier examen de doctorat (nouveau régime) ; 2° pour les élèves qui préparent le troisième examen de doctorat (ancien régime) ; pour les élèves qui étaient en cours d'étude antérieurement au 1er novembre 1879 et ayant opté pour le nouveau régime ont à subir le premier examen de doctorat suivant ce nouveau régime. Les élèves de ces trois catégories qui désirent prendre part aux exercices pratiques devront en faire la demande au doyen et, s'ils sont autorisés, verser les droits prescrits par le décret du 14 novembre 1879 (circulaire ministérielle du 8 décembre 1879).

— Par décret en date du 8 décembre 1879, ont été nommés membres du conseil de surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris :

MM. Pont, conseiller à la Cour de cassation; E. de Salverte, maître des requêtes au Conseil d'État; Carcenac, maire du deuxième arrondissement; Ferry, maire du neuvième arrondissement; le docteur Bouchardat, administrateur du bureau de bienfaisance du quatrième arrondissement; le docteur Dubrisay, adjoint au maire du quatrième arrondissement; le docteur Nicaise, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Quioc (Jules-Victor), né à Saint-Étienne (Loire) le 28 novembre 1851, docteur en médecine, est nommé, pour une période de deux années, chef de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Stœber, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Peillon (Albert-Louis-Frédéric), né à Lyon le 21 janvier 1852, est chargé, pendant l'année scolaire 1879-1880, des fonctions de chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Cordier, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Bard, docteur en médecine, est nommé aide de clinique des maladies des femmes, en remplacement de M. Garin, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Rendu (Jean-Claude), né à Châtillon-de-Michaille (Ain) le 1er septembre 1851, docteur en médecine, est nommé, pour une période de deux ans, chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Constantin, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Flavard (Étienne), né à Puilaches (Hérault) le 10 janvier 1850, bachelier ès sciences, est délégué, pendant l'année scolaire 1879-1880, dans les fonctions de chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique, en remplacement de M. Jacquin, démissionnaire.

M. Sabatier est chargé des fonctions de préparateur de zoologie et anatomie comparée, pendant l'année scolaire 1879-1880.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Noël est nommé préparateur du cours de chimie biologique.

— *Faculté des sciences de Poitiers.* — M. Schneider, docteur ès sciences naturelles, est nommé professeur de botanique et de zoologie.

— *École de médecine de Caen.* — Un concours s'ouvrira, le 25 juin 1880, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, toxicologie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle.

— *École de médecine de Dijon.* — Des concours s'ouvriront à ladite école : 1° le 21 juin 1880, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie ; 2° le 26 juin 1880, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie et pharmacie. — Les registres d'inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture des concours.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. le docteur Turel, professeur d'hygiène et de thérapeutique, est nommé officier d'académie.

— *École de médecine de Limoges.* — Un concours s'ouvrira, le 24 juin 1880, pour un emploi de chef des travaux anatomiques.

— *École de médecine de Rennes.* — Un concours s'ouvrira, le 21 juin 1880, pour un emploi de suppléant des chaires de chirurgie et accouchements.

— La Société de Médecine de Paris, dans sa dernière séance, a procédé au renouvellement du Bureau pour 1880, ainsi qu'il suit :

Ont été nommés : Président : M. Collineau; vice-président : M. Charrier; secrétaire général : M. de Beauvais; archiviste : M. Rougon; trésorier : M. Perrin; secrétaires des séances : MM. Cyr et Lutaud; membre du Conseil d'administration : MM. Blondeau et A. Forget; membres du Comité de rédaction : MM. Jules Besnier, Duroziez et Reliquet.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Avis.* — M. Gilbert est prévenu qu'il subira le troisième examen de doctorat le lundi 22 décembre, à une heure (deuxième série).

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Étude sur l'ictère grave,** par le docteur A. Mossé, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de Montpellier (médaille d'argent). In-8° de 176 pages et 2 planches. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

**Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie.** Ce guide est indispensable à tous les Étudiants en médecine. Il contient les modifications apportées aux études médicales, la législation des Facultés et tous les renseignements qui peuvent intéresser l'Étudiant en médecine : Concours de l'externat et de l'internat, enseignement libre, dissection, médecins étrangers, officiers de santé, sages-femmes, journaux de médecine, écoles préparatoires, etc., etc. Le *Guide de l'Étudiant* contient le programme des cours de la Faculté de médecine et de l'École pratique pour 1880. 1 volume in-8°. — Prix : 2 fr. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

**Contribution à l'histoire de la tuberculisation génitale et urinaire,** par le docteur Henri Picard. In-8° de 24 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 9024.

N° 148. — MARDI 23 DÉCEMBRE 1879. 52e ANNEE. MARDI 23 DÉCEMBRE 1879. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas jeudi.



## HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

### Diabète sucré : étiologie, traitement (1).

VI

On dit que le diabète est plus commun aujourd'hui qu'autrefois ; il est vrai qu'on en observe des exemples beaucoup plus fréquents, mais cela tient simplement à ce que les médecins savent mieux le reconnaître qu'il y a trente ans. C'était jadis une rareté pour les médecins, mais ce n'était pas une rareté pour la nature. Aujourd'hui on en sait mieux les symptômes; autrefois les cas de diabète étaient classés sous la rubrique de phthisies, épuisement, etc.

Le diabète est une maladie de tous les âges : cependant il est rare dans les premières années de l'enfance. Vers l'âge de cinq ou six ans, il est moins rare. Le plus souvent on l'observe vers l'âge de trente à cinquante ans. On a dit, mais à tort, que passé cinquante ans on ne le voyait plus. On l'observe vers soixante ou soixante-dix ans chez des sujets qui n'avaient aucune trace de glycosurie auparavant.

C'est aussi une affection de tous les sexes ; il y a cependant prédominance pour le sexe masculin : Griesinger a trouvé, sur 235 cas, 172 hommes et 53 femmes. Les différences de tempérament n'y sont pour rien : le diabète attaque les constitutions les plus robustes aussi bien que les plus délicates. L'hérédité joue un certain rôle : on est diabétique de père en fils, de mère en fille. J'ai observé personnellement et assez souvent des familles où il y avait plusieurs diabétiques. Aussi je pense que l'on doit toujours se tenir en éveil de ce côté lorsque l'on traite des membres d'une famille où l'on connaît des diabétiques.

Le diabète paraît plus commun dans les climats froids et humides; dans les régions tropicales, les nègres paraissent indemnes de diabète. Cela peut être vrai pour ceux qui restent dans leur pays, mais à Paris il n'en est plus rien, car j'ai traité, il y a quelques années, un nègre diabétique.

Quant aux causes prédisposantes du diabète, les professions sédentaires et la vie de cabinet paraissent y contribuer; le diabète est rare chez les personnes qui se livrent à un travail manuel et qui exercent leur système musculaire. C'est une maladie encore rare dans nos hôpitaux, tandis qu'un médecin qui exerce en ville compte assez facilement dix à quinze diabétiques dans sa clientèle. Il faut aussi tenir compte des causes morales, des chagrins profonds et durables, qui prédisposent certainement à cette maladie. C'est pour moi l'une des causes les plus communes. Une frayeur une émotion vive peut aussi déterminer le diabète.

Pour ce qui regarde l'alimentation, on a dit que le diabète était produit par une alimentation trop riche en matières sucrées ou féculentes, par l'abus des boissons sucrées, des sirops, des entremets sucrés, du pain, etc. Pour cela, il faut confondre le diabète avec la glycosurie, ce qui est tout différent. La glycosurie disparaît dès qu'on cesse ce régime particulier. J'en ai observé plusieurs exemples. Ce n'est pas là du diabète.

On accuse aussi certaines maladies de produire le diabète: ainsi la syphilis et la phthisie pulmonaire. C'est une erreur. La syphilis n'empêche pas de devenir diabétique, et réciproquement; de même on devient phthisique après avoir été atteint de diabète.

C'est par une simple vue théorique que l'on a dit que le diabète pouvait être la conséquence des maladies du foie, en raison de la fonction glycogénique de cet organe. Mais, avec plus de raison, l'on a rattaché le diabète à la goutte. Il est en effet un des accidents qui menacent le plus les goutteux. Cependant ce diabète est moins grave et cède plus facilement au traitement. C'est dans ces cas qu'on a vu le diabète dit intermittent alterner avec un bon ou un mauvais régime.

Enfin, les maladies du système nerveux peuvent amener le diabète. On sait l'expérience de Cl. Bernard, qui provoquait le diabète expérimental chez les animaux en piquant les régions voisines du plancher du quatrième ventricule. Certaines maladies cérébrales (tumeurs, scléroses, exostoses), envahissant ces mêmes régions, peuvent être suivies d'un véritable diabète, avec paralysie et glycosurie. On a aussi accusé la paralysie agitante, l'hystérie, l'aliénation mentale, l'épilepsie, de conduire au diabète. C'est une erreur. Il n'y a pas d'opposition évidemment entre ces maladies et le dia-

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 décembre 1879.

bète, mais il n'y a que coïncidence lorsqu'on les rencontre réunis chez un même sujet.

Parmi les causes les plus efficaces, et sur lesquelles j'insiste plus particulièrement en terminant cette question de l'étiologie, je rappelle à votre mémoire l'hérédité, la vie sédentaire, les influences morales et la goutte.

Je ne m'arrêterai pas ici à vous faire la théorie du diabète; je reste dans mon rôle clinique et j'aborde immédiatement la conclusion la plus importante de cette étude, le traitement du diabète.

*Traitement.* On peut guérir le diabète, surtout lorsqu'il ne dure pas depuis longtemps. C'est là un point qu'il faut bien retenir afin que le médecin, après avoir employé tous les moyens, ne se décourage pas dans son entreprise.

Plaçons en première ligne les prescriptions hygiéniques. Vous réglerez l'alimentation du diabétique, en le privant de tous les aliments qui contiennent du sucre ou des substances susceptibles de se transformer en sucre. Pas de sucre, pas de féculents. Pas de sucre dans les aliments ou dans les boissons, pas de sirops, d'entremets sucrés, de vins sucrés; pas de vin de Champagne, ni de bière, ni de cidre, ni de fruits sucrés et notamment de raisins, de figues, d'ananas, de melons. Vous autoriserez au contraire les pêches, les cerises, les groseilles, les fruits légèrement acides.

Vous priverez le diabétique de féculents : pas de pain ou le moins possible; il ne devra manger que la croûte de pain. On a recommandé de faire usage d'un pain particulier, de pain de gluten : c'est un mauvais moyen, auquel il ne faut pas du tout se fier. En effet, ou le pain est vraiment un pain de gluten, et il est très-désagréable et ne peut être supporté, ou le fabricant y ajoute beaucoup de farine pour le rendre appétissant, et il ne remplit plus son but. Vous défendrez aussi l'usage de toute pâtisserie, de toute pâte dans les potages, du riz, des macaronis, des semoules, du tapioca, toutes substances féculentes, aussi bien que les légumes farineux, pommes de terre, carottes, lentilles, haricots, etc.

Mais, direz-vous, que restera-t-il à notre diabétique? Il reste encore une belle série d'aliments, et vous ne sauriez mieux vous en faire une idée qu'en lisant les menus formulés par M. Bouchardat. Pour en citer quelques-uns, voyons pour le potage (sans lequel, en France, il n'y a pas de bon dîner) : il reste le bouillon, avec un œuf dans le potage, le potage aux choux, le potage à la bisque, etc. Parmi les viandes, on a le choix entre toutes les viandes blanches ou noires, le gibier, le poisson, les coquillages. Quant aux légumes, nous avons encore les légumes verts, la chicorée, les épinards, les asperges, etc.

Pas d'aliments sucrés surtout, pas de sucre dans le thé ni dans le café; on l'a remplacé quelquefois par la glycérine. On sucre son café ou son thé avec la glycérine; un industriel, peut-être un diabétique, a eu la bonne idée de fabriquer toutes sortes de liqueurs à la glycérine, qui y remplace le sucre. On a ainsi du rhum, du curaçao, de l'anisette, etc., à la glycérine; j'en ai goûté chez un de mes clients, ce n'est pas trop désagréable.

Le vin est nécessaire aux diabétiques : pour subvenir aux pertes de leur organisme, vous leur prescrirez les vins de Bordeaux, de Bourgogne, surtout les vins rouges, et pas les vins blancs qui sont diurétiques. Mais vous leur interdirez les vins sucrés, les vins blancs divers. Ils feront usage d'eaux minérales alcalines, qui favorisent la digestion.

Il faut être sévère sur le régime et ne permettre le retour à la vie ordinaire que lorsque la glycosurie a disparu complètement et depuis plusieurs mois.

On ajoute à ce régime quelques autres moyens hygiéniques, l'exercice, la gymnastique, des marches fatigantes, des transpirations, l'équitation, le travail manuel; on fait labourer son jardin à un diabétique, etc. Puis l'hydrothérapie, les lotions froides, pour favoriser la transpiration cutanée.

Dans la médication interne, notons en première ligne un traitement qui compte un certain nombre de succès, le traitement par les alcalalins, le bicarbonate de soude, de lithine, de chaux, soit à l'état de sels, soit sous la forme d'eaux minérales. Ce traitement répond à l'idée de Mialhe qui disait que le sang est moins alcalin dans le diabète; on a même dit que le sang devenait acide, mais jamais le sang n'est acide. Les alcalins, quoi qu'il en soit, rendent service dans le traitement du diabète, surtout chez les goutteux où ils répondent à une double indication.

Quelques médecins ont préconisé les médicaments altérants, l'iode, le fer, l'arsenic. Je n'ai pas grande confiance dans ce dernier médicament. Le malade du service de M. Vulpian a été soumis à la médication arsenicale depuis un certain temps, son état ne s'est pas modifié. C'est plutôt à la médication reconstituante qu'il convient d'avoir recours, quinquina, amers, après les repas, coco, colombo, vins de Bordeaux et de Bourgogne. Les toniques sont les meilleurs adjuvants du traitement du diabète.

Le trouble des fonctions respiratoires caractérisé par une consommation moindre d'oxygène fournit parfois des indications particulières. Faire aspirer de l'oxygène pur est une idée théorique rationnelle, qui a été quelquefois appliquée à la pratique. Ce moyen a réussi plusieurs fois, comme on le voit aussi dans les cas de dégénérescence cardiaque. On fait respirer cinq ou six litres d'oxygène tous les jours. On a recommandé dans le même sens les bains d'air comprimé qui permettent d'introduire un peu plus d'oxygène dans les poumons, comme on le fait aussi dans les cas d'anémie. Tous ces moyens donnent, pour ainsi dire, une nourriture plus forte aux poumons; quoiqu'ils soient plus théoriques que pratiques, on en a tiré quelquefois de bons résultats.

Les eaux minérales alcalines (Vichy, Vals, Carlsbaden, etc.) sont indiquées dans le diabète, mais point dans la troisième période, alors que le malade est déjà trop affaibli. Elles sont utiles surtout au début du diabète, quand la maladie est déjà modifiée par le régime. De même les bains de mer, le séjour sur les bords de la mer pendant un ou deux mois en été, et pendant l'hiver dans les stations d'Algérie, du Midi, de l'Égypte, de l'île Madère, etc., rendent de grands services aux diabétiques.

En combinant bien tous ces moyens, vous pourrez espérer la guérison dans quelques cas, et, le plus souvent, au moins une amélioration notable; vous prolongerez quelquefois de dix ans, de vingt ans même, l'existence de malades qui, abandonnés à leur diabète, succomberaient en deux ou trois ans inévitablement.

---

## HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

### Contracture, paraplégie spasmodique et lésions du faisceau pyramidal.

Les lésions de la moelle peuvent, aussi bien que les lésions de l'encéphale, retentir sur les fibres du faisceau pyramidal

que nous avons étudié dans la précédente leçon (1). On trouvera, au-dessous de la lésion en foyer occupant la moelle, une altération descendante des fibres de ce faisceau pyramidal. Ainsi la *myélite transverse* peut, en certains cas, retentir sur les cellules motrices des cornes antérieures, et, par conséquent, s'accompagner de contracture spasmodique permanente.

De même la paraplégie du *mal de Pott* produite, nous le savons, par une pachyméningite tuberculeuse, s'accompagne d'une myélite transverse qui réalise les conditions favorables par excellence pour constituer la paraplégie spasmodique; dans une première période on aura l'impuissance motrice avec exagération du réflexe tendineux; dans une deuxième période viendra l'impuissance avec contracture. Disons en passant que cette paraplégie est en général curable. Après un séjour au lit pendant deux ou trois années, les malades peuvent retrouver l'usage de leurs membres. Mais alors on peut encore constater chez eux les caractères de la paraplégie. Ils peuvent marcher, faire des courses; mais ils ont conservé l'exagération du réflexe tendineux, la trépidation spinale, stigmates qui survivront à la paraplégie elle-même. Ainsi, voici une malade qui a été traitée pour un mal de Pott (pointes de feu sur la colonne vertébrale); elle est restée trois ans au lit, atteinte de paraplégie. Aujourd'hui elle marche bien, elle fait le service de servante dans cet hospice; cependant vous constatez que chez elle le réflexe tendineux est encore exagéré et qu'elle présente la trépidation quand on relève la pointe du pied.

*La myélite transverse primitive* offre encore le même tableau de la paraplégie spasmodique, contracture ou au moins trépidation et augmentation des réflexes. Je vous présente une femme, âgée de trente ans, atteinte de paraplégie depuis l'âge de dix ans, à la suite de myélite transverse chronique. Les membres inférieurs ont été rigides; ils ne le sont plus maintenant, mais vous voyez l'exagération du réflexe tendineux et la trépidation prolongée. Voici encore une autre malade qui n'est pas confinée sur un lit, mais qui présente une démarche particulière, la démarche dite spasmodique (Ollivier, d'Angers), distincte de la démarche ataxique que vous connaissez et caractérisée par des secousses spéciales des membres inférieurs et la marche sur la pointe des pieds à cause de la contracture des muscles du mollet. Vous voyez aussi que les membres inférieurs sont rigides, collés l'un contre l'autre et pouvant sans fatigue rester suspendus audessus du sol sans point d'appui, quand la malade est assise. La percussion du tendon rotulien provoque des secousses très-prononcées et une rigidité exagérée.

Dans la *sclérose latérale amyotrophique*, nous avons vu que les faisceaux latéraux de la moelle peuvent être affectés d'une façon primitive. On observe alors la contracture, la paraplégie spasmodique et l'atrophie musculaire consécutive à l'altération des cellules motrices. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, nos 134, 136, 139, 142.)

La *sclérose en plaques* peut aussi se localiser dans le faisceau pyramidal et l'envahir avec ses îlots de plaques scléreuses. Ainsi voici une femme atteinte de sclérose en plaques. Elle présente tous les caractères de la paraplégie spasmodique. Mais, en outre, nous constatons d'autres phénomènes, tremblement spécial des membres supérieurs quand elle veut faire un mouvement volontaire, prendre un verre d'eau, par exemple et le porter à la bouche; sa main est agitée de tremblements violents qui lui font verser le liquide. Ajoutez à cela le nystagmus, l'embarras de la parole, le tremblement de la tête, les vertiges, etc., qui nous font diagnostiquer la sclérose en plaques.

Voici une autre malade, atteinte de *paralysie agitante*, dont il ne faut pas confondre le tremblement avec le précédent. Celle-ci présente un tremblement continu des mains qui s'agitent constamment, même en dehors des mouvements volontaires. Remarquez aussi l'attitude particulière de ces malades atteints de paralysie agitante; ils ont, pour ainsi dire, tout le corps soudé en une seule pièce. Notez aussi la fixité particulière du regard, la rigidité de la tête et de tous les membres. Le tremblement des mains ne cesse que pendant le sommeil. Vous connaissez le phénomène de la *propulsion* qui anime ces malades : quand on les pousse en avant, ils continuent à marcher devant eux sans qu'on puisse les arrêter. Je vais vous rendre témoins du phénomène du *recul* chez cette même malade : placé derrière elle, je tire légèrement sa robe dans ma direction, et aussitôt la malade recule, recule sans pouvoir s'arrêter spontanément. Ce qui rend cette maladie une des plus singulières de la pathologie nerveuse, c'est, vous le savez, l'absence de lésions anatomiques à l'autopsie. Jusqu'à présent on n'a pas trouvé de lésion anatomique dans la paralysie agitante.

Nous pouvons tirer une conclusion très-générale de l'enseignement qui a fait l'objet de toutes les leçons précédentes, c'est que la contraction permanente est en relation avec la sclérose du faisceau pyramidal. Mais cette sclérose peut exister sans qu'il y ait contracture, et réciproquement la contracture peut exister sans qu'il y ait sclérose du faisceau latéral, dans l'hystérie, par exemple.

Entre la contracture et la lésion du faisceau pyramidal, il y a un intermédiaire, la lésion des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle. La contracture permanente n'est donc pas fonction de la lésion du cordon latéral; elle est fonction de la lésion de la cellule nerveuse, lésion qui peut exister sans qu'il y ait altération du faisceau latéral.

Nous terminons cette étude par des projections destinées à faire voir la pachyméningite tuberculeuse de la moelle dans le mal de Pott, accompagnée de sclérose descendante des faisceaux pyramidaux, la contracture avec flexion exagérée au plus haut degré, la démarche spasmodique sur la pointe des pieds, l'attitude rigide des malades atteints de paralysie agitante et la déformation progressive du tronc, qui s'incline de plus en plus vers le sol, etc.

**L'attaque hystéro-épileptique. Points hystérogènes** (1).

L'attaque hystéro-épileptique comprend dans son type complet quatre périodes : 1° période *épileptique*, qui ne diffère de l'attaque épileptique que par ce caractère unique que l'on peut arrêter quand on veut l'attaque épileptoïde de l'hystérie (par la compression ovarienne), tandis que l'on n'est pas maître d'arrêter l'accès d'un épileptique; 2° la période de *contorsions* ou du *clownisme*, avec ses grands mouvements et son arc de cercle; 3° la période des *attitudes passionnelles* ou des *poses plastiques*, avec ses hallucinations

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, pages 1154 et 1155.

(1) Pour la description complète de l'attaque hystéro-épileptique dans tous ses détails, nous renvoyons nos lecteurs à la leçon intitulée « L'attaque hystéro-épileptique », publiée par la *Gazette des hôpitaux*, 1878, n° 141, pages 1121, 1122 et 1123.

gaies et tristes, son délire qui ressemble fort au délire alcoolique et qui s'inspire, suivant le genre d'éducation de la malade, dans les bals de barrière, les illuminations et les fêtes publiques, les musiques militaires, les aventures érotiques, etc.; 4° la période du délire *post-hystéro-épileptique*, qui termine le mélodrame avec ses visions d'animaux fantastiques, son excitation et ses propos lubriques, etc.

Les attaques peuvent se répéter successivement et sans le moindre danger pour l'hystérique cent ou deux cents fois de suite. C'est ce qui différencie complètement l'attaque épileptique dont la répétition fréquente menace l'existence des malades.

Nous pouvons provoquer l'attaque hystéro-épileptique et l'arrêter à notre gré. Pour la produire, il suffit d'exciter légèrement les *points hystérogènes*. Une hystérique présente ordinairement un ou plusieurs points qui sont plus sensibles avant l'attaque. Si elle ne les indique pas, il faut les rechercher. Ces points siègent sur la partie antérieure ou sur la partie postérieure du tronc; on n'en a pas encore trouvé sur les membres. S'il n'y a qu'un point hystérogène, il siège du côté de l'hémianesthésie hystérique; c'est pour ainsi dire une oasis, un îlot où s'accumule la sensibilité qui fait défaut partout ailleurs sur ce côté du corps. En avant, les points hystérogènes sont les points sus et sous-mammaires, très-communs; un autre existe au niveau des fausses côtes, un au niveau de la région ovarienne. Il y a longtemps que Schutzenberger (de Strasbourg) avait signalé ce dernier point. Quelquefois on en trouve un autre sus-ovarien. En arrière, le plus commun est entre les deux épaules; un autre un peu plus bas, vers le milieu de la région dorsale.

L'excitation légère du point hystérogène chez nos hystériques provoque une attaque. Mais nous pouvons, au préalable, leur enlever toute connaissance en les hypnotisant, ce qui n'empêchera pas l'attaque de se développer.

Je plonge donc dans l'hypnotisme cette jeune hystérique en lui faisant regarder pendant quelques secondes soit un morceau de craie, soit simplement mon doigt placé sur la partie médiane de son front; puis j'excite par un léger frôlement son point hystérogène, sus-mammaire gauche, ce qui provoque immédiatement une attaque. J'arrête l'attaque aussitôt en comprimant fortement le même point hystérogène sus-mammaire, ou, ce qui réussit encore mieux, en comprimant fortement la région ovarienne.

Chez ces diverses malades, je provoque successivement l'esquisse d'une attaque par le même moyen, en touchant leur point hystérogène.

La compression énergique du point hystérogène pour arrêter l'attaque ne tire pas les malades de l'hypnotisme où elles ont été plongées, mais la compression ovarienne les réveille.

Vous allez être témoins d'un phénomène curieux. Chez cette hystérique, j'excite son point hystérogène et je provoque une attaque, qui s'arrête par la compression ovarienne. Mais, si je fais faire d'abord la compression ovarienne, pendant que, de mon côté, j'excite le même point hystérique sous-mammaire, cette excitation ne provoque pas l'attaque. Celle-ci, au contraire, se déroule immédiatement si je fais cesser la compression.

Nous terminons enfin cette conférence en faisant apporter sur des lits des hystériques chez lesquelles nous provoquons l'attaque en la laissant suivre toute son évolution. Vous constatez les quatre périodes, et, tant que nous n'arrêtons pas l'attaque, aussitôt la quatrième période ou parfois l'une des premières périodes terminée, l'hystérique recommence une nouvelle attaque en reprenant la première période, etc.

Chez cette dernière hystérique, l'attaque est toute prête à éclater : elle n'est arrêtée que par la compression de l'ovaire. Enlevons l'appareil (compresseur de l'ovaire de Poirier) et aussitôt l'attaque se déroule. Nous arrêtons la série des attaques en replaçant l'appareil sur la région ovarienne.

---

## PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

### ET TRAITEMENT RATIONNEL DE LA RAGE.

Par M. le docteur Duboué (de Pau) (1).

Ce travail se résume en une conclusion principale comprenant la question de physiologie pathologique à l'étude de laquelle l'auteur a consacré une étude minutieuse : l'agent producteur de la rage ne s'absorbe pas. Il se propage insensiblement le long des fibres nerveuses qui ont été atteintes par le liquide virulent.

Les principales conclusions secondaires qui découlent de cette conclusion principale, et en sont en quelque sorte le développement, sont les suivantes :

L'agent morbide progresse lentement, dans une direction centripète, du siège de la morsure au bulbe rachidien et très-rapidement dans une direction centrifuge, de ce dernier organe aux nerfs sensitifs qui en partent.

Les accidents de la rage débutent au moment où ce virus arrive dans le bulbe, et ils s'annoncent souvent par de la douleur s'irradiant uniquement sur le côté correspondant, le long des nerfs qui se détachent du point mordu.

La période d'incubation est, en général, d'autant plus courte que la distance du lieu de la morsure au bulbe est elle-même plus faible. D'où il suit qu'elle est plus courte chez les enfants que chez les adultes, dans les morsures de la face que dans celles des membres, etc.

Les phénomènes morbides qui caractérisent la période d'invasion portent sur la sensibilité générale et sensorielle qui devient d'abord plus exquise et finit ensuite par s'émousser et par aboutir même, en certains cas, à la paralysie.

Les lésions de la rage sont de deux sortes : les unes primitives, visibles seulement au microscope, et consistant en une opacité plus grande des cellules nerveuses et en un état granuleux de ces cellules et d'un certain nombre de fibres nerveuses afférentes ou efférentes; les autres tardives, visibles à l'œil nu et consistant en des congestions plus ou moins marquées des divers organes.

La rage appartient à une grande classe d'affections morbides d'origine périphérique, telles que certaines fièvres éruptives ou certaines névroses.

La transmission du virus rabique par les nerfs ou la théorie nerveuse conduit à des indications thérapeutiques qui consistent : 1° à détruire le virus rabique sur place; 2° à l'empêcher d'arriver jusqu'au bulbe rachidien, dans le cas où il n'aurait pas pu être détruit; 3° à émousser d'avance la sensibilité du bulbe, pendant toute la période d'incubation, dans le cas où les deux premières indications n'auraient pas pu être remplies; 4° à agir encore sur cette même sensibilité du bulbe, en pratiquant des injections médicamenteuses dans les veines; à s'opposer enfin aux progrès ordinairement rapides de l'asphyxie.

Bien que quelques-unes de ces conclusions, en particulier celle qui concerne l'unilatéralité de la lésion et des phénomènes morbides de la rage, soient fortement ébranlées par ce fait constaté par M. Maurice Raynaud dans sa communication récente à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, que les deux

(1) Un volume in-8°, Paris, 1879, chez Ad. Delahaye. Prix : 5 francs.

glandes sous-maxillaires expérimentées chez des animaux différents ont déterminé la rage à peu près dans le même laps de temps, cependant le travail de M. Duboué n'en sera pas moins lu avec intérêt, et, si sa théorie n'est qu'une hypothèse, cette hypothèse mérite d'être étudiée, et la thérapeutique de la rage n'est pas assez riche pour qu'on ne juge pas au moins utile de tenter, à l'occasion, les moyens dont elle lui a suggéré l'idée.

Dr Brochin.

## LES LIVRES D'ÉTRENNES

I. **Histoire des Romains** (1), par Victor Duruy. — II. **Un Voyage à la mer polaire** (2), par le capitaine sir George S. Nares. — III. **Mongolie et pays des Tangoutes** (3), par Prjévalski. — IV. **Les Inondations** (4), par A. Landrin. — V. **Les Tombeaux** (5), par L. Augé. — VI. **L'Éclairage électrique** (6), par le comte du Moncel. — VII. **Le Patriotisme** (7), par P. Lacombe.

I. L'année dernière, nous présentions à nos lecteurs le premier volume de ce grand monument que M. Duruy élève à l'histoire romaine. Nous nous étions arrêtés à la bataille de Zama. Voici le second volume de l'*Histoire des Romains*, qui nous conduira de la bataille de Zama au premier Triumvirat. L'historien désigne cette cinquième période sous le titre de « Conquête du monde ». Elle s'étend de l'an 201 à l'an 133.

Un coup d'œil sur l'état du monde ancien vers l'an 200 ouvre ce second volume. C'est avec regret que l'on quitte « les beaux temps de la république pour entrer dans ces guerres sans fin, qui épuisèrent sa population militaire, rendirent les grands oppresseurs, les petits serviles, et qui firent de la liberté un mensonge ».

La seconde guerre de Macédoine, la guerre contre le roi de Syrie et les Galates, la seconde conquête de l'Espagne, la soumission de la Cisalpine, la troisième guerre de Macédoine, la réduction de la Macédoine en province et la soumission de la Grèce, la réduction de l'Afrique carthaginoise en province, la soumission de l'Espagne et de l'Asie Pergaméenne; quelle magnifique série de conquêtes qu'il faut maintenant organiser en provinces romaines! M. Duruy nous fait pénétrer cette organisation, et nous montre avec les détails les plus précis ce qu'étaient les provinces, le gouverneur, les légats et le questeur; quelles étaient les obligations des provinciaux, les diverses catégories de villes provinciales et les assemblées provinciales elles-mêmes.

La sixième période nous reporte aux Gracques, à Marius, à Sylla et aux essais de réforme. Et d'abord, voici l'hellénisme à Rome; la vie politique et sociale voit ses conditions changer; la lutte entre l'esprit ancien et l'esprit nouveau s'établir; apparaissent les Gracques; puis la réaction aristocratique, et Marius et Jugurtha entrent en scène. Les Cimbres et les Teutons sont à peine vaincus, que les esclaves se révoltent pour la seconde fois; Rome est livrée à de nouvelles agitations; la guerre sociale éteinte, Marius et Sylla se trouvent en présence. Les provinces sont dans le plus misérable état; elles se soulèvent: Mithridate s'empare de l'Asie-Mineure.

La première guerre civile et la dictature de Sylla terminent cette sixième période.

La septième période comprend les Triumvirats et la Révolution. Pompée, Lépide, Sertorius et Spartacus sont les grandes figures de cette époque. La puissance tribunitienne est rétablie, la guerre des pirates et les dernières guerres contre Mithridate terminent ce volume.

Cette simple esquisse montre tout l'intérêt des grands évènements que nous raconte l'éminent historien des Romains. Si nous ajoutons que les monnaies, les camées, les pierres gravées viennent à chaque page jeter à profusion les éclaircissements que peut désirer le lecteur; si nous disons que rien n'a été négligé pour nous faire, non-seulement connaître les marbres, les bronzes, les statues, les terres cuites, les vases et les bijoux de cette époque, mais que des cartes nombreuses et de très-belles planches coloriées hors texte enrichissent ce volume, nous aurons laissé entrevoir tout l'intérêt de cette œuvre. Nous la présentons à nos lecteurs au moment des étrennes parce que, année par année, on peut ainsi acquérir un de ces volumes et posséder enfin dans sa bibliothèque un ouvrage de première valeur historique et artistique sur l'histoire romaine.

II. Après la grande œuvre de M. Duruy, nous allons nous arrêter sur deux publications qui relèvent de la science géographique.

La première est un « Voyage à la mer polaire ». Ce voyage a été exécuté sur les navires de S. M. Britannique, l'*Alerte* et la *Découverte*, pendant les années 1875 et 1876. Il s'agissait encore de se créer un passage au pôle Nord. Les braves marins n'ont pas vu leur courage récompensé: ils ont lutté, ils ont souffert, mais ils n'ont pu atteindre le pôle; ils se sont assurés qu'il était impossible de réussir par la route du détroit de Smith, mais leur voyage n'a été inutile ni pour les savants ni pour les marins. S'ils nous ont appris qu'il fallait renoncer à la route du détroit de Smith, ils ont fait de grandes explorations en traîneaux le long des rivages et sur les glaces dans la direction du pôle Nord. Ils ont recueilli de précieuses collections d'histoire naturelle, et ce volume si intéressant au point de vue de l'histoire des races, de l'ethnographie, des voyages, se termine par une série de notes scientifiques sur les diverses parties de l'histoire naturelle étudiées pendant ce voyage. Il suffit de dire que les noms les plus justement célèbres des sciences naturelles ont fourni ces longues notes pour indiquer l'intérêt exceptionnel de cette publication illustrée d'intéressantes gravures.

III. La seconde publication de l'ordre des voyages est intitulée « Mongolie et pays des Tangoutes ». Nous la devons à un officier russe, M. Prjévalski. Nous devons remercier M. du Laurens qui nous a fait connaître le voyage de ce concurrent du fameux missionnaire Huc. On sait que ce missionnaire avait un véritable talent d'exposition; accusé d'avoir eu trop d'imagination, cet historien du pays des Lamas retrouve un défenseur dans le colonel H. Yules. Toutes réserves faites sur une *bravacherie* peu en rapport avec son caractère ecclésiastique, le père Huc reste un fidèle historien auquel on peut avoir confiance. Cette petite querelle tranchée, on lira avec le plus vif intérêt ce voyage de M. Prjévalski.

IV. La charmante « Bibliothèque des merveilles » s'enrichit chaque année de nouvelles productions. Il suffit de les énumérer.

Les *Inondations*, de Landrin, nous font d'abord assister à celles du bassin de la Seine et prennent pour type celle de 1876. Le bassin de la Garonne nous présente aussi cette douloureuse inondation de 1876 comme spécimen. Les bassins du Rhône et de la Loire méritaient un véritable historique; tous deux ont, en 1856, présenté une célèbre inondation. M. Landrin étudie ensuite les bassins de la Meuse, de la Somme et du Rhin; il nous montre les inondations en Italie, en Espagne, dans l'Europe centrale et méridionale, en Australie et en Océanie, en Asie, en Afrique et en Amérique. Ce tableau se complète des drames de l'inondation et des dévouements qu'elle a inspirés.

Une deuxième partie nous explique les causes des inondations, les inondations par la mer et la prévision des inondations. Enfin l'étude du régime des cours d'eau en France et l'art de combattre les inondations complètent ce livre.

V. Les *Tombeaux*, de M. Lucien Augé, font repasser sous nos yeux ce que le Paganisme, le Christianisme et l'Islamisme nous ont

(1) Un magnifique volume in-8° jésus. — Prix: 25 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(2) Un volume gr. in-8°. — Prix: 10 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(3) Un volume gr. in-8°. — Prix: 10 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(4, 5, 6 et 7) Volumes in-18 jésus. — Prix: 2 fr. 25. — Paris, Hachette et Cie.

laissé de curieux sur cette question. Il nous font passer des hypogées de Beni-Assan aux pyramides de Chéops, des stèles funéraires d'Athènes aux tombeaux de la voie Appienne, du Tadji Mahal d'Agra au tombeau de Scala Can Signorio à Vérone, pour arriver successivement aux tombeaux de la Moricière à Nantes et des généraux Lecomte et Clément Thomas au Père-Lachaise,

VI. M. le comte Ch. du Moncel (de l'Institut) est passé maître dans les questions de l'électricité. C'est donc une bonne fortune pour la « Bibliothèque des merveilles » d'avoir pu recevoir de lui une très-intéressante étude sur « l'éclairage électrique ».

Sous un pareil guide, on apprend rapidement ce que c'est que la lumière électrique et l'arc voltaïque. Les générateurs de la lumière électrique sont, les uns voltaïques, les autres thermo-électriques, d'autres magnéto-électriques. Il en est qui sont des machines à inversions alternatives des courants applicables surtout à la division de la lumière électrique. M. du Moncel expose les expériences comparatives sur les effets produits par les différentes machines électro-magnétiques et fait connaître les organes excitateurs de la lumière électrique. Nous pouvons maintenant étudier les lampes électriques (soit à arcs voltaïques, soit à incandescence) et les bougies électriques.

Quel est maintenant le prix de revient de l'éclairage électriqeu et ses applications diverses ? C'est ce que M. du Moncel nous expose avec son talent ordinaire de parfait vulgarisateur.

VII. Pour terminer cette causerie, nous sommes heureux d'attirer particulièrement la bienveillance de nos lecteurs sur *le Patriotisme.* Dans ce livre M. Paul Lacombe a voulu nous montrer, par quelques faits, ce que le patriotisme avait produit dans l'antiquité, dans le moyen âge et dans les temps modernes.

Ce livre est un livre à répandre. Il n'est pas un de nous qui ait besoin d'être convaincu, mais nos enfants doivent lire et relire ces pages : ils y apprendront avec Manin comment se réveille une nation asservie ; comment tous nos intérêts, jusqu'à notre propre vie, doivent, sans hésitation, être sacrifiés à notre pays.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 18 décembre 1879, ont été promus dans le corps de santé militaire :

*Au grade de médecin-inspectenr* : M. Perrin.

*Au grade de médecin principal de première classe* : M. Delcominète.

*An grade de médecin principal de deuxième classe* : MM. Hurst et Dujardin-Beaumetz.

*Au grade de médecin-major de première classe* : MM. Fournier, Gérard et Klée.

— M. le docteur Janets, professeur à l'Association polytechnique, à Vincennes, est nommé officier d'académie.

— Le Conseil municipal de la ville de Paris a, dans sa séance de jeudi dernier 18 décembre, abordé la discussion de l'article du budget relatif à la réorganisation du service des médecins de l'état civil.

Il a adopté la délibération suivante :

« 1° Les médecins de l'état civil recevront une rétribution de trois francs par constatation de naissance ou de décès ; 2° Le minimum au-dessous duquel ne doit pas descendre le produit d'une souscription est fixé à dix-huit cents francs. Lorsque pendant trois années consécutives les honoraires du médecin d'une circonscription atteindront quatre mille francs, cette circonscription sera divisée. »

Mais ce dernier paragraphe ayant laissé subsister des doutes sur l'interprétation à lui donner, M. le docteur Thulié a demandé dans la séance du lendemain 19, au sujet du vote émis la veille, qu'il fût bien entendu que, lorsqu'une circonscription viendra à rapporter quatre mille francs d'honoraires, elle ne pourra être divisée en deux tant que le titulaire restera en fonctions. La division ne pourra avoir lieu qu'au moment où le service de la circonscription passera en d'autres mains.

M. le Préfet de la Seine a répondu que l'administration était parfaitement d'accord avec la commission à ce sujet.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les aides d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris dont les noms suivent sont nommés prosecteurs à l'École pratique de ladite Faculté à dater du 1er octobre 1879 : MM. Kirmisson, Segond, Nélaton, Reynier et Duret.

M. Journiac, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du cours de thérapeutique, en remplacement de M. Leblanc, démissionnaire.

M. Marchant, aide d'anatomie, est chargé, en outre pendant l'année scolaire 1879-1880, des fonctions de préparateur du cours de pathologie externe à ladite Faculté, en remplacement de M. Letulle, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Sont maintenus dans les fonctions de chefs des travaux des laboratoires ci-après désignés, à la Faculté de médecine de Lyon, pendant l'année scolaire 1879-1880, les docteurs en médecine dont les noms suivent : MM. Imbert, physique ; Chandelux, anatomie générale et histologie ; Arloing, médecine expérimentale ; Rebatel, physiologie ; Colrat, anatomie pathologique ; Guérin, pharmacie.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Carrieu, agrégé, est nommé chef des travaux pratiques du laboratoire d'anatomie pathologique et d'histologie à ladite Faculté, pendant l'année scolaire 1879-1880.

M. Lannegrâce, agrégé, est nommé chef des travaux pratiques du laboratoire de physiologie à ladite Faculté, pendant l'année scolaire 1879-1880.

Sont nommés, pendant l'année scolaire 1879-1880, aides des travaux pratiques à la Faculté de médecine de Montpellier :

*Physiologie.* — M. Forgue (Émile-Auguste), né le 29 décembre 1860 à Briançon (Hautes-Alpes).

*Anatomie pathologique et histologie.* — M. François (Paul-Stanislas), né le 9 novembre 1851.

*Histoire naturelle.* — M. Rouch (Marie-Germain), né à Béziers (Hérault) le 21 novembre 1859.

*Médecine opératoire.* — M. Giles (Jean-Louis-Paul), né à Molières (Tarn-et-Garonne) le 25 juillet 1857.

*Chimie.* — M. Chaber (Pierre-Eugène), né le 16 juin 1857 à Saint-Ambroix (Gard).

*Physique.* — M. Estor (Matthieu-Eugène-Louis), né le 5 avril 1859 à Montpellier (Hérault).

Sont autorisés à faire, à titre gratuit, à la Faculté de médecine de Montpellier, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1879-1880, les cours auxiliaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent : MM. Lannegrâce, physiologie ; Carrieu, anatomie pathologique.

Sont chargés des cours auxiliaires ci-après désignés pendant le premier semestre de l'année scolaire 1879-1880, à la Faculté de médecine de Montpellier, les agrégés dont les noms suivent : MM. Amagat, histoire naturelle ; de Girard, physique ; Serre, chirurgie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Vallois (Jean-Baptiste-Marie), né le 23 mai 1856 à Lay-Saint-Christophe (Meurthe), est chargé des fonctions d'aide de clinique pendant la durée du congé accordé à M. Bubendorf.

Mlle Henry (Rose), né à Marainvillers (Meurthe) le 20 octobre 1839, sage-femme de première classe, est nommée sage-femme en chef de la clinique d'accouchements, en remplacement de Mlle Jœckell, démissionnaire.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Lenoël (Louis-Jean-Baptiste), né le 17 juin 1854 à Amiens (Somme), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, pour une période de neuf ans.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Fouriaux, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de clinique et de pathologie internes, pour une période de neuf années.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le professeur Laennec est maintenu, pour trois ans, dans les fontions de directeur de ladite école.

— *Hôpitaux de Lyon.* — M. Cordier est nommé chirurgien-major de l'Antiquaille.

— *Les Annales de dermatologie et de syphiliographie,* fondées en 1869 par le docteur Doyon, vont, à partir de 1880, être publiées par un comité de rédaction dont les membres sont : à Paris, MM. Ernest Besnier, Alfred Fournier, Horteloup et Trasbot (d'Alfort); à Lyon, MM. Diday, Doyon, Gailleton et Rollet. Le cadre de cette importante publication sera considérablement élargi, et comportera notamment des figures et des planches qui faciliteront la publication des mémoires originaux.

MM. Doyon, Ernest Besnier et Horteloup sont plus spécialement chargés de la direction de ces *Annales,* qui ont déjà rendu bien des services, et qui, ainsi développées, ne tarderont pas à prendre une place éminente dans la presse spéciale européenne.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité de climatologie médicale**, comprenant la météorologie médicale et l'étude des influences physiologiques, pathologiques prophylactiques et thérapeutiques du climat sur la santé, par le docteur H.-C. Lombard (de Genève). Tome IV. 1 volume in-8° de 788 pages. — Prix : 10 francs. — L'ouvrage complet, 4 volumes in-8°. Prix : 40 francs. Paris, J.-B. Baillière et fils.

**Anatomie descriptive et dissection**, comprenant la structure microscopique des organes et celle des tissus, avec un précis d'embryologie, des renseignements variés et précis sur la préparation des pièces fraîches et sèches, des tableaux synoptiques des muscles, des vaisseaux et des nerfs, par M. le docteur Fort. 3 vol. in-12, 3e édition contenant 1,267 figures, dont un grand nombre de *schémas*, intercalées dans le texte.— Prix : 30 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Maladies des voies digestives,** leçons professées à la Faculté de médecine de Paris, par F. Damaschino, agrégé, recueillies par le docteur Letulle et revues par l'auteur. 1 volume in-8° de 930 pages. — Prix : 14 francs. — Paris, Germer-Baillière et Ce.

**Traité élémentaire d'histologie,** d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger, par M. le docteur Fort. 2e édition entièrement refondue, 1 vol. in-8° avec 522 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Traité pratique des maladies des yeux,** par le docteur Édouard Meyer, Deuxième édition entièrement revue et augmentée avec 261 figures intercalées dans le texte. 1 vol. in-8° de 800 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, G. Masson.

**De l'action nerveuse** (deuxième étude), par le docteur Ramus, médecin en chef de l'hospice d'Aurillac. Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. — Paris, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 9039.

N° 149. — JEUDI 25 ET MARDI 27 DÉCEMBRE 1879. 52e ANNÉE. JEUDI 25 ET SAMEDI 27 DÉCEMBRE 1879. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.



---

### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après une élection chaudement disputée, et dans laquelle la victoire est restée à M. Fournier, présenté seulement en seconde ligne par la commission ; après les scrutins nécessités par le renouvellement du bureau, il ne restait plus que quelques minutes pour atteindre l'heure réglementaire, et la séance allait être levée quand M. Colin, réclamant son tour de lecture, vint apporter à la tribune un mémoire qui paraissait d'au moins deux cents pages. En effet, ce mémoire était considérable, mais il se trouvait si bien résumé dans les conclusions qu'après quelques mots d'exposition préparatoire l'auteur a cru pouvoir se borner à donner communication de celles-ci. Nous les reproduisons textuellement dans le compte-rendu de la séance. On y trouvera une confirmation expérimentale des idées courantes sur le rôle que peuvent jouer les obstacles portés à la circulation veineuse ou lymphatique dans la production de l'œdème.

M. Broca, nommé vice-président, s'était fait vivement applaudir en déclarant qu'il s'appliquerait à suivre, dans son année de présidence, les exemples donnés par ses prédécesseurs MM. Richet et Roger. Dr Victor Revillout.

### HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

**I. Chancre syphilitique et bubon strumeux; roséole et eczéma. — II. Ophthalmie blennorrhagique; traitement par l'alcool.**

I. Une difficulté sérieuse de diagnostic s'est présentée dans notre service, à deux reprises différentes, au sujet d'un malade entré dans nos salles pour une adénite inguinale suppurée. Cet homme était porteur d'un chancre préputial offrant, sous le doigt, une induration parcheminée, assez prononcée pour que l'on n'hésitât pas un instant à affirmer que c'était un chancre infectant. Voilà donc un malade atteint d'un chancre induré, unique, sans autre trace d'ulcération, en même temps que d'une adénite inguinale suppurée, que nous avons dû ouvrir avec le bistouri. Or vous savez tous qu'un chancre induré, syphilitique, est ordinairement l'origine d'une adénite qui ne se termine point par la suppuration, mais par la résolution.

Il fallait donc nous demander si, en dehors du chancre, une autre cause d'adénite n'existait pas dans le territoire des lymphatiques de la région ; il n'est pas impossible que les deux causes existent simultanément : d'une part, le chancre infectant ; d'autre part une écorchure des orteils, par exemple. Ce qui était encore insolite, chez ce malade, c'est que, avec l'adénite inguinale gauche suppurée, nous constations un gonflement des ganglions de la fosse iliaque gauche, parfaitement caractérisé par une masse bosselée, adénite iliaque non suppurée, qui s'expliquerait bien par l'infection spécifique.

Comment, dès lors, pouvons-nous nous rendre compte de l'adénite suppurée ?

Je pense qu'elle présente tout à fait les caractères du « bubon strumeux » de Ricord, tel qu'on le rencontre chez les sujets affaiblis, lymphatiques et scrofuleux. Cette désignation de bubon strumeux ne veut pas dire absolument que les ganglions soient caséeux. Ricord faisait deux catégories : celle des ganglions enflammés sans matière tuberculeuse, et celle des inflammations avec matière tuberculeuse. Ainsi, au cou, on observe souvent des engorgements ganglionnaires chroniques, non accompagnés de signes positifs de tuberculisation : on est cependant autorisé à penser que ces ganglions sont tuberculeux parce que c'est le cas le plus commun. A l'aine, chez des jeunes gens fatigués par des excès de tout genre, on voit l'adénite envahir les ganglions inguinaux et iliaques, et suivre une marche très-lente : elle peut être caséeuse, mais souvent elle ne l'est pas et se termine par résolution.

La double lésion que nous observons me fait supposer qu'il ne s'agit que d'un hasard et d'une pure coïncidence. L'adénite suppurée est due à une cause autre que le chancre induré, et l'on aurait tort de vouloir prendre cet exemple pour infirmer la règle générale.

On aurait cependant eu le droit, à la rigueur, de nous dire que l'induration était peut-être uniquement inflammatoire, qu'elle était le résultat de cautérisations intempestives (ce n'est pas le cas de cet homme), et l'on aurait dû hésiter un peu

avant d'affirmer que ce malade est atteint de syphilis constitutionnelle, d'autant plus que l'induration n'a pas persisté et a disparu, dix ou quinze jours après, en grande partie. On voit quelquefois de simples sections de phimosis et des ulcérations herpétiques s'accompagner d'induration.

Sur ces entrefaites, survint une éruption de la peau du coude et de la poitrine, constituée par des taches et des croûtes. On pouvait croire qu'il s'agissait d'une roséole syphilitique, confirmant le diagnostic de chancre induré infectant. Il n'en était rien. Cette affection cutanée comprenait beaucoup plus de vésicules que dans l'éruption secondaire de la syphilis; les vésicules avaient un contour très-rouge et enflammé; la démangeaison était très-vive, ce qui est encore un caractère inconnu dans la roséole spécifique. Mais on peut avoir, en même temps que la syphilis, soit de la gale, soit de l'eczéma, soit une éruption causée par l'absorption des médicaments tels que l'iode, dans le cas particulier. Mon collègue en cet hôpital, M. Hardy, voulut bien examiner ce malade, et confirma le diagnostic d'eczéma érythémateux nullement syphilitique.

Quelques semaines après, nous vîmes apparaître sur le ventre des taches un peu soulevées, sans démangeaison, sans vésicules; il n'y avait plus de doute, c'était cette fois la véritable roséole syphilitique, éclatant deux mois après le chancre induré. J'eus encore recours à la haute compétence de M. Hardy, dont l'autorité ajoute un intérêt spécial à notre observation. Nous avons donc affaire à un sujet certainement syphilitique, qui est, en outre, prédisposé aux accidents de la scrofule : j'aurais bien désiré pouvoir me dispenser de lui prescrire un traitement débilitant comme l'est la médication hydrargyrique, mais je ne suis point partisan de cette doctrine que le mercure n'est pas absolument indispensable, et qu'il faut laisser la maladie suivre son évolution ; je me crois obligé d'instituer le traitement mercuriel. Toutefois, afin de ménager les voies digestives et de ne pas compromettre la nutrition d'un malade qui en a le plus pressant besoin, nous donnerons la préférence aux frictions mercurielles.

II. Vous avez vu, parmi les malades nouveaux du service, un homme, âgé de trente-cinq ans, atteint d'ophthalmie purulente de l'œil droit, qui est, heureusement pour le malade, déjà perdu complètement à la suite de leucomes et de phthisie oculaire.

Cet homme a gagné une blennorrhagie depuis une douzaine de jours.

A ce propos, je veux encore une fois vous rappeler ce que j'ai déjà dit tant de fois sur le traitement de l'ophthalmie par les instillations alcooliques. Les lavages répétés, et les instillations dans l'œil (toutes les deux heures) de solutions alcooliques, alcool au tiers ou mieux au quart, sont le traitement *le moins mauvais* de la conjonctivite purulente. Ces instillations entraînent le pus et modifient promptement l'état de la cornée, sur laquelle elles produisent le même effet que sur les plaies chirurgicales. Employé au début, le traitement par l'alcool est celui qui offre le plus de chances de succès, et celui qui sauvera le mieux la cornée. Je ne le donne pas comme un traitement infaillible, mais, je le répète, il empêche les ulcérations de la cornée plus souvent que tous les autres traitements. Il consiste :

1° En instillations de la solution alcoolique, au quart, avec un compte-gouttes ;

2° En lavages répétés, par le malade, avec la même solution d'alcool.

---

## HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

**Des localisations cérébrales. — Tubercules ayant détruit la totalité des couches optiques; hyperesthésie cutanée; amaurose et névro-rétinite; paralysie agitante. — Abcès du lobe frontal, sans symptômes de paralysie ou de délire. — Tubercule de la couche optique sans symptômes.**

### I

L'étude des couches optiques, dans leurs rapports avec l'innervation motrice et sensitive, a été récemment l'objet de recherches expérimentales et cliniques qui donnent plus d'intérêt aux faits nouveaux concernant l'altération de ces ganglions nerveux. Si tout ce qui se dit sur les localisations cérébrales est encore hypothétique et sujet à contestation à cause des faits exceptionnels que fournit la clinique, la tendance n'en est pas moins digne d'être suivie avec soin. A travers les prétentions des expérimentateurs, il y a peut-être quelque chose de bon à prendre dans leurs recherches ; mais, avant de prononcer pour ou contre leurs observations, qui sont trop peu nombreuses pour justifier des conclusions absolues, il faut multiplier les faits, les bien observer et contrôler les affirmations nouvelles pour connaître ce qu'elles ont d'acceptable.

D'ailleurs ce genre d'étude repose sur deux ordres de faits, les uns sortis du laboratoire et des expériences sur les lapins et autres animaux, les autres empruntés à l'observation des malades. Autant les faits cliniques ont d'importance, en raison de la possibilité d'étudier les différents troubles des organes des sens, de la sensibilité et du mouvement chez l'homme, et d'en chercher la cause par les nécropsies, autant les vivisections cérébrales des lapins sont susceptibles de contradiction, de contestation et d'interprétations erronées.

Est-ce qu'il est possible, à travers le crâne, d'aller blesser la couche optique, la capsule interne ou le corps strié, sans blesser en même temps la couche corticale et labourer la substance blanche des hémisphères cérébraux? — Première cause de confusion : Est-ce que l'exploration de la sensibilité chez des lapins, sauf le cas où elle est complètement anéantie, donne des résultats suffisamment précis, constants et avec les nuances nécessaires à une étude des facultés sensoriales? — Seconde cause d'incertitude : J'ai vu faire des expériences de ce genre, et chacun des spectateurs y voyait des résultats différents. Une fois même, c'était chez un mouton qui devait avoir de l'hyperesthésie réflexe, après vivisection d'une partie de la moelle, le physiologiste éminent qui opérait était obligé de tenailler les pattes de l'animal et de lui frapper les pieds à coups de marteau, pour montrer qu'il était sensible. — Non, il y a des fonctions nerveuses, qu'on n'étudie pas chez l'animal sans commettre d'erreur, et l'anesthésie, l'analgésie et les autres modifications de la sensibilité sont un peu de ce nombre. Les conclusions tirées de ce genre de vivisections à l'homme ne sont pas rigoureuses, et c'est chez l'homme seulement qu'on peut étudier les troubles de la sensibilité dans leurs rapports avec les causes organiques qui les engendrent.

Qu'il s'agisse de la fonction des couches optiques des corps striés, ou de la substance corticale antérieure ou postérieure, les incertitudes sont les mêmes. — L'un dit d'une façon et l'autre d'une façon différente. L'expérimentateur d'aujourd'hui dément l'expérimentateur d'hier, et, comme de juste, le vivant, surtout s'il est à la mode et en belle situation, trouve que ceux qui sont morts se sont trompés.

Ainsi, on pensait jadis que les couches optiques étaient le siège de la *sensibilité* et du *sensorium commune*. Rodd, Carpentier, Schrœder, van der Kolk, Luys, etc., sont surtout les représentants de cette opinion, qui a été combattue par Meynert, Lafforgue, etc. Cela était facile, car les observations invoquées par les partisans de la première opinion ne sont pas toutes très-complètes ni très-concluantes. Malgré cela, plusieurs de ces faits ont une importance réelle et une signification, de sorte qu'il est impossible de ne pas en tenir compte dans le sens indiqué par leurs auteurs.

Après avoir cru que la sensibilité avait pour organe la couche optique, d'autres y ont placé la *motilité* et surtout la motilité des membres supérieurs du coté opposé. Saucerotte, Serres, Loustan, Foville, ont soutenu cette opinion. Longet et Andral plaçaient le siège du mouvement, dans le corps strié et dans la couche optique à la fois. Ainsi, tout le monde connaît ce relevé de 75 cas de paralysie dans lesquels *il y a* 40 *hémiplégies* par 21 lésions du corps strié et 19 lésions de la couche optique; 23 *cas de monoplégie brachiale* dus à 11 lésions du corps strié, 16 de la couche optique et 2 du lobe moyen; 12 cas de monoplégie jambière, causés 10 fois par le corps strié et 2 fois par la couche optique. Je sais qu'on dit qu'Andral a sans doute mal observé et que les élèves d'aujourd'hui voient mieux et plus complètement que lui. Mais, si cela est bon à dire par ceux qui cherchent leur gloire dans la destruction des travaux antérieurs, cela n'a pas autant d'effet sur ceux qui sont assez indépendants pour réfléchir par eux-mêmes et juger les novateurs à leur taille. Aussi, quelle que soit la valeur des observations d'Andral sur la fonction réelle de la couche optique et du corps strié relativement aux fonctions motrices, il est certain que, dans 75 cas d'*hémiphlégie*, c'est-à-dire d'abolition du mouvement, les lésions occupaient le corps strié, la couche optique et le lobe moyen, sans qu'il soit question des couches corticales.

Aujourd'hui l'on veut que ce soient les couches corticales antérieures qui soient les organes du mouvement, malgré les observations contraires récentes déjà connues et celles que je vais publier à mon tour. Soit, dirai-je, mais cela prouve que, dans les théories nouvelles relatives aux localisations cérébrales, nous sommes en présence de faits contradictoires qui imposent une grande réserve dans les conclusions à formuler.

Quoi qu'il en soit, le règne des couches optiques semble fini. Pitres leur enlève toute influence sur la motilité et attribue les monoplégies à une lésion de l'écorce corticale, — Nothnagel n'admet plus le rôle des couches optiques, et, après des injections interstitielles dans le cerveau des lapins d'après la méthode de Fournié, il n'a vu qu'une paralysie incomplète, ce qu'il appelle de la lenteur dans les mouvements, et pas d'anesthésie. Qu'est-ce que c'est que le manque d'anesthésie chez un lapin? Comment peut-on en juger sûrement? — Meynert a conclu de même, d'après quelques faits cliniques. Lafforgue, après avoir rapporté six observations de lésion de la couche sans trouble de sensibilité, conclut en disant :

Que si l'on a pu voir la sensibilité diminuée, augmentée ou abolie, avec les altérations de la couche optique, c'est que la lésion n'était pas limitée et s'étendait au dehors sur la capsule interne;

Puis, que dans les lésions bien limitées aux couches optiques elles-mêmes, il n'y avait pas de modifications de la sensibilité.

Ces questions ne peuvent être jugées que par des observations faites avec soin et recueillies en connaissance de cause.

Dans les faits recueillis antérieurement, il manque beaucoup de détails qu'il serait très-important de connaître pour juger les questions actuellement en litige, et il est certain que, pour atteindre au résultat désiré, il faut de nouvelles observations relatant avec précision les moindres altérations de la motilité et de la sensibilité.

C'est à ce titre qu'il faut étudier les deux cas intéressants que nous venons de voir aux n$^{os}$ 48 et 17 de la salle Sainte-Catherine, et qui montrent, le premier, une lésion tuberculeuse énorme, parfaitement localisée aux deux couches optiques qui étaient complètement détruites, et l'autre un abcès du cerveau intéressant les circonvolutions frontales antérieures.

Nous n'avions rien soupçonné de ces lésions pendant la vie. J'avais considéré le premier fait comme un cas de maladie de la moelle épinière et du bulbe, produisant une *paralysie agitante*, chose très-rare chez les enfants. La *névrorétinite* était là pour prouver qu'il y avait une altération organique des centres nerveux; mais je ne croyais pas que la lésion occupant d'une façon aussi limitée les deux couches optiques, c'est l'autopsie, qui m'a révélé le véritable diagnostic et le siège de la lésion.

Dans le second cas, c'était une phthisique, qui ne présenta, avec son abcès du cerveau placé dans la deuxième circonvolution frontale, aucun trouble de la sensibilité et du mouvement. Deux autres faits analogues ont été publiés par M. Jaccoud.

Quoi qu'il en soit, revoyons ensemble l'histoire des malades que vous venez d'observer, dont vous avez vu l'autopsie, et analysons les symptômes observés.

Obs. — *Tubercules de la couche optique; granulations des méninges sans méningite; Paralysie agitante.* — E..., âgée de trois ans et demi, entrée le 19 octobre 1877, morte le 31 octobre au n° 48 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut.

Cette enfant, qui était en nourrice, a été prise il y a quatre mois d'une maladie sur laquelle on n'a pas de renseignements. Au dire de sa mère, elle serait devenue *tout enflée à cette époque.* A la suite de cette maladie, elle fut prise d'une impotence générale des membres qui l'empêchait de se tenir, de marcher et de coordonner les mouvements des bras. Il y avait en même temps un *tremblement* plus marqué du *côté droit* que du côté gauche.

*L'intelligence* paraît avoir été également atteinte dès ce moment. L'enfant, qui parlait très-bien avant sa maladie, paraissait indifférente à tout, et n'avait plus l'air de comprendre ce qu'on lui disait. Elle continuait néanmoins à s'alimenter, et l'état général était assez satisfaisant.

*A son entrée à l'hopital,* on constate les phénomènes suivants :

*Perte de l'intelligence.* L'enfant reste couchée sur le dos, la tête renversée en arrière, le regard fixe et la vision abolie. Elle ne paraît pas comprendre les paroles qu'on lui adresse. Cependant, quand on lui dit : « Bonjour », elle répond : « Bonjour, papa. »

*Hyperesthésie très-marquée* de toute la surface cutanée. Au moindre contact, l'enfant pousse des cris perçants et se débat avec une violence telle que l'examen, celui de la gorge et de la poitrine

en particulier, est des plus pénibles et des plus difficiles. Les mouvements réflexes sont conservés quand on chatouille les pieds.

Les quatre membres sont le siège d'un *tremblement convulsif*, avec prédominance notable du *côté droit*. L'enfant ne peut ni marcher, ni se tenir debout. D'ailleurs, la résistance qu'elle oppose, quand on essaye de la lever, est telle que tout examen, sous ce rapport, est rendu impossible. Lorsque, sans la brusquer, on l'invite à donner la main, elle le fait, mais sans précision et avec des mouvements saccadés, qui indiquent un défaut absolu de coordination.

Du côté *des yeux*, on note une conjonctivite légère. L'examen ophthalmologique révèle l'existence d'une *névrite optique double* caractérisée par un exsudat blanchâtre qui cache la papille et s'étend sur la rétine avoisinante.

Au niveau de la région sous-maxillaire droite existe un abcès ouvert, qui suppure encore, et un notable gonflement du cou.

Pas de diarrhée. Pas de vomissements. L'appétit est conservé. Toux légère, mais il n'y a rien dans la poitrine.

Pendant les premiers temps de son séjour à l'hôpital, l'enfant continue à bien s'alimenter, et ne présente aucun symptôme nouveau, sauf un engorgement des ganglions sous-maxillaires, sans que l'examen de la gorge révèle l'existence d'aucune fausse membrane.

Morte le 31 octobre.

*Autopsie.* — Les *méninges* sont congestionnées, sans caillots des veines ni des sinus de la dure-mère.

Dans la *pie-mère*, quelques granulations miliaires à la convexité, sans suppuration, et il n'y a rien dans les scissures de Sylvius.

Pas de sérosité dans les ventricules latéraux, et la substance des hémisphères cérébraux paraît saine.

*Chaque couche optique* paraît normale quand on la regarde par les ventricules latéraux ouverts, mais elles sont gonflées, un peu dures et mamelonnées. En les coupant, on voit que leur tissu est détruit, remplacé par une masse ovalaire tuberculeuse verdâtre, dure, appuyant sur le pédoncule antérieur, et séparée du ventricule par une couche de tissus veineux de 1/4 de centimètre. Entre ce gros tubercule, qui, comme dimensions, a trois centimètres sur 4 et la substance nerveuse de la couche optique, il y a une petite zone de tissu nerveux, rouge, ramolli, large de 3 à 4 millimètres, formant une espèce d'enveloppe, et c'est tout ce qui reste de la couche optique.

Tout le reste du cerveau est sain. Il en est de même du cervelet et de la moelle épinière. Pas d'autres tubercules dans les différentes parties du cerveau.

Les *poumons* renferment quelques granulations miliaires tuberculeuses; à droite il y a un petit lobe de pneumonie chronique indurée très-dure et des ganglions bronchiques tuberculeux.

C'est là, comme on le voit, un exemple remarquable de destruction des deux couches optiques, sans que le tissu nerveux voisin ni que les pédoncules cérébraux soient altérés. La lésion est parfaitement limitée aux deux ganglions nerveux, dont il ne reste plus rien qu'une coque mince, un peu ramollie, servant de membrane d'enveloppe. Elle résulte d'une dégénérescence tuberculeuse, complète, de tout le tissu nerveux des couches optiques, ou, si l'on préfère, d'une substitution de matière tuberculeuse crue, verdâtre, à la substance nerveuse de ces parties du cerveau. Autour de ces masses tuberculeuses, la substance cérébrale est saine, les couches corticales antérieures intactes, de sorte qu'on peut être assuré que les symptômes observés pendant la vie dépendent bien de cette destruction des couches optiques, et ne peuvent être attribuées à autre chose.

Dans ce cas qu'avons-nous observé? Une paralysie incomplète des quatre membres, empêchant la station et la marche; 2° un tremblement des mains quand l'enfant veut agiter les bras; 3° conservation des mouvements réflexes par le chatouillement des pieds; 4° une hyperesthésie cutanée de toute la surface cutanée; 5° un notable affaiblissement de l'intelligence; 6° enfin une amaurose incomplète, avec névro-rétinite considérable. Cela signifie : *troubles du mouvement et de la sensibilité par destruction de la couche optique*, et il n'y a rien là qui prouve la fonction motrice de la substance corticale du cerveau.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 décembre 1879. — Présidence de M. Richet.

### CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : des lettres de candidature, 1° de M. de Saint-Germain, 2° de M. Lannelongue pour la section de pathologie chirurgicale, 3° de M. Marty pour la section de pharmacie.

M. DELPECH présente au nom de M. Defresne un mémoire sur la ptyaline et la diastase.

### COMMUNICATION

**Températures morbides locales.** — M. PETER. Ce n'est pas d'une très-petite question de priorité qu'il s'agit, mais de la détermination précise d'un fait scientifique. Dès 1864, je me suis occupé des températures morbides locales.

On trouvera la preuve et la date de ces recherches dans un pli cacheté, déposé par moi à l'Académie de médecine en 1865, et lu en séance publique par M. Tardieu, alors président de cette Académie, le 26 mars 1867.

Ces conclusions sont tout au long imprimées dans les journaux du temps (mars 1867).

Indépendamment des recherches exposées dans ce travail sur la relation entre l'élévation de la température générale et l'augmentation de volume de certains organes, lesquelles recherches m'ont permis de conclure que dans toutes *les maladies fébriles la rate* augmente de volume, je signale dans le travail en question la relation entre les *températures locales* et la *paralysie*, et j'y établis, entre autres choses, « que la paralysie de la sensibilité est accompagnée d'une élévation locale de la température quand la paralysie de la sensibilité dérive d'une lésion matérielle des centres nerveux ».

Cette première communication à l'Académie se termine par cette phrase : « Les expériences de M. Peter ont été faites sur des malades de la ville et de l'Hôtel-Dieu, en 1864 (t. Ier de la troisième série de l'*Union médicale* p. 693, lig. 11). »

En *mil huit cent soixante-quatre*, c'est-à-dire *douze ans* avant la publication du livre de M. Séguin.

Le piquant de la chose est donc que la première manifestation publique de mes recherches sur les températures locales ait été faite dans cette Académie même, *onze ans* avant l'auteur au bénéfice duquel on vient en revendiquer la priorité.

Mais je n'ai pas borné là mes investigations ; je me suis encore posé ce problème : « Là où se fait un travail morbide, y a-t-il élévation locale de la température? »

Eh bien! des centaines d'observations, lentement accumulées, m'ont permis de résoudre la question par l'affirmative : il y a toujours élévation locale de la température là où se fait un travail morbide local. Et, réciproquement,« là où s'élève la température locale, là se fait un travail local ». De telle façon enfin que « l'élévation locale de la température peut servir à dénoncer l'existence d'un travail morbide local ».

On voudra bien remarquer que je ne me suis pas contenté de constater l'élévation de la température morbide locale, mais que j'ai déterminé le chiffre de cette élévation ; qu'ainsi, dès 1873, *trois ans* avant la publication du livre de M. Séguin (dans la première édition du t. Ier de ma *Clinique médicale*, p. 644 à 648), je signa-

lais les variations de température locale qui accompagnent l'hyperémie sécrétoire de la pleurésie en activité, et j'indiquais des variations de 1° 9, et 2° 5 dans ces cas. Je donne de plus longs détails à ce sujet dans la seconde édition de ma *Clinique* en 1877; et j'y ajoute encore dans la troisième édition, actuellement sous presse.

Depuis 1873 également, je fais des leçons publiques sur les températures locales dans les diverses maladies du thorax et de l'abdomen.

Dans ma communication du 10 septembre 1879 à l'Académie, j'ai de même signalé non-seulement l'élévation locale de la température dès le début de la tuberculisation pulmonaire, mais le degré de cette élévation et ses variations suivant la nature des lésions.

De même encore dans ma communication récente de 1879 pour les maladies du péritoine. Il en sera ainsi dans une prochaine communication sur les maladies de l'estomac, si l'Académie veut bien m'y autoriser.

Seulement, certaines vérités scientifiques ne font leur chemin dans le monde qu'après avoir passé par deux périodes successives : l'une de doute ou de négation, l'autre enfin d'acceptation. Dans la première période (celle de doute ou de négation), à la vérité qui s'affirme, il en est qui répondent : « Ce n'est pas possible, ce n'est pas *exact!* »

Puis, quand la conviction s'est faite, que la vérité s'impose, que l'on est arrivé à la période d'acceptation, il s'en trouve d'autres pour dire : « C'est vrai, mais ce n'est pas *nouveau!* »

J'en suis là, et ma vérité aussi.

Lorsqu'en 1878 je suis venu annoncer à l'Académie que « la tuberculisation pulmonaire élevait localement la température, et que le thermomètre appliqué sur la paroi thoracique venait révéler cette élévation locale de la température, laquelle élévation locale devenait ainsi l'indice de la lésion tuberculeuse, » à Paris et ailleurs, quelques-uns ont objecté que « cela n'était pas *exact* ».

Et voici que, en 1879, alors que je viens dire à l'Académie que les maladies de l'abdomen, et en particulier les phlegmasies chroniques du péritoine, élèvent localement la température, on m'objecte que « cela n'est pas *nouveau!* »

Mais c'est justement ce qui m'enchante; car, enfin, si ce que je dis en 1879 n'est pas nouveau, c'est donc que cela a été vu par d'autres que par moi; c'est donc que ce que je disais en 1878, en 1873, en 1867, en 1864, a grande chance d'être exact. Aussi remercié-je les dieux de l'auxiliaire lointain et tardif qu'ils m'envoient.

Donc M. Séguin (de New-York) a publié, à New-York, en 1876, un livre dont on a bien voulu me donner le titre (n'ayant pas cru pouvoir me confier le livre). Et il résulte de l'énumération des recherches des médecins français de New-York, qu'on trouve en Amérique ce que j'ai trouvé en France. C'est quelque chose.

De son côté, dès 1865, mon savant collègue et ami le professeur Broca a commencé ses études sur la thermométrie cérébrale, mais c'est en 1873 surtout qu'il a appliqué ses recherches au diagnostic des affections du cerveau, et cela publiquement dans son service de clinique; enfin, le 30 août 1877, il faisait une communication à ce sujet au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, siégeant cette année-là au Havre (1). Ainsi là encore M. Broca a précédé M. Séguin.

Or, ce que M. Broca a voulu faire pour les maladies de la cavité crânienne, je l'ai tenté pour celles de la cavité thoracique et de la cavité abdominale. Car j'ai eu l'ambition très-légitime de faire entrer la *thermométrie localisée* dans la pratique quotidienne, de compléter l'œuvre de Wunderlich, de lui donner un « pendant » qui serait un *Traité des températures morbides locales*. Dans ce livre, qui se fait, chacun aura sa part; mais, en attendant sa venue, j'en offre de temps à autre à l'Académie la primeur, par morceaux, pour qu'il lui soit moins indigeste.

En réalité, il n'importe pas à la science, pas plus qu'il ne s'agit pour moi, de savoir si, avant moi, M. Séguin a trouvé la même chose que moi; il s'agit qu'il l'ait trouvé et qu'ainsi la cause des températures morbides locales rencontre en lui un auxiliaire inespéré; qu'ainsi, l'un soutenant l'autre, nous fassions connaître la chose au monde médical et la lui fassions accepter.

On n'a jamais, en effet, autant parlé de thermométrie localisée que depuis mes communications et les revendications qu'elles suscitent. La cause me paraît donc bien près d'être gagnée : et la vérité naguère encore contestée va devenir la vérité triomphante.

Aussi, comme « nul n'est prophète en son pays, » même en France, le Français de Paris remercie-t-il de son concours le Français de New-York.

(1) Voir *Revue scientifique* du 15 septembre 1877.

### ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale. La commission, par l'organe de M. Maurice Raynaud, rapporteur, classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Bucquoy;
En deuxième ligne, M. Alfred Fournier;
En troisième ligne, M. Siredey;
En quatrième ligne, M. Lecorché;
En cinquième ligne, M. Olivier;
En sixième ligne, M. Cadet de Gassicourt.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 72, majorité 39,

M. Fournier obtient. . . . . . . . 36 suffrages.
M. Bucquoy . . . . . . . . . . . . 35 —
Bulletin blanc . . . . . . . . . . . 1

Au second tour, le nombre des votants étant de 73, majorité 37,

M. Fournier obtient. . . . . . . . 37 suffrages.
M. Bucquoy. . . . . . . . . . . . . 34 —

En conséquence, M. Alfred Fournier, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie de médecine.

L'Académie procède ensuite, par la voie du scrutin, à l'élection d'un vice-président pour l'année 1880.

Le nombre des votants étant de 62, majorité 30,

M. Broca obtient 54 suffrages; M. Jules Guérin 3; MM. Félix Guyon, Hérard, Maurice Perrin, chacun 1.

En conséquence, M. Broca, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé vice-président pour l'année 1880.

M. BERGERON, secrétaire annuel, est maintenu par acclamation dans ses fonctions.

MM. HÉRARD et VERNEUIL sont nommés membres du conseil.

### LECTURE

**Recherches expérimentales sur le mode de développement des hydropisies passives. — M. COLIN** formule les conclusions suivantes :

On a vu par l'ensemble des expériences relatées dans ce travail que les obstacles mécaniques apportés à la circulation veineuse développent sur les animaux des œdèmes ou des hydropisies locales toutes les fois qu'ils élèvent à son maximum la pression du sang sur les parois vasculaires. Ces expériences confirment donc pleinement la loi que M. Bouillaud a déduite de ses observations cliniques.

La comparaison et la discussion de ces expériences donne la raison d'être des résultats en apparence contradictoires obtenus dans des conditions qui semblent identiques. Ainsi la ligature, la compression, l'oblitération partielle d'une veine donnent lieu à l'œdème ou à une forme quelconque d'épanchement séreux si le sang ne peut s'échapper en suffisante proportion par les veines collatérales ou anastomotiques. La ligature de la jugulaire produit l'infiltration sur les animaux où la veine est unique de chaque côté et non sur ceux qui ont une seconde jugulaire profonde, satellite de la carotide. Il en est de même pour la saphène et d'autres veines superficielles.

Les deux expériences de Lower, dites célèbres et fameuses, ne

donnent jamais, lorsqu'elles sont bien exécutées, les résultats qui leur sont attribués. La ligature de la jugulaire sur le chien ne peut produire le larmoiement, la salivation, l'œdème que si elle s'accompagne de violences sur l'œsophage et le filet cervical du sympathique. La ligature de la veine-cave postérieure faite dans le thorax, par conséquent alors que ce vaisseau s'est chargé du sang de la veine-porte, tue trop vite pour laisser à l'ascite le temps de se réaliser. Elle ne peut rendre l'épanchement péritonéal possible qu'à la condition d'être imparfaitement serrée ou, en d'autres termes, de gêner simplement la circulation.

L'interruption complète et brusque du sang dans la veine-porte tue en quelques heures, sans permettre à l'hydropisie abdominale de s'effectuer à un degré notable.

La ligature de la veine-cave, si elle entraîne une oblitération partielle exacte sans dilatation suffisante des circonflexes iliaques, des abdominales inférieures, peut déterminer l'ascite et des infiltrations aux membres postérieurs. Mais tous les accidents de l'oblitération sont conjurés sur les animaux qui guérissent des suites immédiates de l'opération, pourvu que des anastomoses assez élargies rétablissent la communication entre les segments de la grande veine demeurés libres.

Les lymphatiques jouent certainement un rôle auxiliaire dans la genèse des infiltrations partielles, s'ils sont en grand nombre confirmés, soit par des tumeurs, soit par des exsudats inflammatoires, ou si leurs produits traversent difficilement les ganglions devenus peu perméables, ils peuvent même contribuer au développement des infiltrations générales dans le cas où le canal thoracique est comprimé ou altéré par des caillots dus au sang que lui apporte le violent reflux accompagnant les affections du cœur.

Quant aux nerfs vaso-moteurs, ils ne paraissent pas prendre une part notable à la production des hydropisies passives. Les paralysies vasculaires déterminées par la section de ces nerfs ne favorisent pas sensiblement l'exhalation de la sérosité dans le tissu cellulaire, lorsqu'elles coïncident avec la ligature des veines. D'ailleurs elles ne provoquent aucune infiltration toutes les fois que leur action est isolée et indépendante de celle des obstacles mécaniques à la circulation veineuse.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours d'agrégation de médecine.* — Le sujet de la composition écrite d'anatomie et physiologie a été « les circonvolutions cérébrales ». Les deux questions restées dans l'urne étaient « le lobule hépatique » et « l'innervation du cœur ».

— Le concours de l'internat pour les hôpitaux de Paris vient de se terminer par les nominations suivantes :

*Internes titulaires.* — MM. 1. Thibierge, Luc, Gilson, Babinski, Verchère, Pioger, d'Olier, Debrun, du Bois-Noir, Ozenne, Auvard.

11. Chantemesse, Cochez, Rousseau, Tuffier, Goffrier, Lacaze, Broussin, Guiter, Gibier, Pousson.

21. Artaud, Malécot, Walther, de Gastel, Boissard, Ollive, Bouley, Thuvien, Launois, Hache.

31. Martinet, Soyer, Binet, de Lapersonne, Philippe-Lavallée, Schmitt, Giraudeau, Lavergne, Bellangé, Guinard.

41. Huë, Touaille de Larabrie, Meunier, Bernard, Dauchez, Berne, Damalix, Ferrand (Jacques-Joseph), Verneuil, de Gennes.

*Internes provisoires.* — MM. 1. Gilbert, Cayla, Chatellier, Blé, Satat, Poupon, Sené, Lévy (Albert), Gendron, Durand-Fardel.

11. Chambellan, Sapelier, Lecoq, Piogey, Lévy (Édouard), Manaud, Ferrand (Edmond), Métaxas, Greffier, Catuffe.

21. Schwing, Wegel, Mercier, Millet (Pierre), Millet (Joseph), Bourdel, Gallois.

— La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils qui ont concouru en 1879, aura lieu le lundi 29 décembre 1879, à deux heures de l'après-midi dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3.

Dans cette même séance aura lieu la proclamation des noms des Élèves externes nommés à la suite du concours de 1879.

— Par décret en date du 18 décembre 1879, M. Roux (Léon-Adolphe), médecin de première classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal.

— Par décret du 18 décembre 1879 ont été nommés dans le corps de santé militaire :

*Au grade de médecin-major de deuxième classe* : MM. Dardignac, Muller, Sauveroche et Brochard.

*Au grade d'aide médecin-major de première classe* : MM. de Santi, Zoeller, Février, Lecomte, Schneider, Cliquet, Woirhaye, Hervéou (R.-F.-M.), Arnold, Martel, Villemin, Paquy, Aubry, Merz, Hornus, Butel, Picqué, Baur, Roux, de Balthasar de Gachéo, Petit, Comte, Gaillard, Delamare, Orion, Couderc, Phisalix, Lutret, Aubert, Sourris, Boucher, Lallemand, Vacher, Mons, Bouchon, Bouvier, Bischoff, Salle, Bonnet, Joly, Bertholon, Legagneur, Moinel, Pouey, Lespalès-Mondon, Martin, Conçaix, Simon, Manquat, Renaut, Gardin, Masson, Fournet, Dreyfus, Langue, Laurent, Mathelin, Peigné, Durget, Salètes, Darde, Faurot, Warnecke, Lévêque (A.), Baills, Riff, Larroque, Lasserre, Liron, Girard, Hervéou (C.-M.-F.), Hussenet, Mackiewicz, d'Arras, Goudard, Atgier, Dumas, Achard, Fromantin, Pongis, Mourey, Tixier, Godin, Boiron, Barbaux, Ravan, Delhaye, Bony, Soulier et Francou.

*Au grade de médecin aide-major de deuxième classe* ; MM. Mary, Loup, Reboud, Redon, Namin, Gancel, Véron, Toussaint, Lucas, Altemaire, Névot, Pitois, Derouet, Spire, Lullien, Vilmain, Henry, Duriez, Rascol, Escard, Borel, Gautier, Leprêtre, Durand, Pinet, Baudisson, Fribourg, Collin, Chandèze, Wissemans, Perret, Fournot, Bourras, Bonnet, Prieur, Prat, Mickaniewski, Coquand, Soulé, Plantié, Renard, Peyret, Janicot, Courtot, Moreau, Bernhard, Barbès, Méjasson, Beaudier, Dupuy, Aubertie, Stouff, Daum, Duhaut, Feuiltaine, Carcopino, Marotel, Harbecq, Médieux et Pelletier.

*An grade de pharmacien-major de première classe* : M. Cothon.

*Au grade de pharmacien-major de deuxième classe* : M. Hirtzmann.

*Au grade de pharmacien aide-major de première classe* : MM. Chapuis, Jacob, Jégou, Boutté, Grellety, Gauffres, Massie et Corne.

*Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe* : MM. Domergue, Roch, Bayrac, Wagner, Pecque, Garène, Durieu et Dulud.

— *Boursiers des Facultés de médecine.* — Sont nommés pour un an, à dater du 1er octobre 1879, boursiers près les Facultés de médecine ci-après désignées, les candidats au doctorat dont les noms suivent :

*Faculté de Paris.* — MM. Schmitt (Marie-François-Stanislas), Pouchet (Anne-Gabriel), Pignot (Albert-Bernard-Eugène), Netter (Juste-Arnold), Millet (Joseph), Journiac (Auguste-Diogène), Haranger (Félix-Eugène-Méderic), Chambellan (Victor-Louis-Jules-Athanase), Varnier (Henri-Victor), Kahn (Nephthali), Wallet (Louis-Henri-Gabriel), Deschamps (Alexandre-François), Omont (Pierre-Julien), Cerné (Alfred-Eugène), Ricard (Alfred-Louis), Guiard (Pierre).

*Faculté de Bordeaux.* — MM. Dumont (Jean-Albert), Saint-Mézard (Barthélemy-Eugène).

*Faculté de Lille.* — MM. Lambilliotte (Georges-Eugène-Joseph), Landouzy (Georges-Paul), Colas (Étienne-Charles).

*Faculté de Lyon.* — MM. Lemoine (Georges-Henri), Boyer (Jean), Parizot (Louis-Lazare), Thoviste (Jeanne-Marie), Larmaraud (Hippolyte).

*Faculté de Montpellier.* — MM. Artigalas (Jean-Michel-Casimir), Cauquil (Célestin-Aristide-Léopold-Marie), Rouch (Marie-Germain), Forgue (Émile-Auguste), Chapon (Alexis-Marie-Urbain), Sabatier (Zacharie-Louis).

*Faculté de Nancy.* — MM. Dufour (Léon-Adolphe), Mosimann

(Marie-Auguste-Lucien), Jacquinot (Louis-Jules), Guillemin (Paul-Auguste-François), Hugueny (Charles-François-Joseph), Pilon (Georges-Louis-Nicolas), Petit (Jean-Jules-Henry).

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1878-1879 :

*Première année.* — Prix : M. Barbier; mention honorable : M. Collinet.

*Deuxième année.* — Prix : M. Hutin ; première mention honorable : M. Jacquinot; deuxième mention honorable, *ex æquo* : MM. Mosimann et Petit.

*Troisième année.* — Prix : M. Baur. — Mention très-honorable : M. Simon.

*Quatrième année.* — Prix : M. Weiss.

*Prix Bénit* : M. Thiébaut. — Mention honorable : M. Rohmer.

*Prix de thèse* : M. Hypolitte. — Mention honorable : MM. Bagnéris, Bugnot, Lorber, Maguin, Sadler et Fiessinger. — Citations : MM. Larché, Savouret, Febvre, André et Riboulot.

— La Société de chirurgie a procédé dans sa séance du 24 décembre au renouvellement de son bureau pour l'année 1880.

Ont été élus : président : M. Tillaux; vice-président : M. de Saint-Germain, secrétaire général (pour cinq ans) : M. Horteloup, secrétaires annuels : MM. Polaillon et Le Dentu ; membres du comité de publication : MM. Marc Sée, Giraud-Teulon et Horteloup.

MM. Berger, trésorier et Terrier, archiviste, ont été maintenus par acclamation.

— *Cours public et gratuit de physiologie à la salle Gerson.* — M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie, fera ce cours deux fois par semaine, le lundi et le mercredi à quatre heures. La première leçon aura lieu le lundi cinq janvier.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Pathologie et clinique chirurgicales,** par M. le docteur Fort. 2e édition, 2 vol. in-8° avec 542 figures intercalées dans le texte. — Prix : 25 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**De l'hystérectomie sus-vaginale par la voie abdominale dans le traitement des tumeurs utérines en dehors de la grossesse,** par le docteur Letousey. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Étude sur les fistules pyo-stercorales consécutives aux abcès phlegmoneux de la cavité abdominale et indépendantes des hernies,** par le docteur Blin. In-8° — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Du traitement de l'éclampsie puerpérale par l'hydrate de chloral,** par le docteur Froger. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

**Des mouvements irrésistibles,** par le docteur G. Audiffrent. Broch. in-8° de 90 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Poris, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 9052.

N° 150. — MARDI 30 DÉCEMBRE 1879. 52e ANNÉE. MARDI 30 DÉCEMBRE 1879. — N° 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**On s'abonne hors de Paris**
dans tous les bureaux de Poste et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. — Six mois... 16 — — Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion du jour de l'an, le journal ne paraîtra pas jeudi.



## HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

**Des localisations cérébrales. — Tubercules ayant détruit la totalité des couches optiques; hyperesthésie cutanée; amaurose et névro-rétinite; paralysie agitante. — Abcès du lobe frontal, sans symptômes de paralysie ou de délire. — Tubercule de la couche optique sans symptômes** (1).

II

Voici maintenant un cas d'abcès du lobe frontal, sans aucun symptôme et sans paralysie ni délire.

Obs. — *Abcès du cerveau dans le lobe frontal sans symptômes; phthisie pulmonaire; vomiques.* — X..., âgée de quatorze ans, entre au n° 20 de la salle Sainte-Catherine, le 16 juillet 1878. Cette enfant avait une phthisie pulmonaire avec vomiques continuelles, venant de la partie inférieure du poumon gauche.

Elle se mettait à tousser, rejetait à flots une quantité de pus qui formait la moitié de son crachoir, et, à l'auscultation, on entendait aussitôt, à la base du poumon gauche, un bruit de souffle amphorique sec, semblable, par son rhythme précipité et son timbre, à un bruit de locomotive.

Puis des râles muqueux se faisaient entendre; ils étaient remplacés par du gargouillement, et, lorsqu'une nouvelle secousse de toux avec vomique purulente vidait la caverne de la base du poumon gauche, on entendait de nouveau le bruit sec, cadencé, très-fort, imitant le bruit de la locomotive. Cet état se prolongea en même temps que s'affaiblissait la malade, et elle succomba après une courte agonie de deux heures, sans avoir offert aucun trouble préalable de l'intelligence, du mouvement et de la sensibilité. Deux heures avant sa mort elle répondait aux questions, pouvait parler, mouvoir ses membres, et elle est morte sans convulsions ni paralysie.

*Autopsie.* — Le poumon gauche est partout adhérent à la plèvre, et son lobe inférieur creusé de larges cavités, communiquant entre elles et avec les bronches. Son tissu est dur, grisâtre, infiltré de pus et de tubercules. Le lobe supérieur renferme également des tubercules en voie de ramollissement, formant de petites cavernes.

Le poumon droit n'est pas adhérent, mais il renferme un grand nombre de petites cavernes au milieu d'un tissu infiltré de matière grisâtre, semblable à du pus infiltré.

*Cerveau.* — En ouvrant la cavité cranienne, sous la dure-mère, on constate avec étonnement, à travers la pie-mère des premières et secondes circonvolutions frontales, un abcès superficiel, gris-verdâtre, entouré de substance nerveuse ramollie.

Cet abcès étant incisé, on voit qu'il pénètre dans la substance grise au-dessous de la couche corticale de la seconde et troisième circonvolution frontale ascendante, qui sont ramollies, et il a le volume d'une olive. Cela ne dépasse pas le sillon de Rolando. Tout le tissu qui l'entoure est gris, pulpeux, et l'altération s'étend en arrière de l'abcès, en dehors du corps strié et de la couche optique jusqu'au pédoncule cérébral gauche. Seulement, dans ce pédoncule, le tissu n'est pas ramolli, et il est grisâtre, teinté de jaune. Tout autour de ce foyer il n'y a nulle injection sanguine. Pas de liquide dans les ventricules, et nulle part on ne trouve de tubercules. Il n'y en a pas plus dans les méninges que dans la substance nerveuse. Tout est borné à cet abcès, entouré de substance cérébrale ramollie, placé sous la seconde et la troisième circonvolution frontale dont l'écorce grise est altérée, et dont la partie postérieure est formée de tissu grisâtre, allant jusqu'à l'entrée du pédoncule cérébral dans la protubérance.

Dans ce second fait, qu'avez-vous vu? Une fille de quatorze ans, phthisique, ayant séjourné plusieurs mois dans la salle et examinée chaque jour avec soin, en raison des phénomènes particuliers d'auscultation qu'elle présentait.

Jusqu'à son dernier jour, peu d'instants avant sa mort, elle n'avait présenté aucune paralysie du mouvement ni de la sensibilité. Son intelligence était conservée, elle n'offrait qu'un accablement précurseur de la mort, dont on la faisait sortir très-aisément par une question toujours suivie d'une réponse convenable.

Qu'avait-elle dans le cerveau? Une lésion latente énorme, qui n'avait donné lieu à aucun symptôme. Elle avait un abcès de la partie antérieure de l'hémisphère cérébral, visible sous la pie-mère, détruisant la deuxième circonvolution frontale et entourée d'un ramollissement jaunâtre s'étendant dans le centre ovale jusqu'au dehors du corps strié et de la couche optique, qui ne présentaient pas d'altération.

Si les lésions de la substance corticale antérieure doivent détruire le mouvement, comment se fait-il qu'ici la motilité n'ait subi aucune atteinte? Évidemment ce fait prouve que la théorie nouvelle manque d'exactitude et que la vérité est encore à trouver.

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 décembre 1879.

*Dans un troisième et dernier fait*, il s'agit d'une méningite datant de douze jours et n'ayant été précédée d'aucun phénomène de paralysie ni de convulsions, malgré deux tubercules cérébraux persistants. L'enfant a été prise subitement, comme cela s'observe quelquefois dans cette maladie. Elle meurt, et que trouve-t-on? Un gros tubercule de la substance corticale, en avant du sillon de Rolando, et un gros tubercule de la partie postérieure de la couche optique sur le pédoncule antérieur cérébral. Ce tubercule avait la grosseur d'une olive. Évidemment il ne s'est pas développé en douze jours; il était là depuis plusieurs mois, et c'est lui qui a provoqué la méningite. Cependant il n'avait donné lieu à aucun symptôme.

Ces faits sont très-fréquents chez les enfants, et j'en ai publié plusieurs dans mon *Traité des maladies de l'enfance*. De temps à autre, on voit en effet des malades morts de rougeole ou de pneumonie, ayant des tubercules énormes du cervelet ou du cerveau, qui n'ont donné lieu à aucun symptôme. Je conserve ces tubercules comme des curiosités, et je puis vous les montrer. En voici deux, recueillis dans les conditions dont je parle. Ils occupaient le cervelet, et, comme vous pouvez le voir, ils ont le volume d'un petit œuf. Dans un cas qui ne sortira jamais de mon souvenir, j'en ai rencontré un aussi volumineux et dont l'existence n'avait pas été soupçonnée. C'était dans un cas de broncho-pneumonie. Je prescrivis de l'ipécacuanha. En vomissant, l'enfant fut pris de convulsions et mourut en quelques minutes. Cette mort était inexplicable; et sans l'autopsie, qui m'en fit découvrir la cause en me montrant un énorme tubercule du cerveau près de la couche optique, je n'aurais jamais su à quoi m'en tenir.

En résumé, s'il est bon et digne de la science de rechercher par la voie de l'expérience, sur les animaux et par l'observation clinique, à quelles régions du cerveau correspondent certaines lésions de la sensibilité et du mouvement, il ne faut pas se hâter de formuler des conclusions qui, n'étant pas suffisamment justifiées, sont trop souvent en désaccord avec les faits.

Le nombre des observations de *tumeurs latentes* du cerveau, de projectiles de la masse cérébrale sans symptômes, est trop considérable pour qu'on puisse croire à la possibilité de conclure rigoureusement des symptômes aux lésions. Le cerveau est peut-être l'organe où l'on rencontre le plus souvent, et sur différents points, des lésions anciennes qui se sont développées lentement, sans engendrer de désordres appréciables. Enfin, les mêmes symptômes de paralysie motrice partielle ou générale, de contracture locale, d'anesthésie circonscrite ou d'hémianesthésie, s'observent avec ou sans lésions de la substance nerveuse du cerveau. C'est plus qu'il n'en faut pour rendre circonspects les médecins qui aiment la vérité plus que les hypothèses.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

### Des alopécies (1).

III

V. Alopécie péladique. — Désignée à l'étranger sous le nom d'*alopecia areata*, et plus communément ici sous celui de pelade, cette forme d'alopécie est caractérisée par la production de plaques de calvitie véritable au milieu d'une chevelure normale. On voit des îlots dénudés, blancs, glabres, des compartiments de calvitie, pour ainsi dire, contrastant avec une chevelure normale. Elle mériterait bien le nom qui lui a été donné par Sauvage le premier, *areata, per areas*, par îlots, par compartiments.

Si l'on était en quête d'une maladie qui ait jeté la discorde parmi les pathologistes, on pourrait, à coup sûr, s'arrêter à la pelade: tout y a été matière à discussion; on a querellé sur sa dénomination, sur son étiologie, sur sa nature, sur son traitement. Son histoire est encore un véritable chaos où s'entre-choquent toutes les opinions. Je me contenterai de vous donner l'état actuel de la science sur ce sujet.

La pelade est une affection de la peau caractérisée par la chute rapide et absolue des poils sur une étendue plus ou moins considérable d'une région velue. On l'a appelée alopecia areata; porrigo decalvans (Willan et Bateman); phytoalopécie (Grouby); vitiligo du cuir chevelu (Cazenave); teigne, pelade (Bazin), etc.

*Fréquence.* — Elle est assez rare: nous en voyons à peu près un exemple par semaine à notre consultation hebdomadaire. Elle atteint toutes les régions velues du corps, la barbe, les cils, les sourcils, le pubis, les aisselles, le tronc, les membres, aussi bien que les cheveux. Elle peut même se généraliser à toute la surface du corps.

*Symptômes.* — La pelade débute très-singulièrement par l'apparition brusque, inattendue, d'une ou plusieurs plaques d'alopécie au milieu des cheveux. Le sujet se porte à ravir, quand soudain, en faisant sa toilette, il aperçoit une plaque blanche au milieu de ses cheveux; c'est son coiffeur, c'est sa mère, qui, les premiers, remarquent cette surface dénudée du cuir chevelu. Puis on trouve d'autres îlots de calvitie, simultanément ou successivement.

La maladie a deux périodes: une période d'augment et une période d'état. Pendant la première apparaît une plaque qui s'accroît rapidement en une ou deux semaines et atteint la largeur d'une pièce de 1 franc ou de 5 francs, parfois de la paume de la main. Elle s'accroît par rayonnement centrifuge, par zones concentriques de plus en plus grandes. Au pourtour de cette plaque, tous les cheveux sont caducs, minces, tombant facilement. On voit au voisinage de petits cheveux cassés. Si plusieurs plaques voisines arrivent à se réunir, au lieu de la forme circinée, nummulaire, souvent parfaite, ou elliptique et allongée, on voit des arcades résultant de la fusion de plusieurs cercles. Il est rare que la pelade s'éloigne de ce type; quelquefois elle serpente par bandes, par rubans décalvants. Il suffit, en tous cas, de l'avoir vue une fois pour la reconnaître toujours. C'est une surface chauve dans toute la force du terme, ne conservant plus un seul cheveu, surface lisse, unie, chatoyante, douce au toucher, soyeuse; c'est tout à fait comme dans une vieille calvitie; il n'y a ni squames, ni vésicules, ni pustules, ni efflorescences, ni pointillé brun de rasure; on ne voit pas les follicules pileux; la surface est absolument blanche et glabre; quelquefois la peau est achromiée et présente l'aspect de l'ivoire.

Pendant la deuxième période, on voit d'abord une époque intermédiaire présentant tous les caractères énoncés précédemment sans aucune autre modification que l'état station-

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 novembre 1879.

naire des plaques, sauf une ébauche de réparation pileuse qui commence à se manifester. On trouve quelques poils avortons, poils follets minces, ténus, maigres et chétifs, sans longueur, sans épaisseur, sans résistance, décolorés, à peine pigmentés, semblables en un mot au duvet du nouveau-né. On pourrait croire que c'est le début de la guérison. Il n'en est rien; longtemps encore on verra ces plaques avec quelques poils follets. Cette période est de beaucoup la plus longue.

Enfin, après un temps variable, arrive la réparation pileuse; ces poils tombent et sont remplacés par d'autres un peu plus forts, qui tombent à leur tour pour faire place enfin au véritable poil. Les cheveux renaissent, pullulent et reconstituent intégralement une chevelure parfaite.

En résumé, on observe un symptôme unique, la calvitie absolue; rien ne s'y ajoute, ni chaleur, ni rougeur, ni douleur, ni démangeaison, ni aucun des symptômes généraux habituels.

*Évolution.* — Elle se résume tout entière en une longue période d'immobilité absolue, comprise entre un début rapide et une fin rapide. Le début, en effet, est rapide. Le deuxième stade est d'une immobilité désespérante. La terminaison, dès que l'alopécie se répare, est très-prompte.

*Durée.* — La durée est très-variable : en certains cas, exceptionnels pourtant, elle ne dépasse pas trois mois, mais ordinairement elle est plus longue et va de dix mois à deux ans, parfois à trois, quatre et cinq ans. C'est encore une rare exception que la guérison n'arrive jamais.

*Terminaisons.* — Dans d'autres occasions moins favorables, tout en guérissant, la pelade peut laisser des cheveux moins touffus, moins abondants, moins colorés; il reste une mèche grise ou blanche. Ou enfin la guérison peut n'être que partielle ou manquer totalement et la calvitie rester définitive. M. Lallier a vu 5 guérisons sur 6 cas.

*Pronostic.* — Il est donc favorable, sauf de rares exceptions. Il ne faut pourtant pas dissimuler que, pendant toute sa durée, la pelade est une difformité choquante, vexatoire et préjudiciable à divers titres : ceux qui en sont atteints n'osent plus se montrer; ils s'isolent, rompent leurs rapports de société. Nous voyons des malades chassés de leurs ateliers parce qu'on les croit atteints d'une maladie suspecte et contagieuse.

*Diagnostic.* — On peut le dire facile; il s'impose de lui-même; il suffit de regarder. Les caractères de la pelade sont de provoquer des plaques de calvitie absolue, nettement circonscrites, faisant tache au milieu d'une chevelure normale, survenant rapidement et persistant depuis plus ou moins longtemps.

La pelade présente quelques analogies objectives avec quelques autres affections. *a.* Les enfants ont parfois des îlots de peau presque dénudés sur le crâne, à la suite de maladies du cuir chevelu. Mais ces plaques succèdent à de l'eczéma, de l'impetigo; il y a une rougeur morbide, un état cicatriciel. *b.* Les alopécies de convalescence peuvent simuler une pelade de forme intense, mais alors le diagnostic est facile; la calvitie a succédé à une maladie aiguë; ce n'est pas par îlots isolés, mais c'est une alopécie générale, qui n'est pas aussi décalvante que la pelade. *c.* De même l'alopécie syphilitique crée des clairières aussi; mais il n'est pas possible d'établir des comparaisons entre ces clairières de la syphilis et celles de la pelade. Jamais les area de la syphilis n'ont cette forme régulière, nummulaire de la pelade. Elles n'ont jamais l'étendue de la pelade. Enfin la syphilis éclaircit simultanément les autres régions de la chevelure; elle ne présente pas ce contraste pathognomonique de la pelade entre une surface éburnée au milieu d'une chevelure touffue et intacte.

*Étiologie.* — Tous les âges, tous les sexes y sont exposés. Cependant la pelade atteint de préférence les jeunes sujets; on en voit moitié plus au-dessous de vingt ans, et surtout chez des sujets à tempérament nerveux. Enfin elle affecte surtout les belles chevelures bien fournies et exubérantes. Mais la pelade n'a-t-elle pas une cause plus active véritablement déterminante? C'est ici que surviennent les querelles et la discorde. Les uns croient à la contagion; les autres, beaucoup plus nombreux, ne sont pas contagionnistes.

Les premiers invoquent un certain nombre de cas de contagion : un collégien prend la pelade de son voisin de rang; renvoyé dans sa famille, il la transmet à son frère. Une autre fois, c'est une jeune fille qui, se servant du peigne d'une amie atteinte de pelade, en est prise à son tour. Elle revient à Paris où elle est guérie de sa pelade; elle retourne chez la même amie, se sert encore de son peigne, et gagne une deuxième pelade. On cite encore un certain nombre d'exemples où plusieurs membres de la même famille, où plusieurs élèves du même pensionnat (M. Lailler) ont été atteints en même temps de pelade.

Les anticontagionnistes répondent : 1° les faits d'épidémie contiennent une source grave d'erreur, parce que plusieurs fois on a confondu dans les pensions la pelade avec la teigne tonsurante; 2° l'apparition de la pelade chez plusieurs membres d'une même famille ne signifie rien au point de vue de la contagion, car ils tiennent à une prédisposition commune à la pelade, comme aux névralgies, à la goutte; 3° il y a une série de cas nombreux où il n'y a pas eu de contagion, alors qu'existaient les meilleures conditions pour la produire : ainsi un homme a la pelade pendant plusieurs semaines, son jeune fils n'en est pas atteint; une femme l'a pendant plusieurs années, et son mari ne gagne pas la pelade, etc. ; 4° la pelade n'est ni contagieuse ni inoculable. On a cherché en vain à Lyon à l'inoculer.

Il serait prématuré de juger le débat et de formuler une sentence sur des observations contradictoires prises avec le même soin et soutenues par des hommes d'une autorité incontestable, de part et d'autre. Cependant, dès aujourd'hui, nous pouvons dire que, si la pelade est contagieuse, elle l'est peu. Elle aurait alors une contagion inférieure à celles d'autres maladies telles que le favus, la trichophytie, etc. Jamais je n'ai vu de contagion de la pelade à l'hôpital, tandis qu'il suffit d'un cas de teigne tonsurante pour infecter 10, 20, 30 enfants, parfois toute la salle. Les faits abondent où il est impossible de remonter à la contagion pour expliquer la pelade; quand on demande à nos malades s'ils ont vu des amis, des compagnons atteints de la même maladie, ils répondent toujours qu'ils ne savent d'où ils tiennent cela. En résumé, aujourd'hui, on commence à croire peu à la contagion, et le temps ne paraît pas éloigné où l'on n'y croira plus du tout.

*Nature de la pelade.* — Qu'est-ce que la pelade? On dit bien que c'est une affection atrophique du système pileux.

Mais en quoi consiste-t-elle? L'examen microscopique montre que le cheveu s'atrophie spécialement dans sa racine; le bulbe est diminué de volume, ratatiné, racorni, étriqué; quelquefois il n'y a plus de bulbe du tout. La tige est beaucoup moins épaisse, le cheveu est décoloré. C'est la lésion d'un cheveu privé d'aliment et qui souffre dans sa nutrition.

Mais est-ce là toute la maladie? Oui, disent les uns. Pour d'autres, ce n'en est qu'une partie, car on trouve en même temps un autre élément morbide qui est la cause de ces altérations, un parasite, un champignon spécial. La pelade ne serait donc, pour certains pathologistes, que l'effet de ce parasite. On a conservé en France et à l'étranger un dossier énorme de mémoires, de notes et même de volumes à l'étude de ce parasite. Je vous en résumerai la substance en quelques lignes. En 1843, Gruby présenta à l'Académie des sciences une note sur le porrigo decalvans, qu'il attribuait à un champignon qu'il proposa d'appeler *microsporon Audouini*. Ultérieurement Bazin adopta ces idées, non sans y ajouter quelques variantes, et admit une teigne particulière, la teigne pelade. Sous ce patronage, la théorie du parasite fut admise. Mais, quand on voulut contrôler, et que chacun voulut voir ce parasite, on le chercha et on ne le trouva pas. On attribua d'abord cet insuccès à l'impéritie individuelle; mais, après bien des recherches, comme on ne trouvait jamais rien, éclata une réaction violente. Faiblement défendue par Bazin, la doctrine parasitaire fut abandonnée. Vinrent ensuite MM. Malassez et Courèges, qui ne ressuscitèrent pas le microsporon, mais montrèrent un autre parasite. On le cherche, dirent-ils, là où il n'est pas. Il n'est pas dans les cheveux, il est sur l'épiderme du crâne ou entre les lamelles superficielles de l'épiderme. Il est constitué par de simples spores sphériques, très-petites, et n'ayant jamais de mycelium. Derechef, les microscopes se braquèrent sur le champignon de Malassez; on le trouva, non sans peine. Ces spores sont très-authentiques, mais leur rôle est-il bien interprété? Les auteurs en faisaient un élément spécial, propre à la pelade; tout le monde se révolta. Ces spores existent partout; on en trouvait de semblables dans une foule de maladies, même sur l'épiderme sain. M. Raynaud en montra sur les cuirs chevelus les plus sains. M. Lailler en trouva sur sa propre tête. Ce n'étaient que des spores banales, des poussières venues de l'atmosphère.

A Stockholm, un savant suédois montra que ces spores existaient partout, qu'elles s'attachaient au linge et aux vêtements; il suspendit une serviette dans un coin d'une chambre humide pendant quelques jours et en détacha le duvet; il y trouva exactement les mêmes spores auxquelles il donna, non sans une pointe d'ironie, le nom de champignon des serviettes. Il le cultiva dans une solution de sucre et en eut le mycélium.

Aujourd'hui la théorie parasitaire a fait place à une autre doctrine: on considère l'alopécie *areata* comme une lésion de nutrition du système pileux, sous l'influence probable d'un trouble de l'innervation, c'est-à-dire qu'on en fait une trophonévrose. Son début brusque, sa fin également brusque, sont bien le propre des affections nerveuses, des névralgies, et l'on sait que la pelade est l'apanage des sujets à tempérament nerveux. On sait qu'il existe des plaques d'ischémie vaso-motrice; on sait aussi qu'il y a des dépilations consécutives à des lésions nerveuses, à des commotions, des névralgies, des paralysies, des émotions violentes. Les physiologistes voient, quand on coupe un nerf, le sciatique par exemple, survenir une dépilation plus ou moins abondante, ou au moins une chute partielle des poils. Quoique cette doctrine ne soit pas assurée et n'ait pas encore une démonstration nette, au moins on a une véritable présomption de l'admettre, elle est rationnelle.

Concluons donc que: 1° la pelade, aujourd'hui, n'est plus considérée comme une affection parasitaire; 2° elle est certainement une lésion atrophique du système pileux; 3° suivant toute vraisemblance, cette lésion dérive d'un trouble du système nerveux.

*Traitement.* — Il ne pouvait manquer de suivre les variations de la théorie. Les parasitaires devaient poursuivre le parasite, l'attaquer par l'épilation, les pommades et les lotions parasiticides. Inversement, les partisans de la théorie nerveuse proposèrent de réveiller la vitalité défaillante du cuir chevelu, par la rasure, les frictions stimulantes, les topiques, le rhum, l'ammoniaque, la térébenthine, les cantharides, le goudron, l'acide phénique, l'huile de croton, les vésicatoires ou l'électricité, le fer, le quinquina, les amers, les bains sulfureux, les douches froides, le séjour aux bords de la mer, les eaux minérales chlorurées sulfureuses. Si nous sommes souvent impuissants et désarmés, nous pouvons souvent guérir la pelade et activer sa disparition. Que faut-il donc faire en pratique?

De l'aveu presque général, deux moyens réussissent bien.

1° La rasure, deux fois par semaine, non-seulement sur la plaque peladique, mais encore sur la zone de cheveux périphérique à la tache sur une largeur de 1 à 3 centimètres. La rasure excite sûrement la vitalité du système pileux, de même qu'une barbe fréquemment rasée devient d'autant plus forte et vigoureuse.

2° Les frictions stimulantes et excitantes: peu importe le choix de la substance excitante. Cependant M. Lailler préconise beaucoup la formule suivante:

| | | |
|---|---|---|
| Baume de Fioraventi. . . . . | } *aâ.* | 100 grammes. |
| Alcool camphré . . . . . . . | | |
| Teinture de pyrèthre . . . . | | |
| Ammoniaque liquide. . . . . . . . | | 6 grammes. |

Faire des frictions pendant plusieurs minutes matin et soir (1).

3° Mais, si ces deux moyens paraissent insuffisants, on fera bien de recourir au traitement préconisé par M. Vidal (voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, p. 466), les applications répétées de vésicatoires sur les surfaces peladées les débordant légèrement. On applique ces vésicatoires tous les cinq ou six jours en moyenne. M. Vidal a toujours obtenu la guérison dans un court délai, en trois ou quatre mois.

4° Enfin on ne devra pas oublier, au besoin, la médication reconstituante, fer, gentiane, hydrothérapie, etc., dont on obtient de bons effets. M. Hardy compte beaucoup sur cette médication, qui est le complément des autres traitements.

(1) Autre formule recueillie dans le service de M. Lailler:

| | |
|---|---|
| Teinture de pyrèthre. . . . . . . . . . . . . . | 100 grammes. |
| Teinture de piment . . . . . . . . . . . . . . . | 100 — |
| Alcool camphré. . . . . . . . . . . . . . . . . | 50 — |
| Ammoniaque liquide . . . . . . . . . . . . . . | 5 à 6 — |

## REVUE DE LA PRESSE

**A quel jour l'accouchée doit-elle quitter le lit?** — La polémique récemment ouverte en Amérique entre Goodell et Garrigues, le premier voulant que les nouvelles accouchées se lèvent dès le second jour, parce que, sur 756 femmes traitées de cette façon, il n'en a perdu que 6, le second se déclarant l'adversaire de cette manière de faire, engage Kuestner à livrer à la publicité quelques expériences entreprises dans le même ordre d'idées, il y a deux ans, dans la clinique d'Olshausen à Halle.

Il a choisi 16 femmes dont l'accouchement avait été aussi normal que possible et qui ne présentaient aucune lésion extérieure. Toutes ont commencé à se lever, selon leur désir, dans l'un des quatre premiers jours des couches; 6 d'entre elles étaient primipares, 7 en étaient à leur deuxième accouchement, 2 à leur troisième et 1 à son quatrième.

L'état sanitaire de l'établissement était excellent, et depuis plus d'un an aucune accouchée n'avait succombé à une infection puerpérale.

4 quittèrent leur lit dès le premier jour, 2 le second, 3 le troisième et 7 le quatrième.

Parmi celles qui se levèrent dès le premier jour, aucune ne voulut rester debout plus de quatre heures; le lendemain, elles demeurèrent déjà plus longtemps levées, et, dès le quatrième jour, elles passèrent toute la journée hors de leur lit.

Lorsqu'une accouchée levée se trouvait prise de fièvre, on la consignait désormais au lit. Ces femmes n'avaient d'ailleurs d'autre occupation que les soins à donner à leurs enfants. Un premier effet du séjour hors du lit fut la régularisation des fonctions de l'intestin; la quantité des urines ne parut pas modifiée. Chez les accouchées levées l'écoulement lochial fut plus abondant que chez celles demeurées au lit; outre leur abondance, les lochies des accouchées levées se caractérisaient encore par la prolongation de leur consistance peu épaisse, de leur teinte rosée et de leur nature séreuse.

Aucune des accouchées séjournant hors du lit n'a eu de métrorrhagie; 13 d'entre elles n'ont présenté aucun retard de l'involution utérine et n'ont jamais offert durant les dix jours d'observation une température supérieure à 38°, chiffre qui n'a été d'ailleurs atteint que deux fois le soir.

Les 3 autres femmes ont été prises de fièvre, le jour même où elles ont commencé à se lever; la première était une multipare levée le troisième jour, la deuxième et la troisième s'étaient levées le quatrième jour. Deux de ces fébricitantes avaient une petite déchirure vaginale. D'autre part, il n'est pas superflu de remarquer que, parmi celles qui n'eurent aucun mouvement fébrile, deux avaient une blessure tout à fait analogue. Chez une seulement des trois accouchées prises de fièvre, on constata à la sortie de l'hôpital un petit exsudat dans le ligament large gauche.

En résumé, bien que le lever précoce des accouchées supprime la constipation, favorise peut-être même, au lieu de lui nuire, l'involution utérine, en activant les différentes fonctions, et ne paraisse pouvoir devenir la cause ni de rétroversion ni d'abaissement de l'utérus, comme il provoque chez certaines femmes de la fièvre, Kuestner conclut qu'il faut s'en tenir aux anciens errements et laisser les accouchées au lit un septénaire. (*Lyon méd.*)

**Amnésie de la lecture et de l'écriture.** — M. Delacroix publie l'observation d'une forme spéciale d'amnésie, constatée chez un ouvrier du chemin de fer, âgé de quarante-six ans. Doué jusqu'alors d'une bonne santé, cet homme éprouva, en plein travail, la sensation d'un coup de marteau un peu au-dessus et en arrière du pavillon de l'oreille gauche, au niveau de la suture temporo-occipitale. En même temps il fut pris de vertige, de titubation et de trouble de la vue; il put cependant rentrer chez lui sans le secours de personne. Les jours suivants, le malade n'éprouve rien de particulier, sauf, pendant environ une semaine, un peu d'affaiblissement des jambes et une légère diminution de la mémoire. Sa parole n'est pas embarrassée, en ce sens qu'il a tous les mots sans les chercher; mais la prononciation est parfois quelque peu défectueuse.

Ce qu'il offre de plus caractéristique, relativement à cette période de début, c'est que, sollicité par le payeur de la compagnie de donner sa signature, il ne se rappelle pas les lettres de son nom.

La parole est entièrement libre, et le malade n'est plus préoccupé que d'une chose : la difficulté qu'il éprouve à lire et à écrire, accident qu'il attribue à un trouble de la fonction visuelle. Mais l'examen complet de l'œil reste complètement négatif.

Il s'agirait donc d'une altération cérébrale et d'une amnésie voisine, à quelque degré, de l'aphasie des auteurs.

Quand le malade était parvenu à épeler les lettres d'un mot et quand il s'agissait de rassembler le mot, soit pour en comprendre la portée, soit pour l'articuler convenablement, il n'y parvenait point. Ce phénomène disparut bientôt pour les mots simples, composés d'un petit nombre de syllabes et d'un usage très-courant. En revanche, les mots polysyllabiques et d'un usage moins commun donnent lieu à un bredouillement où l'on retrouve bien la plupart des syllabes articulées, mais où quelques-unes sont confondues, renversées, interposées, altérées d'une façon ou d'une autre. Devant le mot « émerveillement » par exemple, le malade hésite, balbutie et fait de vains efforts : émerevil..., émérivel..., émierv... Voilà tout ce qu'il peut articuler en dépit de l'humeur où le jette cette impuissance.

Lorsqu'il parle, rien de semblable n'arrive. Quand on lui demande de réciter quelque chose, il ne fait pas une faute en récitant celles des prières de son enfance dont il a gardé le souvenir. Dans sa conversation, pas un mot non plus ne trébuche.

Il s'agit donc ici d'une amnésie tout à fait spéciale, relative exclusivement à l'écriture et seulement aux assemblages de caractères d'une certaine complication.

Les mêmes anomalies se retrouvent dans la faculté d'écrire; altération tout à fait similaire de celle de la lecture, portant, comme elle, sur les mots polysyllabiques et donnant lieu à des chevauchements, à des mélanges et à des heurts de syllabes, qui portent, ici comme là, principalement sur les syllabes centrales du mot, en respectant les extrêmes. (*Un. méd. du Nord-Est.*)

**Nouveau traitement de la luxation du long péronier latéral.** — Immobiliser après avoir réduit, telles sont les seules indications que nous aient données les auteurs qui ont traité de la luxation des muscles et tendons. Lorsque l'on étudie avec soin les faits publiés jusqu'à ce jour, on voit qu'au point du vue du pronostic les auteurs ont fait preuve d'un optimisme que rien ne justifie. On l'a bien vu lorsque cette importante question ful remise à l'ordre du jour à la suite de l'accident dont fut victime le professeur Martins dans une promenade aérostatique en 1873 (voir *Gazette des hôpitaux*, 1874, n° 3; p. 21).

Si la réduction est ordinairement facile, la contention n'est possible que dans un petit nombre de cas. M. Daniel Mollière (de Lyon) a obtenu un heureux résultat en pratiquant la ténotomie sous-cutanée du long péronier latéral.

Il s'agissait d'un homme de vingt-huit ans, robuste et bien portant, qui avait fait, huit mois auparavant, une chute du haut d'un arbre. Il avait alors ressenti du côté de la malléole externe une douleur excessivement vive. Traité par l'immobilisation et un bandage inamovible pendant quatre mois, il n'obtint aucun résultat et chercha vainement à marcher; dès qu'il voulait hâter le pas, il ressentait une secousse douloureuse au niveau de la malléole externe. Il lui fallait s'arrêter brusquement.

Huit mois après l'accident, M. Daniel Mollière le trouve dans l'état suivant : pas la moindre trace d'inflammation; quand on ordonnait au patient de se tenir sur la pointe du pied, on voyait se produire une saillie anomale au-devant de la malléole externe, saillie formée par le tendon du long péronier latéral complètement sorti de sa gaine. Quand le malade était au lit, on opérait la réduction de ce déplacement le plus facilement du monde.

Toute trace d'inflammation ayant disparu, et huit mois s'étant

écoulés depuis l'accident, traité d'ailleurs d'une façon rationnelle, l'infirmité paraissait devoir rester définitive.

M. Mollière tenta alors une opération nouvelle qui n'a jamais été proposée pour la luxation des tendons, la ténotomie du tendon luxé et l'avivement sous-cutané.

Le muscle ayant été luxé au moyen d'un courant galvanique, la section du tendon fut pratiquée au niveau de son point de réflexion sur le cuboïde, absolument comme s'il se fût agi de guérir un pied bot *valgus* par la méthode d'Amédée Bonnet. Un ténotome pointu fut ensuite dirigé, par une deuxième ponction pratiquée à trois centimètres au-dessous de la pointe de la malléole, jusque dans la gaine du muscle luxé, c'est-à-dire jusqu'au niveau de la partie postérieure de la malléole externe. Il fut ensuite retourné à plusieurs reprises sur lui-même, de façon à produire une irritation sous-cutanée de la gaine déchirée. Le tendon luxé fut réduit. Le pied fut ensuite enveloppé dans un appareil ouaté inamovible, et le malade fut condamné au repos absolu pendant un mois. Après quelques phénomènes inflammatoires qui s'amendèrent rapidement, la guérison fut complète au bout de trois mois.

Cinq ans après le malade fut revu. Il ne lui restait plus la moindre trace de son opération; la luxation n'existait plus; les péroniers fonctionnaient normalement, il n'y avait pas la moindre déformation du pied.

On comprend facilement à quelles indications répondaient l'avivement sous-cutané et la tenotomie, car, dans les cas heureux, la guérison n'a été obtenue que parce que l'on a réalisé aussitôt après l'accident la réunion immédiate des lèvres encore avivées de la gaine. Dans le cas de M. Mollière, toute inflammation ayant disparu, il fallait songer à un autre procédé, qui sera applicable aux cas anciens, et même aux luxations récentes si la réduction ne pouvait être maintenue à l'aide d'appareils. La ténotomie des péroniers latéraux est, d'ailleurs, une opération absolument inoffensive. (*Lyon méd.*)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 décembre 1879. — Présidence de M. Tarnier.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA MOBILISATION DES ARTICULATIONS MALADES

M. LE FORT. Les reproches formulés par M. Verneuil ne peuvent s'appliquer aux ankylophobes de la Société de chirurgie; ils s'adressent plutôt aux praticiens peu expérimentés qui feraient la mobilisation en temps inopportun.

Dans les arthrites anciennes, fongueuses, dans les tumeurs blanches, et notamment dans celles de l'articulation du genou, il faut une immobilisation prolongée. Mais M. Verneuil semble dépasser la mesure en formulant une réprobation formelle, il transforme en ankylophiles un certain nombre d'ankylophobes. Dans beaucoup de cas la mobilisation naturelle reste impuissante et insuffisante. L'immobilisation peut enraidir une articulation saine. Dans les fractures, la raideur des articulations voisines est constante; on peut la prévenir par une mobilisation qui est sans danger.

On peut aussi mobiliser dans les arthrites légères, dans la coxalgie rhumatismale, par exemple, où l'on réussit bien avec la mobilisation et l'extension permanente. Mais la mobilisation par manœuvres lentes doit remplacer le redressement brusque. L'immobilisation ne doit être la règle que lorsque la douleur persiste. Enfin il est évident que dans ces appréciations c'est au tact, à la sagacité du chirurgien à saisir les indications du traitement spécial à appliquer à chaque cas particulier.

### RAPPORT

**Ovariotomie.** — M. GUÉNIOT lit un rapport sur le travail de M. Dezanneau (d'Angers) lu dans la séance du 22 octobre dernier. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, n° 124, p. 991.)

Le rapporteur accepte toutes les conclusions formulées dans ce mémoire très-concis, mais très-précis et très-substantiel et possédant une réelle valeur.

MM. TERRIER et DUPLAY signalent les hémorrhagies très-abondantes qui peuvent survenir lorsqu'on plonge la main dans les kystes multiloculaires pour en déchirer les cloisons afin de réduire le volume du kyste.

M. TILLAUX. Chez mes deux dernières opérées de l'hôpital Beaujon je n'aurais pu, sans recourir à cette rupture des cloisons, faire sortir ces kystes qui étaient très-volumineux (40 livres environ).

M. TH. ANGER a employé, dans des cas analogues, le procédé du morcellement du kyste au moyen de ligatures de fils de fer, recommandé par M. Péan.

### PRÉSENTATION DE PIÈCES

**A propos du traitement du genu valgum.** — M. Peyrot présente, en son nom et au nom de M. FARABEUF, des pièces provenant du cadavre d'un enfant de quatorze ans, sur lequel ils ont fait, à l'amphithéâtre, des expériences avec l'appareil de M. Collin pour le traitement du genu valgum. L'enfant n'était toutefois pas atteint de cette difformité. Mais l'application de l'appareil a produit des lésions remarquables, la disjonction complète de l'épiphyse et de la diaphyse sur les deux membres inférieurs avec déchirure du périoste, surtout en dehors, d'un côté.

La séance est levée à cinq heures un quart.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le prix de médecine navale pour 1879 a été décerné à M. le médecin principal Savatier, pour son rapport sur le service médical de la division navale du Pacifique.

— *Hôpitaux de Paris.* — Par suite de la retraite de M. Bourdon et la mort de M. Molland, les mutations suivantes ont lieu dans le service médical des hôpitaux.

M. Maurice Raynaud passe à la Charité; M. Descroizilles, aux Enfants-Malades; M. Bouchard, à Lariboisière; M. Fernet, à Lariboisière; M. d'Hailly, à Saint-Antoine; M. Hallopeau, à Tenon; M. Debove, à Bicêtre; M. Quinquaud, à Garches.

— M. Carpentier, médecin de première classe de la marine et M. André, dit Cuvignau, pharmacien de deuxième classe de la marine, viennent de donner leur démission.

— La Société médicale des Bureaux de bienfaisance a élu de la façon suivante son Bureau pour l'année 1880 :

Président : M. Comminge; vice-présidents : MM. Dal Piaz et d'Écherac; secrétaire général : M. Passant; secrétaires annuels : MM. Dehenne et Boissier; trésorier : M. Lenoir; archiviste : M. Machelard; membres du Conseil d'administration et de famille : MM. Labarraque, père, Domerc et Baudoin.

La Société se compose actuellement de 245 membres ainsi répartis : 161 membres titulaires ; 4 membres honoraires ; 12 membres correspondants, 57 associés libres nationaux ; 11 associés libres étrangers.

— *Cours particulier d'anatomie.* — M. Fort commencera un nouveau cours d'anatomie le mardi 6 janvier à quatre heures, dans son amphithéâtre, rue Antoine-Dubois, 42. Ces leçons sont destinées : 1° aux élèves du deuxième examen de fin d'année et du premier examen de doctorat (ancien régime); 2° aux élèves du deuxième examen de doctorat (nouveau régime); 3° aux élèves de première année (nouveau régime), qui seront interrogés sur la chimie et la physique biologiques, pour lesquelles des notions d'anatomie et de physiologie sont indispensables.

S'adresser pour ce cours, chez M. Fort, le matin, 21, rue Jacob.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 9059.

## Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

| Thermalité 13° | Saint-Jean | Rigolette | Précieuse | Désirée | Magdeleine |
|---|---|---|---|---|---|
| Acide carbonique libre. | 1.425 | 2.095 | 2.218 | 2.145 | 2.050 |
| Bicarbonate de soude... | 1.480 | 5.800 | 5.940 | 6.040 | 6.280 |
| — de potasse. | 0.040 | 0.263 | 0.230 | 0.263 | 0.255 |
| — de chaux... | 0.310 | 0.259 | 0.630 | 0.571 | 0.520 |
| — de magnésie | 0.120 | | 0.750 | 0.900 | 0.672 |
| — fer et mang. | 0.006 | 0.021 | 0.010 | 0.010 | 0.029 |
| Chlorure de sodium.... | 0.060 | 1.200 | 1.080 | 0.100 | 0.169 |
| Sulfate de soude et chaux | 0.054 | 0.220 | 1.185 | 0.200 | 0.235 |
| Silicate et silice, alumine | 0.080 | 0.060 | 0.060 | 0.058 | 0.097 |
| Iodure alcal. arsenic. lith. | indice | traces | indice | indice | traces |
| | 2.151 | 7.826 | 8.885 | 9.142 | 9.248 |

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre............... 1.33
Silicate acide
Arséniate »
Phosphate » } sesqui-oxyde de fer
Sulfate »
— de chaux.. ........................ } 0.44
Chlorure de sodium.... ............
Matières organiques...................

*Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes.* Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

## Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

## Sirop du Docteur Dufau,

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.

Maladies aiguës et chroniques de la vessie : *Diathèse urique, Gravelle, Cystite, Catarrhe vésical, Dysurie.* — 3 francs le flacon dans les principales pharmacies. — Dépôt général : pharmacie Lagnoux, 19, rue des Missions, à Paris.

## Bains d'eaux-mères

*De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).*

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

*Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.*

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

## Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or*. — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature HENRI NESTLÉ. — Gros : CHRISTEN frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie CHRISTEN, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

## Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropysies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Le SIROP DE LABELONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

## Constipation guérie

*sans purger* par les Pilules du PODOPHYLLE COIRRE. — Ce médicament peut être continué sans danger, même chez les femmes enceintes. — Il guérit radicalement en peu de jours les constipations les plus opiniâtres.

Prix : 3 fr. — GROS : 79, rue du Cherche-Midi. DÉTAIL : 97, rue de Rennes, et dans les pharm.

## Tamar indien Grillon

(Électuaire lénitif n° 532 du Codex.)

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc.

Ph. GRILLON, 52, r. Grammont, Paris. Bte, 2f.50.

## Sirop et Pâte du docteur Zed

Les propriétés merveilleuses de la CODÉINE et du TOLU, sous la forme de SIROP ou de la PATE du docteur ZED, procurent un calme rapide et réel dans les *irritations de poitrine, bronchites, rhumes, catarrhes, coqueluches, insomnies, etc.* — Paris, 22, 20 et 19, rue Drouot.

MEDAILLE D'ARGENT
à l'Exposition univ. : Paris 1878.

## Granules de Digitaline

**d'HOMOLLE et QUEVENNE.**

*Approbation de l'Académie de médecine.*

MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

« ...... Les Médecins feront bien de continuer « à prescrire la *Digitaline* de MM. HOMOLLE et « QUEVENNE. »

(*Rapport de l'Acad. de médecine de Belgique*, Bull., t. VIII, 1874.)

NOTA. La VERITABLE DIGITALINE est très-contrefaite. On évitera tout mécompte en exigeant les signatures des *Inventeurs* en *lettres rouges*.

Dr Homolle    A. Quevenne

DÉPÔT : Pharm. COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

SEUL FERRUGINEUX
Honoré nominativement d'une
Médaille à l'Exposition universelle de Paris 1878.

## Fer de Quevenne.

*Approuvé par l'Académie de médecine.*

« ..... C'est, de toutes les préparations ferrugi- « neuses, celle qui, à poids égal, introduit le plus « de fer dans le suc gastrique. »

(*Rapport de l'Acad. de méd.*, Bull., t. XIX, 1854.)

La signature : T. A. QUEVENNE et l'étiquette ronde en *petits caractères* de *quatre couleurs*, distinguent le VRAI FER QUEVENNE des imitations et substitutions impures et inactives.

DÉPÔT : Pharmacie E. GENEVOIX, 14, rue des Beaux-Arts, Paris.

A. Quevenne

## Sirop MINERAL SULFUREUX Crosnier

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (7 AOUT 1877).

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante. — r. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

## Épilepsie. Hystérie. Névroses

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

## Fumouze — Albespeyres

FOURNISSEUR DES HÔPITAUX MILITAIRES.

Les produits sont préparés sous la surveillance de MM. FUMOUZE, docteurs en médecine, pharmaciens de 1re classe.

## Vésicatoire d'Albespeyres.

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action prompte et régulière. — Exiger sur le côté du vésicatoire la signature d'*Albespeyres*.

## Papier ÉPISPATIQUE d'Albespeyres

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action sure et régulière. La Préparation la plus commode pour entretenir les vésicatoires avec une extrême propreté.

La boîte porte la signature *Fumouze-Albespeyres*

## Capsules de Raquin

AU COPAHU, AU GOUDRON, A LA TÉRÉBENTHINE,

*Approuvées par l'Académie de médecine.*

Les Capsules Raquin à enveloppe de gluten constituent le meilleur moyen d'administrer le *Copahu*, le *Goudron*, la *Térébenthine*. — Elles sont parfaitement tolérées par l'estomac.

Exiger sur l'enveloppe la signature *Raquin*.

## Papier et Cigares ANTI-ASTHMATIQUES

de Bin BARRAL.

Ils contiennent les mêmes substances que le carton anti-asthmatique du Codex, associées au *Cannabis indica*.

## Pulvérisateur Marinier

*admis dans tous les hôpitaux.*

Il est facile à nettoyer et s'applique sur tous les flacons; — la pulvérisation peut être graduée, l'obstruction est évitée, les trous n'étant pas capillaires.

## Sirop de dentition du Dr Delabarre

ex-chirurgien dentiste des hôpitaux de Paris. Employé en friction sur les gencives des enfants, il facilite la sortie des dents et prévient les accidents de la première dentition.

DÉPÔT à Paris, pharmacie d'ALBESPEYRES, 80, faub. Saint-Denis; vente des pulvérisations chez FUMOUZE frères, 78, faubourg Saint-Denis.

## Ver solitaire

Guérison certaine par les *Globules* de SECRETAN (à l'extrait vert des rhizomes frais de fougère mâle des Vosges). Le seul remède infaillible, expérimenté avec le plus grand succès dans les hôpitaux; pas d'insuccès possible. — Dépôt : *Secretan*, pharm., 37, avenue Friedland, Paris. — Envoi fo contre mandat 10 fr. (Éviter les contrefaçons.)

MÉDAILLE D'ARGENT, Exposition de 1879.

## Thymol-Doré PRINCIPE ACTIF DES ESSENCES DE THYM

*Antiseptique, Antiputride, Désinfectant de premier ordre.* — Recommandé par les sommités médicales. — Le flacon : 2 francs.

L'ACIDE THYMIQUE PUR, en cristaux et sous toutes ses formes, se trouve également au **Dépôt général, 20, rue Richer, Paris.**

## Elixir Prothière

A LA CRÉOSOTE VÉGÉTALE PURE

contre la Phthisie. Accepté sans répugnance et bien supporté par les malades. (TARARE.)

# TABLE DES MATIÈRES

DE LA

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

## 1879

### A

B



C

J



K



L



M

N



O

## P

## Q



## R



## S

## T

## U



## V



## Z

# NOMS DES AUTEURS

## DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

### EN 1879

PARIS. — TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19.

